

*0: EK
*1: 2004-2004
*2: 27
*3: WordXP
*4: 27ste vergadering
*5: Dinsdag 7 juni 2005
*6: 10.00 uur

**

Voorzitter: Timmerman-Buck

Tegenwoordig zijn 65 leden, te weten:

Van de Beeten, Bemelmans-Videc, Van den Berg, Biermans, Broekers-Knol, Van Dalen-Schiphorst, Dees, Doek, Doesburg, Dölle, Van Driel, Dupuis, Engels, Essers, Franken, Van Gennip, De Graaf, Hamel, Hessing, Van Heukelum, Hoekzema, Ten Hoeve, Holdijk, Jurgens, Kalsbeek-Schimmelpenninck van der Oije, Ketting, Klink, Kox, Van der Lans, Van Leeuwen, Lemstra, Van der Linden, Linthorst, Maas-de Brouwer, Meulenbelt, Middel, Van Middelkoop, Nap-Borger, Noten, Van den Oosten, Pastoor, Platvoet, Pormes, Pruiksma, Putters, Van Raak, Rabbinge, Rosenthal, Russell, Schouw, Schuurman, Schuyer, Slagter-Roukema, Swenker, Sylvester, Tan, Terpstra, Van Thijn, Timmerman-Buck, Wagemakers, Walsma, Werner, Witteman, Witteveen en Woldring,

en de heer Hoogervorst, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

**

*N

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede, dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden:

Eigeman, wegens bezigheden elders;

Thissen, wegens ziekte;

Leijnse en Luijten, wegens verblijf buitenslands.

**

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst, die in de zaal ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan, dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

**

(Deze lijst is, met de lijst van besluiten, opgenomen aan het einde van deze editie.)

De **voorzitter**: Hierbij deel ik aan de Kamer mede dat de voorgenomen beslissingen omtrent enkele ter instemming aangeboden JBZ-besluiten vorige week schriftelijk aan de

Kamer zijn overlegd, conform het voorstel van de bijzonder commissie voor de JBZ-Raad. Ten aanzien van het voorstel zijn geen bezwaren ingekomen, zodat ik vaststel dat de Kamer heeft besloten conform dit advies.

**

*B

!Hamerstukken!

Aan de orde is de behandeling van:

- het wetsvoorstel **Wijziging van de Wet op de Ruimtelijke Ordening (verjaring van en heffing bij planschadevergoedingsovereenkomsten) (29490);**
- het wetsvoorstel **Wijziging van de Wet milieubeheer betreffende de milieuverslaglegging (afschaffing verplichting publieksverslag) (29972).**

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

*B

!Zorgverzekeringswetten!

Aan de orde is de gezamenlijke behandeling van:

- het wetsvoorstel **Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten) (29623);**
- het wetsvoorstel **Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag) (29726);**
- het wetsvoorstel **Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet) (29763).**

De beraadslaging wordt geopend.

*N

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. Allereerst wil ik namens mijn fractie waardering uitspreken voor de kunstig geconstrueerde wetsvoorstellen die voor ons liggen. Het is een bloemlezing van wat de afgelopen 30 jaar is voorgesteld om de verzekeringsproblemen op het gebied van de ziektekosten het hoofd te bieden. Alleen hoeft kunstig niet in te houden dat het werkt. De vraag of het werkt, ligt thans voor. Ik wil niet verhelen dat mijn fractie ernstige twijfels heeft of de gekozen uitgangspunten zullen leiden tot het gewenste effect. Uitgangspunt voor mijn fractie bij dit debat is dan ook een nee, tenzij. Dat tenzij kan aan de hand van de antwoorden van de minister verder inhoud krijgen.

Laat ik beginnen bij het uitgangspunt van het nieuwe stelsel: het stemmen met de voeten ofwel de burger die kiest voor een polis van een verzekeraar. Om dat kiezen kracht bij te zetten, krijgt de burger de mogelijkheid

om ieder jaar van verzekeraar te wisselen. De vraag is echter waarvoor hij kan kiezen. Hij kiest tussen verzekeraars en de door hen aangeboden polissen. Maar waarop moet de burger zijn keuze baseren? Wat weet deze als hij of zij zelden of nooit in contact is geweest met de zorg? Allereerst weet hij of zij in ieder geval niet welke ziekte hem of haar het komende jaar zal treffen en welke behandelaar hij of zij zich dan zou wensen. Het is een vrijwel onmogelijke keuze voor wie dan ook. Toch zal men op pijnlijke wijze met de consequenties van de gemaakte keuze geconfronteerd worden op het moment dat een aandoening zich openbaart. Dan zou wel eens kunnen blijken dat de gewenste behandelaar door de verzekeraar niet is gecontracteerd.

Ook voor iemand met veel ervaring kan de keuze echter moeilijk zijn, bijvoorbeeld een oudere burger van 80 jaar. Er is een grote kans dat hij of zij chronisch ziek is met daarnaast nog enige andere kwalen onder de leden. Waar moet hij of zij voor kiezen? Hij is afhankelijk van de behandelaars, niet de ideale patiënt waar een private kliniek op zit te wachten, ook niet de patiënt waar elke dokter mee kan omgaan, maar wel een patiënt die terecht tijd vraagt van zijn dokter of verpleegkundige. Als het goed klikt tussen behandelaar en patiënt, zal de patiënt graag de adviezen van de dokter opvolgen, zo ook de verwijzingen. Helaas, dat zou er wel eens niet in kunnen zitten, want het is de verzekeraar die de mogelijkheden heeft bepaald. Kortom, dit is een groep patiënten waarvoor de marktwerking geen geweldige perspectieven biedt. De mogelijkheid tot het stemmen met de voeten zal hier niet veel marktkracht betekenen. Immers, wat te doen als je overstapt naar een goedkopere verzekeraar die jouw specialist of het verpleeghuis waar je verblijft, niet heeft gecontracteerd?

Dikwijls krijg je van toekomstige verzekeringsplichtigen te horen dat het hen niet uitmaakt hoe de zorg geregeld is, als het maar goed geregeld is. De minister verwijt deze burgers passiviteit. Hoezo passiviteit? Dat het goed geregeld is, is wat eenieder wil van de zorg. Het is misschien wel het eerlijkste antwoord, want wat weet je ervan op het abstracte moment van de keuze voor een polis. Er zijn zoveel varianten waartussen je moet kiezen, dat het meer op een gok lijkt dan op een keuze. Het veronderstelde belang van de afweging tussen prijs en kwaliteit en daarmee het effect van het stemmen met de voeten zou ook wel eens beperkt kunnen worden door de vele keuzecombinaties. De Amerikaanse psycholoog Barry Schwartz stelt dat de mogelijkheid om rationele keuzes te maken, afneemt naarmate het aantal keuzes op een bepaald terrein toeneemt. Vertaald naar de zorgverzekeringsmarkt, betekent dit dat een toename van het aantal keuzemogelijkheden op het gebied van kwaliteit, prijs, natura of restitutie en eigen risico leidt tot een afname van de mogelijkheid voor aspirant-verzekerden om een rationele keuze te maken uit het aanbod. Als de keuze te complex wordt, zal de keuze in sterke mate bepaald worden door de meest eenduidige variabele, de prijs. Dit zal betekenen dat de verzekeraars vooral gaan concurreren op de prijs en niet op de kwaliteit. Een dergelijke concurrentie betekent geen stimulans voor het verbeteren van de kwaliteit en zal daarmee een van de doelstellingen van het stemmen met de voeten tenietdoen.

Als ik het goed heb, gelooft de minister zelf nu ook wat minder in de mogelijkheid van het stemmen met de voeten. Zo gaf hij in de Tweede Kamer aan dat de gecontracteerde zorg niet hoeft te worden aangegeven in de polis, omdat het anders wel een heel dik boekwerk zou worden. Hij stelde daarom dat deze op internet of bij een telefonische hulpdienst op te vragen moet zijn zodat, let op, als de verzekerde zorg nodig heeft, dus niet als hij een verzekeraar kiest, hij deze informatie kan krijgen. Toch geeft de minister in de memorie van antwoord aan dat hij ervan uitgaat dat een verzekerde zich bij zijn keuze ervan vergewist wie de gecontracteerde aanbieders zijn. Wat is het nu? Als de kwaliteit bij de keuze geen rol speelt, zal de prijs toch het belangrijkste element worden? De ordenende werking van de vrije keus van verzekerden zal beperkt zijn en daarmee ook de prikkel voor de verbetering van de kwaliteit.

Daarnaast wordt aangegeven dat er een machtsevenwicht zal bestaan tussen verzekerden en verzekeraars. Zo er al sprake is van een zeker machtsevenwicht, dan zal dat toch zijn tussen de aanbieders en de verzekeraars en niet tussen de verzekeraars en de burger alias verzekerde of zorggebruiker? De verzekeraar kan naar de mening van mijn fractie alleen de belangenbehartiger zijn van de verzekerde als de verzekeraar weet wat de verzekerde belangrijk vindt. Om dat aan de weet te komen, is het stemmen met de voeten in de voorgestelde vorm toch een wat grofmazige expressievorm.

Het zal voor de toekomstige verzekerde ook niet gemakkelijk zijn om te kiezen voor een natura- of restitutiepolis. Bij de naturapolis moet hij goed kunnen afwegen welke aanbieders zijn gecontracteerd. Dat zal voor mensen met weinig ervaring in de zorg moeilijk zijn. Wat kan de verzekerde zich erbij voorstellen? Zolang het om het ziekenhuis om de hoek gaat of de eigen huisarts, zal het nog wel meevallen, maar voor verdergaande taxaties ligt dat niet zo voor de hand. Zo is het een bekend feit dat de doorsneeburger vermoedt gedurende zijn leven geen gebruik te zullen maken van de geestelijke gezondheidszorg, terwijl dit nu juist een verstrekking is waar velen gedurende hun leven wel een beroep op zullen gaan doen.

Ondanks dat de verzekerde slechts beperkt zicht zal hebben op de door zijn verzekeraar gecontracteerde zorg, is het juist de naturapolis waar de meeste ordening op de markt vanuit moet gaan. Immers, daarmee kan de verzekeraar scherp inkopen en bij voldoende kennis eisen stellen aan de kwaliteit. Maar als je niet weet welke ziekte je krijgt, is het misschien maar beter om voor de restitutiepolis te kiezen. Dan heb je alle vrijheid om later nog een keuze te maken. Waarschijnlijk is deze polis wel duurder want de verzekeraar heeft dan niet zoveel te onderhandelen of te sturen. Indien echter met de voeten voor de restitutiepolis wordt gekozen, komt de gewenste doelmatigheidsprikkel te vervallen.

Mijn fractie heeft al eerder aangegeven niet erg gelukkig te zijn met het criterium voor restitutie, zoals geregeld in de AMvB restitutie HOZ ex artikel I, onderdeel L, artikel 11. Daarbij gaat het over de hoogte van het bedrag dat iemand met een naturapolis moet bijbetalen indien hij een behandelaar kiest die niet is

gecontracteerd door de verzekeraar. Wil dat voor eenieder een reële mogelijkheid zijn, dan kan de bijbetaling slechts een klein bedrag zijn, anders is er voor velen geen keuze en dringt zich een niet acceptabele vorm van tweedeling op. Hoe denkt de minister de tweedeling tussen burgers die het zich kunnen veroorloven te kiezen, en burgers die zich dat niet kunnen permitteren, te voorkomen?

Wederom vragen wij waarom er niet voor gekozen is om de mogelijkheid te creëren dat een verzekerde kan wisselen van verzekeraar als hij ziek wordt en merkt dat de door hem of haar gewenste behandelaar niet is gecontracteerd. De verzekerde kan dan overstappen naar een verzekeraar die wel de gewenste aanbieder heeft gecontracteerd. Dat zou pas echt kwaliteitsbevorderend zijn, omdat daarmee de verzekeraar die niet de goede of gewenste kwaliteit heeft ingekocht, wordt gestraft. Wij zouden daar graag, en ik denk met ons veel burgers, het recht om ieder jaar te kunnen wisselen voor inleveren. Het restitutieprobleem zou daarmee ook in een klap opgelost zijn en een reële keuze van behandelaar zou zo ook voor de minder draagkrachtigen zijn geregeld. De vrije artskenkeuze zou daarmee ook voor eenieder een reële mogelijkheid blijven.

In dit verband is het ook de vraag hoe aan het recht op een second opinion vorm zal worden gegeven? Als een verzekerde alleen bij een door zijn verzekeraar gecontracteerde aanbieder om een second opinion kan vragen, dan roept dit toch de vraag op hoe onafhankelijk deze opinion kan zijn. Kan ook aan een niet-gecontracteerde behandelaar om een second opinion worden gevraagd?

Dit zijn allemaal factoren waardoor mijn fractie twijfelt aan het mechanisme van het stemmen met de voeten. Een ander aspect is dat de verschillen in opvatting over kwaliteit tussen een dertigjarige die zijn been breekt, en een tachtigjarige in een verpleeghuis groot zijn. Bij het stemmen met de voeten gaan dergelijke nuances verloren.

Een krachtig middel om de kwaliteit de plaats te geven die zij verdient en om de verzekerde invloed te geven op het beleid van de verzekeraar, is het bieden van vormen van medezeggenschap. Hierdoor kan de wijze waarop de verzekeraar inhoud geeft aan de zorgplicht, worden gecorrigeerd en kan er sprake zijn van invloed van de klant. Op dit punt is het wetsvoorstel echter terughoudend. Het belang wordt onderkend in artikel 28, waarin wordt gesteld dat verzekeraars verzekerden een redelijke mate van invloed moeten geven op het beleid. Niet wordt aangegeven wat een redelijke mate van invloed inhoudt. Zelfs wordt in de memorie van antwoord aangegeven dat het moeilijk is om hier invulling aan te geven, wanneer de verzekeraar een naamloze vennootschap is. Wij vinden dit toch wel pover voor een wetsvoorstel dat zo'n belangrijke plaats geeft aan het stemmen met de voeten. Waarom wordt nu juist op dit punt niets dwingend geregeld terwijl dat op zoveel andere plaatsen tot in detail wel gebeurt? Wij willen toch meer in concreto weten welke invloed de minister daarbij voor ogen staat en hoe de verzekerde invloed krijgt op het beleid.

Bij medezeggenschap denken wij aan invloed op de af te sluiten contracten met de aanbieders, met name met betrekking tot de kwaliteit. Een belangrijke plaats zou

daarbij kunnen worden gegeven aan de ervaringsdeskundigen bij uitstek, de patiëntenverenigingen van chronisch zieken. Zij weten wat er omgaat in de zorg. Zij kennen de verschillen tussen de aanbieders uit de praktijk, maar ook de kwaliteitsverschillen die wezenlijk zijn. Zij hebben wel zicht op de kwaliteit en vanuit hun grote betrokkenheid kunnen zij de verzekeraar op het juiste pad helpen. Verenigingen van chronisch zieken hebben door het inventariseren van de ervaringen van hun leden en door contacten met specialisten en farmaceuten dikwijls veel kennis over de kwaliteit van een zorgaanbieder en weten over het algemeen ook goed wat van de bijdetijdse geneeskunde mag worden verwacht. Zij komen dikwijls heel wat dichterbij de kern van kwaliteit dan de kiesBeter-site of de overzichten van de Consumentenbond. Aan deze categorale patiëntenorganisaties zouden zowel wettelijk als financieel mogelijkheden moeten worden geboden om hun kritische rol te kunnen spelen.

Ik kom op de verzekeraar. Het is al een teken aan de wand voor het functioneren van het onderhavige marktmodel dat een groot deel van de commerciële verzekeraars zich de laatste jaren heeft terug getrokken uit de ziektekostenverzekeringen. Kennelijk vinden zij de markt, met de wijzigingen die nu worden aangebracht, niet zo aantrekkelijk. Daar komt nog bij dat de afgelopen jaren niet erg stimulerend waren voor het geloof in de marktwerking. De meeste innovaties kwamen van de ziekenfondsen en niet van de particuliere verzekeraars. Terwijl juist de particuliere verzekeraars al op een echte markt opereerden. Zij zouden toch juist, als we de uitgangspunten van het voorstel moeten geloven, met de innovaties moeten komen. Daarom kan de vraag gesteld worden of de markt die de minister voor ogen staat, wel de markt is die er gaat komen. Als je aan een ondernemende en sociale verzekeraar vraagt wat zijn kernactiviteit is, dan is het antwoord risicoselectie. Al het andere is daaraan ondergeschikt. Kortom, al is er een perfecte verevening, dan nog loont het om te selecteren en daarvoor resten nog steeds vele instrumenten, zoals bij de aanvullende verzekering. Indirect zijn er vele mogelijkheden tot risicoselectie, zoals de hoogte van het eigen risico dat een verzekerde wenst, en het hebben van een al dan niet gesaneerd gebit. Zo zijn er nog meer onschuldige gegevens die kunnen worden gevraagd bij het afsluiten van een aanvullende verzekering die een heldere risico-indicatie geven.

Ook kan gedacht worden aan het beperkt reclame maken in sommige regio's met gemiddeld een hoog risico of het beperken van de bereikbaarheid van de verzekeraar. Voor een verzekeraar kan het bijvoorbeeld aantrekkelijk zijn om uitsluitend via internet polissen aan te bieden. Een uitstekende selectiemethode, waarmee hij jongeren en hoogopgeleiden bereikt. De komende jaren zit zo'n verzekeraar op het gebied van risico's van zijn verzekerden op rozen. Ook is nu al te zien dat sommige verzekeraars veel werk maken van hun aanvullende verzekering en van daaruit pas de basisverzekering gaan aanbieden. Alleen als er geen sprake meer is van een markt of indien de verzekeraar een uitsluitend sociaal streven heeft en geen winst nastreeft, is een dergelijk gedrag uit te sluiten. Alleen al daarom zou het zinvol zijn, het uitkeren van winst niet aan een kabinetsbesluit te binden maar te

bepalen dat een dergelijk besluit moet worden voorgelegd aan het parlement.

Een cruciaal punt bij de uitvoering van deze wet is de verevening. Het rapport van de Erasmus Universiteit over de risicoverevening en de chronisch zieken laat zien dat er nog veel lacunes zijn. Des te meer twijfel heeft mijn fractie over de vraag of de verevening de verzekeraars zal stimuleren om risicogroepen aan zich te binden. Wil de marktwerking ook positieve effecten hebben voor de risicovollere verzekerden, zoals chronisch zieken, dan zouden verzekeraars toch beloond moeten worden voor hun inspanningen. Dan zou zelfs sprake moeten zijn van een zekere bevoordeling van deze groepen in het vereveningssysteem. Welke zekerheid heeft de verzekeraar dat zijn inspanningen worden beloond? Op welk additioneel bedrag kan hij bijvoorbeeld per categorie gedurende langere tijd rekenen?

Tegen deze achtergrond wil ik nog vragen hoe het nu precies gaat werken met de verevening. In artikel 32, lid 4a, wordt bepaald dat ieder jaar voor 1 oktober de hoogte van de totale uitkering voor het volgende jaar in het kader van de risicoverevening aan een verzekeraar wordt betaald. In de memorie van antwoord wordt gezegd dat deze uitkering wordt berekend aan de hand van een vast bedrag per risico. Eveneens wordt echter gesteld dat deze vereveningsbijdrage proportioneel is, wat zou inhouden dat er geen vast bedrag is. Heeft, voor alle duidelijkheid, een verzekeraar nu zekerheid over de hoogte van dit bedrag gedurende een langere periode of niet? Als de verzekeraar gedurende langere tijd niet op een vast bedrag kan rekenen, zal de risicogroep een risicogroep blijven. Immers, voordat je een dergelijke groep aan je gaat binden, wil je wel enige zekerheid hebben dat die een voordeel blijft opleveren. Dat wordt onzeker als de opbrengst eerder wordt bepaald door het beschikbare budget dan door een vastgesteld bedrag. Graag een reactie hierop.

Dat het in samenhang met de verevening aantrekkelijk is om voor bepaalde categorieën patiënten collectiviteiten op te richten, klinkt mooi maar lijkt toch wat erg theoretisch. Voor slechts een klein aantal risicogroepen is het middels een gerichte aanpak mogelijk te komen tot een aansprekend voordeel. Een meerderheid van de patiëntencategorieën zal immers in de loop der jaren een toenemend beroep doen op de zorg. Voor de verzekeraars zal de echte kwaliteit niet tellen, zoals ze onlangs lieten weten, omdat ze daar voorlopig nog onvoldoende kennis van hebben. Ook op de kiesBeter-site komt men niet tot de kern van de zaak. De minister lost dit probleem vooralsnog op door kwaliteit te definiëren in termen van veiligheid en effectiviteit en te zeggen dat de kwaliteit van de zorg goed is en dat de inspectie daarop toeziet. Het zou wellicht interessant zijn om sommige chronische-patiëntenverenigingen daarnaar te vragen. Zij zullen ongetwijfeld meer kunnen vertellen over die bij alle aanbieders gelijke kwaliteit.

Wij vragen ons af waarom is gekozen voor de commerciële positie van verzekeraars. Is dat bij de introductie van het nieuwe stelsel wel zo verstandig? Er zijn in de competitie tussen zorgaanbieders en verzekeraars onderling nog zoveel hiaten en de verzekeraars hebben daar nog amper echte ervaring mee opgedaan. Waarom gaan wij de verzekeraars nu ook al op de onderlinge markt

laten concurreren? Het is niet nodig en het is niet bevorderlijk voor een behoudzame ontwikkeling.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Hoe kan de heer Hamel ervoor pleiten dat de commerciële verzekeraars erbuiten gelaten worden? Dan is die ene basisverzekering toch weg? Dan blijven de particuliere verzekeraars namelijk bestaan. De grote winst van het wetsvoorstel is nu juist dat wij één basisverzekering krijgen zonder risicoselectie. Bij de particuliere verzekeringen is het probleem dat daar sprake is van uitsluitingen.

De heer **Hamel** (PvdA): Dat is wel het probleem, maar het aantal commerciële verzekeraars is nu al beperkt tot één of twee in heel Nederland. Alle andere verzekeraars zijn niet commercieel. Je zou heel goed kunnen doorgaan met het stramien dat wij op dit moment kennen. Waarom moeten verzekeraars die in niet onbelangrijke mate als ziekenfonds hebben opgetreden en niet commercieel hebben gewerkt, in een positie gebracht worden die zij niet kennen?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): De particuliere verzekeraars hebben zo'n zes miljoen verzekerden. Het ideaal is altijd geweest één basisverzekering voor iedereen, zodat elke burger gelijk behandeld wordt. Of het er nu een, twee, vijf of tien zijn, u kunt niet zeggen dat u toch die ene basisverzekering wil als u de particuliere commerciële verzekeraars erbuiten wil laten.

De heer **Hamel** (PvdA): Dat betwijfel ik. U doet nu net alsof elke particuliere verzekeraar ook een commerciële verzekeraar is, maar met commercieel bedoel ik echt die verzekeraars die een winsttoegmerk hebben. Dat is op dit moment een heel kleine minderheid die volgens mij nog geen een miljoen verzekerden heeft. Het lijkt mij goed om dat stand-by op dit moment ook zo te houden!

Voorzitter. Een belangrijke doelstelling is om met marktwerking de kostentoeename van de zorg het hoofd te bieden. De vraag is of daar wel sprake van kan zijn, want daarmee is in principe toch de omvang van de vraag op de zorgmarkt gedefinieerd. Het logische gevolg daarvan is dat het zelfregulerend vermogen van de markt waarbij de vraag wordt afgeremd door de prijs niet wordt geaccepteerd, want dan zou de prijs niet meer voor iedereen te betalen zijn. Aan de andere kant wordt in de toelichting verwezen naar het Budgettair kader zorg waarmee in principe wordt aangegeven dat ook de prijs in grote mate bekend is: een maximumprijs voor de totale zorg die afhankelijk zal zijn van een al dan niet beredeneerde grens aan de totale uitgaven uitgedrukt in een percentage van het BNP. Je kunt dus stellen dat het op die markt eerder gaat om welke prijs de verschillende diensten krijgen binnen een ongeveer vastgesteld macrokader, maar is daar het marktmechanisme nu wel geëigend voor? In een normale markt hangt het aanbod af van de koopkrachtige vraag. Aan de vraagzijde leven dan over het algemeen duidelijke beelden van wat men wil kopen. Ook dat is niet het geval in de gezondheidszorg waar de koper meer de algemene wens heeft om goed verzorgd of weer gezond te worden. Bovendien is er sprake van een inspanningsovereenkomst waarbij de uitkomst niet eenduidig is te definiëren. Ook specifieke aanbieders vormen soms wel een heel kleine groep

waarvan men in grote mate afhankelijk is, zoals ook bij het opstellen van de DBC's het geval is. Ook zijn er niet altijd strikt omschreven criteria te geven wanneer een bepaalde ingreep of verzorging noodzakelijk is.

Wij begrijpen de opmerking in de memorie van antwoord niet zo goed dat het vooraf vaststellen van een budgettair kader dient ter ondersteuning van de kostenbeheersing. Dit kan toch alleen als daar consequenties aan verbonden worden? Bij de beantwoording van de vragen uit het voorlopig verslag wordt rond de budgettaire mogelijkheden opgemerkt dat als "de zorguitgaven en daarmee de gemiddelde premiekosten en dus de standaardpremie sneller stijgen dan de normpremie, het budgettaire beslag van de zorgtoeslag toeneemt. Hetzelfde geldt voor het aantal huishoudens dat onder de zorgtoeslag komt te vallen." Een dergelijke ontwikkeling wordt niet gewenst geacht. Vandaar dat de minister hecht aan een verantwoorde kostenontwikkeling en dito premieontwikkeling, maar hiermee gaat hij wel voorbij aan het feit dat de toenemende mogelijkheden in de zorg en de toenemende vraag zullen leiden tot een kostentoeename. Blijkbaar verwacht hij van deze wet wonderen op het gebied van doelmatigheid.

De vraag blijft dus wat er gebeurt als, ik zou haast zeggen ondanks de markt, het budgettair kader wordt overschreden. Wordt dan het basispakket beperkt, wordt de zorgtoeslag beperkt, wordt het verplichte eigen risico verhoogd of wordt bijvoorbeeld als grens voor de inkomensafhankelijke premie de huidige ziekenfondsgrens losgelaten? Wat doet de minister als nu dit kader wordt overschreden of laat hij hett over aan de verzekeraars die hun premie verhogen? Hier toch graag een antwoord op.

Het voorgestelde systeem wordt gekarakteriseerd met privaat-publiek en niet met publiek-privaat. Het verschil daartussen is een niet onbelangrijke nuance, want met privaat-publiek wordt aangegeven dat het marktmechanisme als toonaangevend wordt gezien. Het is de overheid die dan de nadelige effecten van dit mechanisme moet beteugelen. Mijn fractie vraagt zich af of de gekozen volgorde, privaat gecorrigeerd door publiek, zal leiden tot de gewenste uitkomst. Als het publieke belang gedefinieerd is en de gewenste uitkomst een gegeven ligt het toch meer voor de hand om te spreken van publiek-privaat waarbij het publieke belang leidend is en waarbij van een private uitvoering sprake kan zijn. Zo kan een deel van het aanbod best door middel van competitie worden gereguleerd, maar dat vraagt dan wel om een duidelijke regie binnen de kaders waarbinnen die competitie kan plaatsvinden. Die regie is nodig omdat de markt minder transparant is. Te veel wordt uitgegaan van de patiënt die electieve zorg nodig heeft met een helder te omschrijven zorgtraject, maar de werkelijkheid is gecompliceerder. Denk bijvoorbeeld aan comorbiditeit, acute zorg of de zorg aan ouderen. Zonder heldere regie zal dit snel tot vermenging en daarmee tot beperkte transparantie leiden. Evenzo kunnen zich tekorten in het aanbod voordoen die tot een ongewenste prijsontwikkeling leiden. In het wetsvoorstel is sprake van een beperkte regie, omdat aan de private aspecten voorrang is gegeven en de regie aan marktpartijen, de verzekeraars wordt overgelaten. Kortom een keuze voor privaat-publiek.

Voorzitter. Voor mijn fractie is de keuze in de gezondheidszorg voor publiek-privaat of privaat-publiek er niet een van lood om oud ijzer. Als de mogelijkheid van zorg een publieke verantwoordelijkheid is, dan zijn de financiering en de kaderstelling een overheidszorg. Wij denken dat het weinig effectief is als je aan een publieke verantwoordelijkheid inhoud geeft door alleen corrigerend op te kunnen treden jegens marktpartijen. Onder omstandigheden waarbij financiële kaders worden overschreden, zullen slechts door middel van veel regels correcties kunnen worden aangebracht. Wij denken dat de doelmatigheid gediend zou zijn met een keuze voor publiek-privaat. Het zou de eenduidigheid ten goede komen en daarmee de gewenste werking en uitvoering. De aanzienlijke kosten die samenhangen met het creëren van een markt die geen markt is, zouden beter ingezet kunnen worden. Het is ook goed hierbij te bedenken dat de huidige zorgstructuur ondenkbaar is zonder de huidige publieke structuur. Zonder bijvoorbeeld de ziekenfondsen zou positie van de huisartsgeneeskunde ondenkbaar zijn. Een goed ontwikkelde commerciële dienstverlening zie je meestal op die plaatsen waar geen of beperkte publieke voorzieningen zijn. In landen waar goede zorg voor iedere burger mogelijk is, is toch altijd sprake van een publieke oriëntatie. Echt commercieel zijn de geneesmiddelenfabrikanten. Slechts een helder publiek optreden met de nodige volhardendheid kan die kracht in de goede banen leiden.

In Nederland heeft altijd een grote mate van solidariteit op het terrein van de ziektekosten bestaan. De vraag is of dit zo blijft. In het nieuwe stelsel komt er een verzekeringsplicht en dat is zeker een versterking van solidariteit, maar er zitten ook minder solidaire kanten aan het voorgestane model. De no-claimkorting leidt tot een feitelijke premieverhoging voor zorggebruikers. Dit effect zou nog versterkt kunnen worden als jongere en gezonde burgers kiezen voor een verzekering met een zo hoog mogelijk eigen risico. Later is er namelijk nog voldoende mogelijkheid om een duurdere verzekering met een betere kwaliteit te zoeken. De hoogste vorm van eigen risico en de no-claim opgeteld, leiden tot een groter risicobedrag dan tot nu toe bestond bij de particuliere verzekeraars. Nogmaals zouden wij willen vragen waarom de minister vasthoudt aan de no-claimkorting en deze niet laat opgaan in de eigen inkomensafhankelijke risicoregeling. Het zou in de administratiekosten kunnen schelen en de transparantie bevorderen.

De nadruk op collectieven in het nieuwe stelsel zou onwenselijke gevolgen kunnen hebben wanneer de basisverzekering impliciet wordt gekoppeld aan een aanvullende verzekering. Het is goed denkbaar dat zich allerlei collectieven zullen formeren met een laag risico, waaraan de verzekeraars een aanvullende verzekering tegen een lage premie zullen aanbieden. Daarom vragen wij wat de minister denkt dat er gaat gebeuren als het budgettair kader wordt overschreden. Immers, als verkleining van het pakket het gevolg is, zal de aanvullende verzekering alleen maar in belang toenemen en daarmee de solidariteit afnemen. Het is al niet denkbeeldig dat de voorstellen voor de Wet maatschappelijke ondersteuning ertoe zullen leiden, dat de verzekeraars ook deze in hun aanvullend pakket op zullen

nemen. Op zich hoeft dat niet verkeerd te zijn, maar het zal de zojuist aangegeven ontwikkeling wel versterken.

Het is ook de vraag of de keuze voor een privaat-publiek stelsel het meest doelmatig is. Al wordt in de memorie van antwoord aangegeven dat gekozen is voor een privaat-publiek stelsel, omdat in een publiekrechtelijk systeem overregulering moeilijk te onderdrukken zal zijn, ik waag dat toch te betwijfelen. Het is niet juist om publiek gelijk te stellen aan het huidige systeem. Immers, andere structuren zijn goed denkbaar. Evenzo kan goed worden aangegeven dat de keuze voor een privaat-publieke stelsel tot een veelheid aan regels en toezicht zal leiden.

Alleen al om de gewenste marktwerking te bereiken, worden regels geïntroduceerd, bijvoorbeeld de hoge nominale premie. Deze maatregel leidt op zich weer tot regelgeving in de vorm van de Wet op de zorgtoeslag. Zo ook de voorziening dat alle verzekeraars zullen vallen onder het toezicht van de NMa en dus als onderneming moeten kunnen worden aangemerkt. Zo zijn er meer voorbeelden te geven. Maar niet alleen het creëren van de markt noodzaakt tot regelgeving, ook het weer intomen van de markt om te komen tot de maatschappelijk gewenste uitkomst zal met regels moeten worden gerealiseerd. Het is de vraag of dat gelet op de specifieke omstandigheden van de zorgmarkt niet een omslachtige route is, waarbij het er uiteindelijk op zal neerkomen dat de regelgeving alleen maar zal toenemen en uiteindelijk zal resulteren in maximumtarieven. Kortom, dan zijn wij weer terug bij af.

Het meest effectief kan er worden gewerkt als er heldere doelstellingen zijn die zich gemakkelijk laten vertalen in een eenduidige uitvoering. Indien meerdere uitgangspunten worden gekozen, laten deze zich dikwijls ongestraft neerschrijven in een wet, maar pas bij de uitvoering zal de moeizame verenigbaarheid blijken. Dat leidt dan weer tot minder duidelijkheid voor alle betrokkenen, in dit geval verzekerden, aanbieders en verzekeraars, en daarmee tot een minder doelmatig functioneren van de wet. De vraag is of dit niet zou kunnen worden voorkomen als het publieke doel tot uitgangspunt was genomen. Dan was duidelijk geweest dat de uitvoering aan private partijen zal worden overgelaten, maar dat die binnen een publieke kaderstelling zal moeten plaats vinden.

De omvang van de administratieve lastendruk, zoals die in de nadere memorie van antwoord wordt gegeven, is discutabel omdat de vraag is wat wordt meegerekend. Uiteindelijk maakt het voor aanbieders of verzekeraars niet uit of iets een inhoudelijke of een administratieve verplichting is. De tijd die heengaat met het voldoen aan de verplichtingen uit deze wet zullen zij als regeldruk dan wel kosten beschouwen. Hetzelfde geldt natuurlijk voor de verschillende polissen die door de zorgverzekeraars zullen worden aangeboden. Niet alleen het opstellen van de polissen maar ook de onderhandelingen die de verschillende aanbieders met de verzekeraars daarover moeten voeren, moeten worden gerekend tot de uitvoeringskosten van dit wetsontwerp. Terecht hebben de huisartsen er een punt van gemaakt dat het wel heel omslachtig is als zij juist omwille van hun patiënten met alle verzekeraars moeten onderhandelen. Dat was aanleiding voor de minister om op te merken dat het

niet met alle verzekeraars hoefde, maar dat met bijvoorbeeld drie zou kunnen worden volstaan. Hetzelfde zou kunnen gaan gelden voor de specialisten als de Integratiewet die gebaseerd was op de Ziekenfondswet komt te vervallen. Niet alleen het onderhandelen met de verschillende verzekeraars kost tijd maar zeker de daarbij behorende administratie. De Verenigde Staten zijn een afschrikwekkend voorbeeld waar zo'n 20 % van het personeel belast is met de administratie.

De vraag is of bij het ontwerpen van deze wet ook de reductie van de regelgeving voorop heeft gestaan. Is ook geprobeerd het aantal toezichthouders zoveel mogelijk te beperken? Wij vragen ons dat af, omdat de schrik je om het hart slaat als je het aantal toezichthouders ziet. Geruststellend wordt gezegd, dat de betrokken instanties onderling door middel van afspraken hun activiteiten zullen afstemmen. In de praktijk komt het er toch meestal op neer dat eenieder het eigen territorium goed in de gaten houdt ten koste van de gecontroleerde partijen. Is daarmee ook rekening gehouden, bijvoorbeeld bij de keuze tussen publiek of privaat? Wellicht zal de ontwikkeling van de zorg meer bepaald worden door de toenemende bureaucratie, dan de suggereerde vrijheid van de markt.

Een niet genoemd effect van de zorgverzekeringswet zal ongetwijfeld schaalvergroting zijn, zowel aan de kant van de aanbieders als aan de kant van de verzekeraars. Om aan de vereisten van deze wet te kunnen voldoen, is een redelijke schaal een voorwaarde, al wordt wel eens het tegendeel gesuggereerd. Schaalvergroting zal leiden tot grotere organisaties en daarmee ook weer regelgeving.

Dankzij automatisering is veel mogelijk, maar de kosten worden daarbij gemakkelijk over het hoofd gezien. Het zijn niet alleen de kosten voor de ontwikkeling van de noodzakelijke programmatuur en de aanschafkosten van de hardware, maar een steeds groter budget gaat op aan de jaarlijkse kosten van onderhoud. De kosten voor de niet geringe gegevensuitwisseling die de uitvoering van de wet mogelijk moet maken, komen daar nog bij.

Voorzitter. Een aantal bepalingen uit de wet fraudebestrijding komt ook terug in de Zorgverzekeringswet. In de ogen van mijn fractie is fraude primair een probleem dat moet worden geregeld tussen aanbieders en verzekeraars. In de Zorgverzekeringswet en de Wet fraudebestrijding zorgverzekeringswetten wordt de verantwoordelijkheid echter primair bij de aanbieders gelegd. Als de aanbieders de identificatiebewijzen niet registreren, worden zij niet betaald. Diezelfde aanbieders zijn echter wel verplicht zorg te leveren, ook als zij daar niet voor worden betaald. Dit zou een minder groot probleem zijn als er sprake zou zijn van een reële spreiding over de verschillende aanbieders, maar dat is niet het geval. Het zou dan de taak van de overheid moeten zijn om vanuit haar maatschappelijke verantwoordelijkheid te voorzien in de problematiek van de zorg aan de onverzekerden, of het nu gaat om de illegaal of de dak- en thuisloze.

Over het hanteren van de CTG-beleidsregel Dubieuze debiteuren leest mijn fractie in de nadere memorie van antwoord dat deze alleen geldt voor geheel of gedeeltelijk gebudgetteerde instellingen. Hoe zal worden voorzien in het afschrijven van dubieuze debiteuren bij niet

gebudgetteerde instellingen? Hoe zal deze CTG-beleidsregel worden gehandhaafd als straks alle verrichtingen door middel van DBC's worden gefactureerd, de verzekeraars elkaars concurrent zijn en de verevening anders is georganiseerd? In het licht van het voorgaande zou het toch goed denkbaar zijn om een regeling te treffen ten laste van het zorgverzekeringsfonds?

In de nadere memorie van antwoord meent de minister dat een familielid of ieder ander die zich om een dak- of thuisloze bekommert, voor hem of haar een zorgverzekering kan afsluiten. Mijn fractie vreest dat zich hier toch praktische problemen zullen voordoen. In artikel 4 van de Zorgverzekeringswet is vastgelegd dat om een verzekerde te mogen accepteren hij zich moet kunnen identificeren. Dak- en thuislozen hebben echter vaak geen opbergla voor al hun paperassen. Aan de identificatieplicht bij het aanmelden bij een verzekering en bij het ontvangen van zorg zal daarom moeilijk kunnen worden voldaan.

In dit kader vraagt mijn fractie zich ook af op welke wijze de aanbieders mogen vragen naar een identificatiebewijs. In de Wet uitgebreide identificatieplicht waarnaar wordt verwezen, bestaat in de ogen van mijn fractie niet een draagplicht maar een toonplicht en is niet voorzien in de identificatie bij zorgvoorzieningen. In het verlengde hiervan zou ik willen vragen waarom aanbieders naast het identificatiebewijs ook het sociaal-fiscaal nummer van de verzekerde moeten registreren. In artikel 118 van de Zorgverzekeringswet lijkt te worden verondersteld dat het sociaal-fiscaal nummer opgenomen is in een identificatiebewijs. Mijn fractie meent dat de mogelijkheid voor verzekeraars om medische persoonsgegevens en het sofi-nummer te registreren verdere waarborgen noodzakelijk maakt. In dit kader is mijn fractie benieuwd naar hoe het staat met de Wet gebruik burger servicenummer in de zorg- en de gedragscode, die wordt opgesteld door de zorgverzekeraars. Mijn fractie is met het College Bescherming Persoonsgegevens van mening dat er voldoende waarborgen moeten komen om oneigenlijk gebruik van medische persoonsgegevens door verzekeraars te voorkomen. Vermeden moet worden dat de gegevens verkregen in het kader van de basisverzekering kunnen worden gebruikt voor andere doeleinden dan de verevening, zoals niet medische doeleinden. Het zou een ernstige inbreuk zijn op de privacy van de burger als zijn medische gegevens voor andere doeleinden zouden worden gebruikt. Het medisch beroepsgeheim heeft er tot nu toe borg voor gestaan dat er geen belemmering is voor mensen om hulp te vragen als zij die nodig hebben.

In het huidige vereveningssysteem wordt geen gebruik gemaakt van identificerende gegevens. Als straks wel gebruik wordt gemaakt van het sofi-nummer, wordt een uitdrukkelijk identificerend gegeven gebruikt. Met het College Bescherming Persoonsgegevens vragen wij ons af of het gebruik van het sofi-nummer wel noodzakelijk is en of de inbreuk op de privacy wel opweegt tegen het belang van de verkregen informatie. Waarom wordt niet gebruik gemaakt van een pseudo-identiteit, dat wil zeggen een pseudoniem dat niet herleidbaar is tot de persoon waar het om gaat?

Bij het debat over de WTG Expres en de HOZ heeft de minister toegezegd dat de briefwisseling met het

College Bescherming Persoonsgegevens niet meer noodzakelijk zou moeten zijn en dat hij actie zou ondernemen. Nu moet mijn fractie constateren dat er inmiddels ook over de Zorgverzekeringswet een uitvoerige briefwisseling met dat college bestaat, ook naar aanleiding van de memorie van antwoord. Ook blijkt dat over de invoerings- en aanpassingswet, waarin ook sprake is van het uitwisselen van persoonsgegevens, geen advies aan het college is gevraagd. Het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zeker in de gezondheidszorg, verdient een andere aanpak.

Voorzitter. Van meet af aan is bij dit wetsvoorstel discussie geweest over de vraag of het zou leiden tot problemen met het Europese recht. Op twee punten waar problemen werden gevreesd, is nu duidelijkheid. Zowel het risicovereveningssysteem als het meenemen van de reserves is door de Europese Commissie goedgekeurd. Over het belangrijkste punt, namelijk de vraag of de publieke waarborgen, zoals de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, noodzakelijk en proportioneel zijn, is echter nog geen duidelijkheid. Uitsluitel is pas te geven na een eventuele uitspraak van het Europese Hof. Gezien de onzekerheid hierover, wil ik de minister nogmaals vragen of hij reële mogelijkheden ziet om terug te keren naar een meer publiek stelsel, mocht een uitspraak van het Europese Hof daartoe aanleiding geven. Mijn fractie heeft zorgen over de financiële consequenties voor kwetsbare groepen als bijstandsgerechtigden, ouderen met alleen AOW en chronisch zieken met een laag inkomen. Uit de praktijk blijkt dat de drempel voor deze groepen om gebruik te maken van de buitengewone uitgavenaftrek, tegemoetkoming buitengewone uitgaven en bijzondere bijstand te hoog is. In sommige gemeenten maakt om welke reden dan ook slechts 30% van de mensen die recht hebben op bijzondere bijstand daar ook gebruik van. Ook van de buitengewone uitgavenaftrek en tegemoetkoming buitengewone uitgaven wordt slechts beperkt gebruik gemaakt. Mede daarom is het de vraag hoe de zorgtoeslag deze groepen straks zal bereiken. Uit het veld ontvangen wij signalen dat verwacht wordt dat zo'n 10% van de één miljoen minima de zorgtoeslag niet zullen aanvragen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Kan de heer Hamel dat wat nader toelichten? In het kader van de opzet, zoals nu bedoeld door de Belastingdienst, is dat toch niet juist?

De heer **Hamel** (PvdA): Dat ben ik theoretisch geheel met u eens, maar het is de vraag of de praktijk ook zo werkt. Daarom gaf ik het voorbeeld van de TBU. Wat de redenen ook zijn, er zitten onder de minima groepen die moeilijk bereikbaar zijn. Ik geef gewoon door wat de verwachtingen zijn die bij veel gemeenten leven over de wijze waarop het zal gaan functioneren.

Mevrouw **Van Leeuwen**: U en ik willen vandaag duidelijk weten hoe het gaat met het inbrengen van de TBU en de verzilveringsregeling in de zorgtoeslag.

De heer **Hamel** (PvdA): Absoluut en zelfs nog iets meer. Wij willen niet alleen weten dat de Belastingdienst dat gaat doen, maar ook hoe die dat gaat doen.

Voorzitter. Bij de overgang van de huidige particuliere verzekeringen naar het nieuwe stelsel bestaat een zogenoemde negatieve optie, in welk geval de verzekering automatisch wordt voortgezet als de verzekerde niet kiest voor een nieuwe verzekering. Het ontbreken van een negatieve optie bij de overgang van het ziekenfonds naar de zorgverzekering zal voor deze groepen grote gevolgen hebben. Als de huidige ziekenfondsverzekerden niet automatisch verzekerd worden bij de rechtsopvolger van het ziekenfonds dan voorziet mijn fractie, met het veld, grote problemen.

Voor bijstandsgerechtigden en ouderen met alleen AOW gaat het vaak in de eerste plaats om de "struggle for life". Als deze mensen wel de zorgtoeslag aanvragen, is het niet ondenkbaar dat deze eerst gebruikt wordt om andere financiële gaten te vullen, met als gevolg financiële problemen als de eerste nominale premie betaald moet worden. Hetzelfde zal gelden voor AOW'ers die straks zelf hun inkomensafhankelijke premie moeten betalen en daarvoor via de netto-nettokoppeling zullen worden gecompenseerd.

Voor veel minima zal gelden dat een polis met een zo hoog mogelijk eigen risico aantrekkelijk is, omdat die de laagste premie tot gevolg heeft. De gezondheidsrisico's van deze groep zijn echter groot, met als gevolg: grote financiële problemen op het moment dat zorg nodig is. Nu zijn veel bijstandsgerechtigden via de gemeente verzekerd. Dat kan straks nog steeds, alleen kan het verzekerd zijn via de gemeente niet verplicht worden gesteld, terwijl dit juist het probleem van een onverantwoord groot eigen risico voor deze groep zou kunnen ondervangen.

Van de bijstandsgerechtigden die via hun gemeente verzekerd zijn, heeft nu naar schatting 10% een betalingsachterstand. Deze groep zal waarschijnlijk als gevolg van de premieverhoging van ongeveer 30 euro naar 90 euro maandelijks sterk toenemen. De gevolgen van een betalingsachterstand blijven nu beperkt omdat wanbetalers niet uit het ziekenfonds kunnen worden uitgeschreven, maar straks kunnen ze wel geroyeerd worden. Mede daardoor is het niet onwaarschijnlijk dat de groep onverzekerden sterk zal stijgen. Is het overigens reëel om bij deze groepen over boetes te praten? Want welke boete staat er uiteindelijk op het niet betalen van een boete indien er geen geld is bij iemand die al op het laagste bijstandsniveau zit?

Wij maken ons niet alleen zorgen over de financiële consequenties, maar vrezen ook dat grote groepen onverzekerd zullen blijven. In het veld wordt geschat dat het nieuwe stelsel, onder meer door de hoge boetes voor onverzekerden, zal leiden tot 600.000 burgers die niet verzekerd zijn. Wij vinden het, los van het aantal, niet acceptabel dat een nieuw stelsel voor een zo grote groep juist onder de minder draagkrachtigen een probleem oplevert. Dit probleem moet niet onderschat worden omdat tot nu toe de gemeentes dit met de verzekeraars konden regelen. Zou het niet een oplossing zijn om naar analogie van de leerplicht verzekeraars pas toe te staan een verzekerde te royeren op het moment dat een nieuwe verzekeraar is gevonden? Verzekeraars zouden dan wanbetalers na een vaste periode van elkaar kunnen

overnemen en zo invulling geven aan een maatschappelijk verantwoord ondernemerschap.

De nieuwe percentages op basis waarvan de zorgtoeslag wordt berekend, zouden tot gevolg moeten hebben dat geen enkele burger meer dan 5% van zijn inkomen kwijt is aan de kosten voor zorg. Ik wil hier nu niet allerlei inkomens plaatjes doornemen, zeker niet omdat dit soort koopkrachtplaatjes uitvoerig in de Tweede Kamer zullen worden besproken. Ik zou hier willen volstaan met de constatering dat het goed mogelijk is dat men door cumulatie van verschillende regelingen er meer dan 3,5% respectievelijk 5% op achteruit gaat. Ik zou willen vragen of de minister de garantie kan geven dat deze wetsvoorstellen niet zullen leiden tot een groter beslag voor ziektekosten op het inkomen dan de genoemde percentages.

Tot slot de vraag of het reëel is om deze wet op 1 januari in werking te doen treden. Mijn fractie vindt van niet. Doorslaggevend bij onze stellingname is de burger. Je hoeft maar om je heen te vragen: de burger heeft geen weet van wat hem of haar op dit gebied te wachten staat, hij weet hooguit dat er iets op til is. En dit voor een zo essentieel terrein als de volksgezondheid, waarover in de ogen van mijn fractie geen onzekerheid mag bestaan. Zeker niet voor de mensen die op dit moment afhankelijk zijn van zorg: zij hebben er geen nieuwe zorgen bij nodig. Toch zal de introductie hen overvallen en zal er ongerustheid ontstaan over de voortgang van hun zorgtraject. Ook organisaties die zich in het eerste uur achter het wetsontwerp hebben gesteld, krijgen twijfels als ze concrete vragen van hun leden krijgen. Daarbij spelen ingewikkeldheid, de niet altijd te begrijpen keuzemogelijkheden, die er overigens voor een belangrijk deel nog niet eens zijn, en de onbekende consequenties een hoofdrol. Een langere termijn om een polis te kiezen, maakt de overval er niet minder om. Het gaat erom dat de mensen onvoldoende voorbereid met een geheel nieuwe systematiek worden geconfronteerd. En die confrontatie vindt in januari al plaats. Ziekenfondspatiënten hebben nog nooit hoeven kiezen voor een eigen risico en kennen de consequenties onvoldoende. Evenmin weten zij wat de betekenis is van de keuze voor een natura- dan wel restitutiepolis. Het is in de ogen van mijn fractie kenmerkend dat door de insiders het uitstel van de keuze voor een bepaalde polis of verzekeraar als een belangrijke tegemoetkoming wordt gezien. Dat is het oordeel van mensen die al langer bekend zijn met de elementen van deze wet, terwijl de burger nog niet weet waarvoor hij of zij mag gaan kiezen.

Ik zeg dit te meer omdat, in de ogen van mijn fractie, de dikwijls geconstateerde kloof tussen kiezer en gekozene niet alleen wordt bepaald door hoe de gekozene wordt gekozen, maar in veel grotere mate door het werk zijner handen. Daarmee wil ik zeggen dat de wijze waarop de burger wordt geconfronteerd met het overheidshandelen en de manier waarop hij daarbij wordt betrokken wel eens van een veel groter belang zouden kunnen zijn. Bij deze wet zie je ook weer dat de, wat ik haast de technocratische drive zou willen noemen, en de Haagse dadendrang veel bepalender zijn dan de burger voor wie het allemaal is bedoeld. Niet de overheid zelf, niet de aanbieders, of in dit

geval de verzekeraars, moeten de maat der dingen zijn, maar de burger. Wij betwijfelen of dat bij deze wet het geval is.

Ook is het de vraag, los van het oordeel over dit wetsvoorstel, of het aanwezige draagvlak een integrale invoering op 1 januari rechtvaardigt. Het draagvlak is er wellicht in de Kamer, maar als een groot deel van de burgers nog niet eens weet waar het om gaat, zal het draagvlak bij hen niet groot zijn en dat zal de acceptatie niet ten goede komen. Waar het ook aan ligt, velen beginnen nu pas door te hebben wat er gaat veranderen. De schuldvraag lijkt niet zo interessant. Je zou het ook kunnen opvatten als een signaal dat de ophanden zijnde veranderingen pas nu beginnen door te dringen en dat dit bij velen onzekerheid oproept. Die onzekerheid is alleen weg te nemen door een goede voorlichting en begeleiding van de burgers. De gebeurtenissen van de afgelopen jaren zouden een les moeten zijn om dit soort gevoelens niet te negeren. Dit hoeft niet te leiden tot besluiteloosheid, zeg ik er voor de minister maar bij, maar wel voor een zorgvuldig invoeringstraject. Een dergelijk traject is niet in een paar maanden te realiseren. Als niet de goede voorlichting en de daarvoor noodzakelijke tijd vooropstaat, maar eerder de datum waarop leidt dat alleen maar tot verzet.

Op de vraag of de invoering op 1 januari technisch mogelijk is, zijn al veel tegenstrijdige antwoorden gegeven. Sommigen geven aan dat het nu moet doorgaan omdat verzekeraars er al veel in hebben geïnvesteerd en dat uitstel tot grote onrust in hun organisatie zal leiden. Ook wordt aangegeven dat men er klaar voor is, maar dat de implementatie van de wet wel erg veel voorbereiding vergt en niet alles op orde is. Waarom moet er zo'n haast gemaakt worden met de invoering van de wet en welk doel is daarmee gediend? Stel dat het wetsvoorstel wordt aangenomen en het vanaf dat moment duidelijk is dat het doorgaat, dan moet het toch ook voor deze minister een zorg zijn dat de invoering op een zorgvuldige wijze gaat gebeuren. Het is toch bijna de ontkenning van het belang van de eigen verantwoordelijkheid, waaraan bij dit wetsvoorstel zoveel belang wordt gehecht, als deze wet zo overhaast wordt geïntroduceerd.

Waarom is er niet voor gekozen, gelet op de uitwerking van het wetsvoorstel en de nog ontbrekende wetgeving zoals de Wet marktordening gezondheidszorg, met de invoering een jaar te wachten? Ook de zorgverzekeraars geven aan dat zij vooralsnog niet in staat zijn reëel inhoud te geven aan het kwaliteitsaspect en alle informatiesites zoals Kiesbeter geven op dit moment nog slechts randinformatie. Ook zou er dan meer tijd zijn om de introductie van de zorgtoeslag voor te bereiden en oplossingen te vinden voor de onverzekerdenproblematiek. Het zou het geheel stabiel maken en veel onnodige onzekerheid kunnen wegnemen. Het maakt een wezenlijk verschil of effecten van mogelijke keuzes kunnen worden ingeschat of niet. Keuzevrijheid is, als wij het goed begrijpen, een belangrijke doelstelling van deze wet, maar de introductie laat eigenlijk al zien dat het misschien toch anders zal gaan. Ook de Invoerings- en aanpassingswet biedt weinig soelaas voor een gefaseerde invoering.

Laat ik nu als indicatie de WTG Expres nemen. Deze wet heeft voor de burger niet al te veel

consequenties, als ik het restitutieprobleem even buiten beschouwing laat. Bij de introductie wisten wij allen dat zich enige chaos zou voordoen. Daar was ook iedereen zich van bewust. Niet erg, zeg ik nu, omdat het zich afspeelt tussen professionals. Maar de problemen zijn groot en steeds weer blijkt in dat traject dat het departement een te rooskleurige inschatting heeft. Er is weliswaar met de koepels gesproken, maar dat wil nog niet zeggen dat daarmee ook de weerbarstige praktijk in kaart is gebracht. Vele malen niet. Ik vertel dit niet zozeer om dit probleem aan de kaak te stellen, maar eerder om aan te geven dat de inschatting vooraf, soms door niet geheel voldoende kennis, er vaak wat mooier uitziet dan de werkelijkheid toestaat. Bij het onderhavige wetsvoorstel gaat het echt om de burger die geen professionele rol vervult in de gezondheidszorg, er geen ervaring mee hoeft te hebben en soms ziek in bed ligt. Als hij wordt overvallen met de effecten van de nieuwe maatregelen, zal al snel de reactie zijn: ze doen maar.

Wij wachten met belangstelling de antwoorden af.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het is te doen gebruikelijk dat wij in tweede termijn met elkaar de discussie aangaan. Nu is de heer Hamel begonnen met een "nee, tenzij". Ik ben erg benieuwd wat zijn harde punten zijn. Heb ik het goed begrepen dat dit zijn: de onverzekerdenproblematiek, de keuzemogelijkheid, de kwaliteit en de invoeringsdatum?

De heer **Hamel** (PvdA): Ja, en de fasegewijze invoering van de wet.

*N

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Het zal vandaag wel laat worden. Een marathonzitting, die veel van de minister en van ons zal vergen, om van de voorzitter nog maar te zwijgen. Ik heb overwogen mijn dokterstas mee te nemen, maar heb dat uit praktische en principiële overwegingen nagelaten. Ik sta hier als senator en niet als arts, hoewel de kennis die ik in het laatste beroep heb vergaard me zeker vandaag van pas komt en inspireert. Laten we hopen dat ons aller conditie goed genoeg is om het tot half twee vannacht uit te houden. Mocht er onverhoopt toch iets mis gaan, dan zitten er vast voldoende artsen op de tribune!

Wij voeren een buitengewoon belangrijk debat. Het is vandaag ongetwijfeld een historische dag, wij behandelen immers de overgang naar een nieuwe ordening van ons zorgstelsel. Het is wellicht het meest ingrijpende hervormingsplan dat het kabinet-Balkenende ons in zijn bestaan zal presenteren. Het idee lijkt goed: het kunstmatige onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden wordt opgeheven. Daar zijn wij ook voor. Risicosolidariteit wordt in de toekomst geregeld met een acceptatieplicht, een vast basispakket en het verbod op premiedifferentiatie en inkomenssolidariteit vindt vorm door een zorgtoeslag voor zes miljoen huishoudens.

Wij hadden de minister best zijn "finest hour" gegund. Naar een herziening werd al jaren uitgezien. Verschillende voorgangers zijn er niet in geslaagd, maar deze voorstellen kunnen absoluut de toets der kritiek niet

doorstaan. Samengevat: te veel markt, te veel bureaucratie, te weinig solidariteit en aantasting van de professionele autonomie. Het is eindexamentijd en Hans Hoogervorst kan met dit resultaat helaas niet door.

De materie heeft immers nog zoveel onzekerheden in zich, zoveel losse eindjes dat het onmogelijk is een eenduidige, breed gedragen beoordeling te geven. En ik sta in deze mening niet alleen! Sommigen vinden dat er goede elementen in zitten, anderen wijzen op grote manco's. Zonder nu direct de één of de ander gelijk te geven zou deze Kamer toch moeten vaststellen dat er geen breed maatschappelijk draagvlak is op dit moment en dat er buitengewoon veel twijfels over de uitwerking van de wetten zijn en alleen dat al zou moeten leiden tot een nee op dit moment.

Na het referendum van vorige week heeft de politiek gezegd te willen luisteren naar de bevolking. Volgens mij is het zeker dat een referendum over marktwerking in de zorg, zoals die in deze wetten vorm krijgt, geen steun van de meerderheid van de bevolking zou krijgen. Is het dan geen zaak dat wij, vertegenwoordigers van de politiek, bewijzen niet onder de beruchte Haagse stolp te zitten en aangeven dat wij hier op voorhand rekening mee willen houden? Referenda moeten toch geen vorm van "damage control" zijn?

Na de aanbidding zonet voor het begin van de vergadering van meer dan een half miljoen handtekeningen -- in één week verzameld en gedragen door protesten van vele organisaties uit de gezondheidszorg, werkers, burgers en patiënten -- is één ding duidelijk: er is veel onrust en onzekerheid. Willen wij onze burgers serieus nemen, dan moeten wij naar hen luisteren en met elkaar kijken wat de leemtes in de wetten zijn en of ze op te lossen zijn. Wij moeten realistisch zijn en ons niet het hoofd op hol laten brengen door dreigingen als "Als we het nu niet doen, dan" waarbij allerlei gruwelijke scenario's de revue passeren. Dat hebben wij bij het achter ons liggende referendum al genoeg gezien en daar hebben we allemaal onze bekomst van. Het gaat vandaag niet om de eer van onze minister Hoogervorst, om zijn plaatsje in de "Hall of Fame", het gaat om een afgewogen beoordeling van de risico's die wij met elkaar lopen als de wetten in deze vorm worden aangenomen. Ik weet het zeker: het wordt chaos en het moet op deze manier niet doorgaan. Dat is geen dreigement, maar een constatering en ik zal die onderbouwen. In ieder geval moet opschorting en herbezinning overwogen worden. Ik doe dan ook een dringend beroep op de collegae van VVD, CDA en D66 om de belangen van de burgers niet op te offeren aan ondoordacht avonturisme en al helemaal niet aan vermeend politiek belang.

Om met wat onduidelijkheden te beginnen. Tot afgelopen zaterdag hebben wij nog documenten gekregen die een aspect van de Zorgverzekeringswet moesten verduidelijken. Dat verdraagt zich toch niet met een zorgvuldige voorbereiding? Wij hebben al eerder 3500 pagina's moeten doorwerken, zeg maar zeven Europese grondwetten of twee boodschappentassen vol! Sinds de behandeling in de Tweede Kamer van eind december, na een overigens haperende discussie waarin lang niet alles is benoemd waar het over had moeten gaan, is de stapel van toelichtingen, nadere toelichtingen en aanvullende

regelgeving exponentieel toegenomen. Collega van Leeuwen heeft al aangegeven hoeveel pagina's tekst nadien nog als verduidelijking is verschenen, ikzelf druk het maar in oppervlaktebeslag uit. Een derde van het oppervlak van mijn tafel van 1 bij 2,5 meter is gevuld met papierwerk over de wetten waarover wij vandaag praten. En zelfs keurig geordend, want zo ben ik wel, blijft het een warboel. Mijn vrienden en vriendinnen hebben mij de afgelopen maanden vaak meewarig aangekeken als ze geconfronteerd werden met al die informatie. En dan moest ik zeggen dat het allemaal was om ons zorgstelsel te moderniseren en meer begrijpelijk te maken. Zij zagen mijn tafel vol met knollen en ik zou het dan over citroenen moeten hebben. Het lukt mij niet. Wie dan wel?

Het blijft een onvergeeflijke blunder dat aan de overkant niet pas tot bespreking van de wetten is overgegaan toen ook de teksten van de aanpalende wetgeving, de Invoerings- en Aanpassingswet en de Wet marktordening gezondheidszorg en de inhoud van het besluit Zorgverzekering bekend waren. Met het geleidelijk beschikbaar komen van informatie werd de discussie dan weer daar en dan weer hier, hier vaak via schriftelijke vragen, gevoerd. Ik heb mij vaak inspecteur De Cock, met C-O-C-K, gevoeld als het erop aankwam de meest adequate en up to date informatie van de stand van zaken en eventuele veranderingen te veroveren.

Dit wetgevingstraject kan in mijn ogen absoluut niet de toets van de kritiek doorstaan. Het geeft mij in ieder geval het gevoel dat dit zelfs niet hoort tot de categorie "eens maar nooit weer". Het hoort tot de buitencategorie: De categorie van "dit kan echt niet!" Ik weet dan ook zeker dat amper iemand in deze Kamer op de hoogte is van alle details en kleine lettertjes, inclusief wijzigingen en aanpassingen, van de wetten. Ik denk dat er maar één is! Laat staan dat alle consequenties nu doordacht en duidelijk zijn. Als wij -- en wij zijn, in alle bescheidenheid, toch geen stelletje onnozelaars -- het al niet ten volle doorgronden, hoe is het dan uit te leggen aan het veld? En hoe moet dit ooit gaan werken? Voorzitter. Ik zeg u: het gaat niet werken, of hooguit averechts.

Dat was ook de achtergrond van mijn vraag voor het nader voorlopig verslag of het veld, verzekeren en zorgaanbieders, er klaar voor is. De minister betoogt in antwoord daarop dat de zorgverzekeraars er klaar voor zijn, op grond van hun eigen mededeling en het rapport van PriceWaterhouseCoopers, waarover overigens nog wel kritische vragen zijn te stellen, maar ook verzekeren en zorgaanbieders staat een megaoperatie te wachten.

Ik kan me dan ook erg goed vinden in de stelling van de Consumentenbond dat, om chaos te voorkomen, het toezicht volledig moet functioneren voor de implementatie van de wet. Juist in de overgangsfase moet het toezicht glashelder zijn en volledig functioneren zodat oneerlijk marktgedrag jegens consumenten direct kan worden afgestraft. Ook pleit de Consumentenbond voor een onafhankelijke audit naar de voortgang van de voorbereidingen op de overgang naar de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars om te voorkomen dat na de invoering van het stelsel een administratieve chaos ontstaat waar de consument de dupe van wordt.

Hoe staat het met de ontwikkeling van het toezicht? Hoe hard kan de minister garanderen dat per 1 januari het toezicht op orde is? Is de minister bereid om conform de suggestie van de Consumentenbond een onafhankelijke audit te verrichten? Misschien kan hij dan ook de vraag beantwoorden op grond van welke criteria hij beoordeelt of de overgang geslaagd is. Wanneer weten consumenten of de transitie geslaagd of mislukt is?

Een draagvlak bij de bevolking is essentieel en de voorlichting is nog maar net gestart. 60% van de Nederlanders heeft weet van de stelselwijziging, maar op voor de hand liggende vragen als: hoe staat het met mijn keuzevrijheid, kan ik zelf mijn huisarts, mijn specialist, mijn ziekenhuis, mijn fysiotherapeut, mijn apotheker blijven kiezen en hoe staat het met de financiële gevolgen, wat is voor mij persoonlijk het inkomenseffect en wordt de zorgverzekeraar echt zo machtig als het nu lijkt, is nog in de verste verte geen antwoord te geven. Verzekerden moeten voor alles beter worden toegerust als ze echt een tegenmacht willen vormen. Alle patiënten- en consumentenorganisaties hebben hierop gewezen en ze hebben ook een aantal suggesties gedaan. Voor al die suggesties zijn meer financiële middelen en meer garanties nodig. Hoeveel financiële middelen heeft de minister tot nu toe concreet toegezegd? Is hij bereid een onderzoek te verrichten naar de financiële middelen die noodzakelijk zijn om patiënten- en consumentenorganisaties toe te rusten voor hun toekomstige functies op de markt van zorg en verzekeren? Hoe wil de minister de positie en invloed van verzekerden beter verankeren? Gebeurt dit in een zorgconsumentenwet, zoals de NPCF voorstelt en door de invloed van verzekerden op het inkoop- en contracteerbeleid van de zorgverzekeraars te formaliseren?

Een ander punt dat nog steeds veel ruis geeft is de onafhankelijke geschillencommissie die door zorgverzekeraars wordt ingesteld. Ik constateer dat er in het veld nog steeds veel vragen over zijn: hoe onafhankelijk is de commissie, hoe bindend zijn de uitspraken, wat kan de inbreng van de consument zijn, aan welke voorwaarden en procedures moet worden voldaan met het oog op de doorlooptijd en de kosten – de gevolgen mogen niet drempelverhogend werken -- en welke vragen kunnen wel en niet worden voorgelegd? Het spijt me wel, maar de manier waarop het nu geregeld lijkt te worden, doet me denken aan de muis en de olifant! Met name de Consumentenbond heeft in dit dossier heel waardevolle suggesties gedaan. Men stelt voor dat aan geschillenbeslechting vorm wordt gegeven onder de Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken. Onafhankelijkheid is voorwaarde voor het verkrijgen van het vertrouwen van de consumenten. De minister moet mijns inziens alle schijn vermijden dat hij de zorgverzekeraars nog meer macht geeft.

Om goed te kunnen kiezen is inzicht nodig en moet informatie makkelijk beschikbaar zijn. Volgens de zorgverzekeraars zijn ze allemaal in staat om tussen 1 november en uiterlijk 16 december inzage te geven in het hele aanbod van polissen. Dat betekent dat de consument in ieder geval gedurende 6 weken polissen kan bekijken en vergelijken, maar dat eigenlijk pas na 16 december de complete informatie beschikbaar is. Ik las in de

aanbiedingsbrief bij de invoering- en aanpassingswet van de minister de opmerking dat hij erop rekent dat het de consument een uur kost om kennis te nemen van de veranderde verzekering en de aangeboden polis die hij dan per handtekening kan accepteren. Ik sla steil achterover van zo'n constatering. Mijn inschatting is eerder dat het het tienvoudige wordt. Vanaf 1 november, of eigenlijk ook al daarvoor, zal er hard gewerkt moeten worden. De aanvraag voor de zorgtoeslag moet voor 1 november worden gedaan. Dat is overigens ruim voor het moment waarop de verzekerde überhaupt zicht op heeft op de nieuwe premie voor zijn na 1 november uit te kiezen nieuwe polis. Een reële berekening van wat het allemaal zal gaan kosten kan pas op zijn vroegst eind december worden gemaakt. Bovendien moet dan ook de premie voor de aanvullende verzekering bekend zijn. Kan er overigens al wat gezegd worden over de hoogte van die premie voor het volgende jaar? Hebben verzekeraars toegezegd dat die volgend jaar niet net zoveel omhoog gaat als het afgelopen? Ik voorzie slapeloze nachten voor onze burgers, de onzekerheid zal veel te lang duren. Deze wetgeving wil van patiënten zorgkoopjesjagers maken, van artsen zorgproducenten en van zorgverzekeraars zorgmakelaars. Kunnen we niet beter vragen wat de mensen zelf willen?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Als de wet een jaar wordt uitgesteld hebben volgens mij nog veel meer burgers slapeloze nachten door de gestegen ziektekostenpremies. U weet, wat er in de particuliere verzekeringen aan de hand is. In combinatie met de Wet op de zorgtoeslag ontstaan enorme verbeteringen voor grote aantallen verzekerden, enkele kleine groepen uitgezonderd.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Volgens mij kunnen mensen de situatie op dit ogenblik niet overzien en moeten zij meer informatie hebben. De informatie over de financiële positie is nu zo verbrokkeld dat het moeilijk is om daarover een oordeel te vellen. Ik ben het met mevrouw Van Leeuwen eens dat uitstel van de wet ook financiële consequenties heeft.

Er is een groep die niet in staat is al deze informatie te verwerven en te integreren. Dat is de groep van 50% die niet in staat is www.kiesBeter.nl te bereiken. Deze grote groep zal ondersteuning nodig zal hebben bij het interpreteren van alle wijzigingen en van de inhoud en consequenties van de nieuwe verzekeringspolis. In het bijzonder denk ik aan ouderen, mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen en maatschappelijk niet-zelfstandigen. Er is al veel over dit probleem gesproken, maar welke garanties kan de minister nu geven dat de inwoners van ons land zo goed mogelijk op de hoogte zijn en dat met ingang van 1 mei het bestand van al of niet opzettelijk onverzekerden zo klein mogelijk is? Wat is de uitkomst van het overleg dat hij met gemeenten en sociale diensten heeft gevoerd waarbij bezien werd hoe de invoering kan worden gefaciliteerd? Dit overleg ging tevens over ondersteuning bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst en over het zo optimaal mogelijk benutten van financiële compensatiemogelijkheden, inclusief de zorgtoeslag. De

negatieve optie is genoemd als mogelijkheid voor de transitieperiode. Heeft de minister daar met juristen en zorgverzekeraars al een oplossing voor gevonden en hoe zit de optie precies in elkaar? Ziet de minister het ook als een taak om ervoor te zorgen dat het aantal onverzekerden zo laag mogelijk is? Onverzekerd zijn gaat gepaard met het risico van het doorlopen met niet gecureerde, besmettelijke aandoeningen – denk aan TBC en HIV -- en dat is een bedreiging voor de volksgezondheid.

Overigens zal in de toekomst het onderverzekerd zijn ook een toenemend probleem worden. Nu al gaat de kwaliteit van het gebit achteruit doordat men zich voor tandartsenzorg niet meer aanvullend kan verzekeren in verband met de kosten. Straks zal een te hoog eigen risico, gekozen om de nominale premie zo laag mogelijk en dus betaalbaar te houden, ook een barrière vormen om adequate zorg op het juiste tijdstip in te roepen. Deelt de minister mijn zorg en is hij van plan onderzoek naar dit verschijnsel te doen? Deze vraag haakt aan bij het onlangs gepubliceerde onderzoek waaruit blijkt dat mensen al veel op zorg bezuinigen. Zij nemen hun eigen verantwoordelijkheid, maar het is de vraag of dit op de goede manier gebeurt.

Ook voor de zorgaanbieders breekt met ingang van 1 januari een periode van onzekerheid aan. Hun patiënten/cliënten hebben tot 1 mei de mogelijkheid om een zorgverzekering aan te gaan. Tot die datum zal het dus niet altijd duidelijk zijn bij wie iemand verzekerd is en wie dus de rekening moet betalen. De minister zal ongetwijfeld zeggen dat de patiënt dan de rekening moet krijgen en zelf moet zorgdragen voor vergoeding, maar dat klinkt mij als een echte studeerkameroplossing in de oren. Het gaat in mijn huisartsenpraktijk van 3300 patiënten gaat het al gauw om 150 contacten per dag, consulten, visites, telefonische consulten, recepten en bijzondere verrichtingen, dat zijn 750 contacten per week, in 4 maanden is er sprake van 12000 contacten waar administratie over gevoerd moet worden. Het gaat om deels grote, maar ook om veel kleine bedragen die, als ze oninbaar blijken te zijn, onmogelijk via de deurwaarder te vorderen zijn in verband met de hoge kosten. In mijn huisartsgroep wordt dan ook serieus overwogen over te gaan tot de aanschaf van een pinautomaat. In mijn ogen is dit een onmogelijke oplossing. Voor ziekenhuizen zal de problematiek gelijk zijn. Het gaat dan om nog hogere bedragen die de cliënt zeker niet zelf kan betalen. Verevening achteraf tussen zorgverzekeraars zal nog een extra impuls aan de administratieve chaos geven.

Zoals bekend, zal met de invoering van de zorgverzekeringswet ook de honoreringsstructuur van huisartsen wijzigen. Daar is al veel over te doen geweest. Klopt het dat met ingang van 1 januari alle verzekerden, dus ook degenen die nu nog particulier verzekerd zijn, bij een huisarts worden ingeschreven en dat huisartsen daarvoor een inschrijftarief in plaats van het oude abonnementstarief krijgen? Hoe wordt dit geregeld, gaan zorgverzekeraars hun cliënten hiertoe actief benaderen of moeten huisartsen dat zelf doen? Welke garantie hebben ze dan dat ze vanaf het begin van het jaar, dus ook al als velen nog geen verzekeraar gekozen hebben, toch de vergoeding krijgen voor het ingeschreven staan en bewaren van het

medisch dossier van hun patiënten? Klopt het ook dat dit abonnementstarief niet meetelt voor de no claim en het eigen risico, maar dat het consumeren van huisartsenzorg wel op het eigen risico zal drukken in tegenstelling tot de no claim? Waarom is ervoor gekozen het eigen risico hier wel voor te belasten? Gelden hier opeens andere argumenten voor als die welke wél valide waren om huisartsenzorg buiten de no claim te houden?

Overigens betwijfel ik of de ICT van huisartsen en van andere zorgaanbieders en zorginstellingen op dit moment berekend is op de veranderingen. Niet voor niets hebben zorgverzekeraars alleen al aan ICT- investeringen miljoenen uitgegeven. Ook zorgverleners zullen aanpassingen moeten invoeren, zoals het invoeren van sofinummers, polisnummers en mutaties. Ook deze aanpassingen vergen investeringen. Mijns inziens getuigt het van respect voor de zorgaanbieders als daar begrip en financiële compensatie van de minister tegenover staan. Deze reorganisatie wordt namelijk van bovenaf opgelegd. Hoe luidt de reactie van de minister hierop?

Een ander punt dat zal bijdragen aan een administratieve chaos is de stapeling van no claim en eigen risico. Zowel zorgverzekeraars als patiëntenorganisaties hebben daarop gewezen. Eerst worden rekeningen betaald voor behandelingen die later met de no claim worden verrekend; daarna gaat het eigen risico in en moeten mensen zelf hun rekeningen betalen totdat het eigen risico voldaan is. Dit soort tegenstellingen kan ik niet uitleggen. Kan de minister dat wel?

Voordat ik overga tot een groter heikel punt, dat van de privacy, eerst wat kleinere vraagjes tussendoor. De zorgverzekeraars wilden per 1 juni inzicht in het pakket hebben. Dat inzicht is er nog niet volledig. Wat is daarvan de consequentie? Is er al duidelijkheid over toetsingscriteria en de standaardpolis? In juni moet de modelovereenkomst aan het CTZ voorgelegd worden. Wat is de uiterste datum waarop dat nog kan? PWC heeft gesuggereerd dat zorgverzekeraars in april melden hoeveel soorten polissen zij aan het CTZ ter toetsing zullen voorleggen, zodat het CTZ zijn planning daarop kan afstemmen. Is al bekend hoe groot het aantal is en hoe staat het met de het CTZ? Wil de minister ons ook informeren over de uitvoering van de andere praktische suggesties van PWC om de doorlooptijd te bekorten? Wanneer gaan zorgverzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over het functioneel omschreven aanbod? Dit is een grote klus die erbij komt, zeker als je bedenkt dat de NMa nog steeds vindt dat onderhandelingen met de 17000 fysiotherapeuten en 8000 huisartsen individueel moeten plaatsvinden om de markt alle kansen te geven! Het lukt me bijna niet meer om niet sarcastisch te worden. Is er al overeenstemming over het vereveningssysteem en wat zijn de mogelijkheden om nog een herberekening uit te voeren? Is de informatie daarvoor in de vorm van diagnosekostengroepen en farmaciekostengroepen van particuliere verzekeraars al voldoende voorhanden? Lukt het om de zorgverzekeraars op tijd over het budget te informeren?

Op dit moment mogen particuliere zorgverzekeraars winst maken. Mogen zij dat blijven doen na 1 januari of geldt voor hen ook de wachttijd tot 2012? Als dat niet zo is: hoe staat het dan met het gelijke

speelveld tussen hen en de nieuwe private zorgverzekeraars? Heeft de uitgestelde overheveling uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet van de GGZ nu wel of geen gevolgen voor de koopkracht? In welke situaties mogen zorgverzekeraars zelf de aanvullende verzekering beëindigen?

Is de belastingdienst klaar voor de uitvoering van de zorgtoeslag? Krijgt iedereen die daarop recht heeft deze toeslag? Op welke termijn kunnen wij een voorstel tegemoet zien dat voorziet in een integratie van de zorgtoeslag, de buitengewone uitgavenregeling en de tegemoetkoming buitengewone uitgavenregeling? Is de zorgverzekeraar bij wie men verzekerd is ook de uitvoerder van de AWBZ voor die verzekerde? Is de consequentie van overstappen -- het stemmen met de voeten -- altijd dat verstrekkingen die men via deze verzekeraar en het zorgkantoor kreeg moet inleveren om vervolgens alles opnieuw aan te vragen? Ik denk als voorbeeld aan een hoog-laagbed. Moet men bij een overstap een nieuw bed aanvragen?

Tot slot nog wat Europese zaken. Heeft de Europese Commissie in haar beschikking expliciet aangegeven dat de Zorgverzekeringswet niet in strijd is met de Europese schaderichtlijnen? Zo niet, is het de minister bekend of de Europese Commissie expliciet heeft getoetst of de wet wel of niet in strijd is met de Europese schaderichtlijnen? Indien dit niet het geval is, hoe komt de minister dan aan zijn stellige conclusie dat de wet niet in strijd is met de richtlijnen? Getoetst zijn de risicoverevening en de reserves die aan de zorgverzekeraars worden meegegeven, maar volgens mij niet de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Moeten deze zaken niet onafhankelijk van elkaar beoordeeld worden? Wat zijn de consequenties van het feit dat gezondheidszorg mogelijk wordt uitgezonderd van de Dienstenrichtlijn? Als Nederland straks als enige lidstaat een privaat stelsel heeft opgetuigd, wat betekent dat dan voor de concurrentiepositie van ziekenhuizen en zorgaanbieders? Buitenlandse aanbieders kunnen wel op de Nederlandse markt concurreren, omgekeerd is dat lang niet zo zeker. Ik hoor graag een reactie van de minister.

Hoewel de minister ons per brief van zaterdag probeert gerust te stellen over de privacyaspecten ben ik nog niet gerustgesteld en met mij, naar het zich laat aanzien, ook niet mijn beroepsgenoten. Zoals de KNMG het verwoordt, is men zeer bezorgd over het ontbreken van voldoende concrete garanties voor de borging van de privacy van verzekerden. Op zich zelf is dat geen nieuw door de Zorgverzekeringswet gecreëerd probleem. De minister heeft daarop gewezen, maar men moet nu de gelegenheid aangrijpen om in het kader van de voorliggende wetten een betere oplossing voor de privacybescherming van verzekerden te bieden dan de minister thans biedt.

Naar de mening van de KNMG is het volstrekt onvoldoende dat in de Zorgverzekeringswet enkel in artikel 87 een formeel-wettelijke basis wordt geschapen voor de noodzakelijke gegevensverstrekking door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars. Ook het CBP heeft al enige malen benadrukt dat specificatie van het noodzakelijkheidsvereiste door middel van een

ministeriële regeling vereist is. Het is mogelijk dat voor een goede uitvoering van de wet bepaalde persoonsgegevens noodzakelijk zijn. Ik onderken dat, maar het is ook mijn ervaring dat verzekeraars een niet te stillen honger naar informatie over hun verzekerden hebben. Deze informatie wordt vervolgens voor hun schadelastbeheersing ingezet. Slechte risico's worden geweerd of worden tegen een hogere premie geaccepteerd. Als voorbeeld wijs ik op een injectie corticosteroiden die ik voor een pijnlijke schouder geef. Deze injectie wordt als reden aangevoerd om iemand voor de aanvullende verzekering te weren, omdat hij daarom mogelijk vaker fysiotherapie zal behoeven. Privacygevoelige medische informatie wordt gebruikt bij de beoordeling van andere verzekeringsproducten, aanvullende verzekeringen maar ook hypotheekverstrekkingen en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): In de wet staat duidelijk dat er een "Chinese muur" bestaat tussen de zorgverzekeraar en andere verzekeringen, zoals arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, e.d. Als de zorgverzekeraar over die muur heengaait, is hij strafbaar. Vindt u dit onvoldoende?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Nee, dat is natuurlijk allemaal overdreven. U weet trouwens goed dat wij sowieso tegen de doodstraf zijn. Het gaat ons erom dat de gelegenheid de dief kan scheppen. Tegenwoordig zijn er zoveel "sneaky" manieren van communicatie en informatieoverdracht, dat je eigenlijk niet zou moeten willen dat er zoveel informatie wordt verzameld dat zoiets mogelijk wordt. Ik pleit dus samen met het CBP voor een ministeriële regeling waarin duidelijk staat wat alle informatie- en koppelingsmogelijkheden zijn en welke beveiliging er moet zijn.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik ben het ermee eens dat er een ministeriële regeling moet komen; het staat ook buiten kijf dat dit gaat gebeuren. Maar dit strafbaar stellen van een verzekeraar vind ik wel behoorlijk zwaar. Het lijkt mij dat dit niet zo doet neigen tot "sneaky" worden.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind het in ieder geval hartstikke mooi dat er strafbaar wordt gesteld, maar ik wil gewoon meer waarborgen. Het voornaamste voor mij is dat ik onder beroepsgenoten een enorme weerzin tegen dit hele gebeuren bespeur. Ik denk dat het belangrijk is dat de minister, als hij de zorgverleners mee wil krijgen, in ieder geval toezegt dat hij met het KNMG hierover zal overleggen en ook de regeling voor advies bij het CBP zal voorleggen en zal voorhangen. Zo wordt voor alle betrokkenen het noodzakelijkheidsvereiste gespecificeerd en duidelijk. Voor artsen weegt het beroepsgeheim nu eenmaal zwaar.

Voorzitter. Ook wil ik de duidelijke uitspraak van de minister dat hij erop toeziet dat de gedragscode bescherming persoonsgegevens die door Zorgverzekeraars Nederland ontwikkeld zou worden, nu zo snel mogelijk gereedkomt en ook voor advies aan het CBP wordt voorgelegd, zodat deze in ieder geval operationeel is

voordat de wet eventueel ingaat. Ik heb overigens begrepen dat het CBP niets ziet in een aparte gedragscode, maar liever een addendum op al bestaande codes had gezien die in de bank- en verzekeringswereld al functioneren. Wat vindt de minister van dit idee?

Met het CBP ben ik van mening dat er ook een goed databestand van statistisch materiaal ten behoeve van de risicoverevening door het CVZ opgebouwd kan worden zonder dat daarvoor de sofi-nummers worden gebruikt. Waarom dit als vereiste vastleggen? De gelegenheid schept de dief, dit brengt onnodige risico's met zich mee. Herleidbaarheid tot individuele personen moet zo veel mogelijk uitgesloten worden. Het CBP heeft hiervoor goede suggesties gedaan. Graag een reactie van de minister.

Korthedshalve sluit ik mij ten aanzien van de Wet fraudebestrijding aan bij de inbreng van collega Hamel. Zo langzamerhand kom ik aan het eind van mijn betoog. Veel dingen laat ik onbesproken, zoals de functionele omschrijving die het grote risico in zich draagt dat met name de eerstelijnszorg minder integraal wordt. Ondanks veel pogingen van de Tweede Kamer is het niet echt goed gelukt de essentie van integrale eerstelijnszorg vast te leggen en te borgen. Zorgverzekeraars gaan straks bepalen wie welke zorg gaat verlenen en of de werkende, hoestende diabeet voor zijn kwalen zowel langs de bedrijfsarts, als de diabeteszorg als de huisarts moet, met alle gevolgen voor de informatie-uitwisseling en het declaratieverkeer. Ik houd mijn hart vast als ik de consequenties ervan overdenk: hogere kosten en onzorgvuldigere registratie, meer fouten en ongezondere mensen. Het vertrouwen in de zorgverzekeraar is op dit moment oneindig veel groter dan in de zorgaanbieder. Ik denk zelf dat de waarheid tenminste in het midden ligt. Ik ben blij dat de minister heeft toegezegd dat hij in ieder geval de polissen erop zal toetsen, hoe het poortwachterschap en de verwijfsfunctie zijn vastgelegd. Ook zie ik uit naar een beschouwing over de relatie met de Wet BIG en de functionele omschrijving. Ik hoop dat de minister hierbij nog eens goed kijkt naar alle inbreng over de borging van het beroep van huisarts en het verlenen van huisartsenzorg.

Door de regie van de zorg aan concurrerende zorgverzekeraars te geven, wordt te veel op de financiële en te weinig op de zorginhoudelijke kanten van zorgverzekeren gefocust. Mijns inziens is het belangrijkst dat de overheid de zorgplicht als een hete aardappel doorschuift naar waar die volgens mij niet hoort. Ik betreur dan ook de manier waarop deze minister deze Zorgverzekeringswet heeft vormgegeven en vraag hem in ieder geval om ernstig te overwegen om de invoering op te schorten totdat er minder losse einden zijn. Uitstel is wel het minste waarop de zwaar verontruste samenleving recht heeft, afstel van de plannen misschien zou nog beter zijn. Hoe dan ook, doordrammen in de hoop dat deze Kamer toch wel "ja" zal zeggen is -- althans dat hoop ik -- iets wat we hier niet zullen tolereren.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dus als de losse einden worden aangehecht, zult u voor de Zorgverzekeringswet stemmen?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): In dat geval moet er natuurlijk nog heel goed over worden gepraat. Ik heb een aantal zaken aangereikt en wil daar eerst een goed antwoord op krijgen. Daarna praten we verder.

Zoals gezegd, er zijn veel goede redenen om pas op de plaats te maken of zelfs op de schreden terug te keren. Mijns inziens verdient die minister respect die op tijd inziet dat hij met een mission impossible bezig is. En dat kan in deze tijd van ruime onvoldoendes voor de Nederlandse politiek toch echt geen kwaad. Bezint, minister, eer gij begint. Het is nog steeds niet te laat!

*N

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter. Ik spreek mede namens de OSF.

Zonder overdrijven kun je stellen dat het vandaag een historische dag is voor de toekomst van de zorg in Nederland. Een ander zorgstelsel is de afgelopen 25 jaar de wens geweest van vrijwel elke politieke partij, maar het is nooit tot een definitief besluit gekomen. Een stelselwijziging is keer op keer gestrand. We zullen zien of de Kamer en het kabinet vandaag zo'n vruchtbaar debat met elkaar kunnen hebben dat er volgende week een start kan worden gemaakt met een andere toekomst.

Er is een aantal dringende redenen om tot vernieuwing van het zorgstelsel over te gaan; redenen die al in de periode Paars II door het kabinet-Kok zijn onderkend en door de toenmalige minister van Volksgezondheid, Els Borst, zijn opgeschreven in de paarse kabinetsnota Vraag aan bod, van juli 2001. Ook toen al was duidelijk dat de nuloptie, ongewijzigd doorgaan, onverantwoord is. Er moeten nieuwe oplossingen komen voor de vergrijzing, de snel oplopende kosten van de zorg, de hier en daar nog lange wachtlijsten, de bureaucratie en de ongelijke toegang tot noodzakelijke zorg.

Deze Zorgverzekeringswet heeft in de ogen van de fracties van D66 en de OSF een aantal duidelijke pluspunten. Zo ontstaat er een overzichtelijk systeem van een basisverzekering voor iedereen; één stelsel. De zorg in Nederland wint zo aan overzichtelijkheid en aan transparantie. Een tweede voordeel is dat de zorgverzekeraars, maar ook de aanbieders moeten gaan concurreren om de gunst van de klant. Dat betekent meer prikkels voor een betere prijs-prestatieverhouding van producten. Competitie geeft vrijwel altijd betere prestaties -- behalve bij luie mensen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Vindt u "concurrentie" en "competitie" hetzelfde?

De heer **Schouw** (D66): Ja, die liggen in elkaars verlengde. Ik ken Van Dale niet op dit punt. U kennelijk wel, dus misschien kunt u de verschillen aangeven; u stelt uw vraag natuurlijk niet voor niets.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Zeker niet. Ik denk dat "concurrentie" wezenlijk anders is dan "competitie". Misschien kunnen we daar straks verder over praten.

De heer **Schouw** (D66): Dat lijkt me fantastisch!

Het derde pluspunt hangt samen met het voorafgaande. De macrobudgetten van de zorg zullen naar verwachting minder stijgen door de introductie van marktprikkels. Er komt meer greep op de onbeheerste stijging van de kosten van de zorg. Concurrentie, de introductie van marktprikkels, benchmark, transparantie leiden, naar verwachting, tot effectiever werken en kostenreductie. En dit is belangrijk om het zorgstelsel in de toekomst betaalbaar te houden en de solidariteit in het zorgstelsel voor de toekomst te garanderen.

Tot zover het goede nieuws; nu de bedenkingen. De bedenkingen van onze fracties zijn samen te vatten in acht punten:

1. Invoering en positie van consumenten;
2. Marktprikkels en noodzaak voor toezicht;
3. Niet-verzekerden;
4. Reserves;
5. No-claim en eigen risico;
6. Risicoselectie;
7. De zorgsector en de publieke verantwoording;
8. Privacybescherming.

Ik begin met de invoering en de positie van consumenten. De invoering van de Zorgverzekeringswet is bijna een militaire operatie. In een heel krap tijdspad moet heel veel, door heel veel mensen, gebeuren. Een jaar uitstel zou dan ook misschien wel op zijn plaats zijn geweest. Echter, kort samengevat, de verzekeraars en de minister zeggen het te kunnen redden; sterker nog, ze zijn klaar voor de uitvoering, per 1-1-2006. En daarmee is een nieuw feit gecreëerd sinds de eerste behandeling in deze Kamer. De zorgverzekeraars zijn operationeel en de minister is politiek verantwoordelijk voor de correcte en zorgvuldige invoering. Aan die correcte en zorgvuldige invoering hechten wij zeer. Onze fracties willen dan ook graag de onomwonden garantie van de minister op die correcte en zorgvuldige invoering hier in dit debat horen.

Het zwakke punt in de redenering van "we zijn er klaar voor", is natuurlijk de vraag: is de consument er ook klaar voor? Pas op uiterlijk 16 december kunnen alle verzekerden een keuze maken voor een nieuwe verzekering die op al 1 januari verplicht is. Voor de gewone verzekerden die nu particulier en ziekenfondsverzekerd zijn, is het te verwachten dat zij door hun huidige verzekeraar op tijd geïnformeerd zijn en van hun huidige verzekeraar een verzekeringsaanbod ontvangen. Kan de minister dit ook garanderen?

In dit verband willen we ook graag weten hoe de minister een automatische overgang in de vorm van een "negatieve optie" ziet, nu blijkt dat dit juridisch lastig haalbaar is. Het is ook de vraag of de negatieve optie opgaat voor publiek rechterlijke verzekeringen. Blijven de IZA-verzekerden bijvoorbeeld bij VGZ of komt het aantal van zo'n 850.000 verzekerden vrij om zodoende een eerlijk playing field te creëren?

De nieuwe Zorgverzekeringswet kan alleen goed werken samen met een sterke positie van de consument. Door het korte tijdspad van de invoering van de wet, de ingewikkeldheid ervan en de informatiekloof tussen de consument en de zorgverzekeraars lijkt deze positie van de consument niet sterk genoeg. Het is dan ook geen wonder dat vrijwel alle consumentenorganisaties tegen de

invoering per 1-1-2006 zijn. Een uitstekende campagne, met objectieve informatie is dan ook echt noodzakelijk. Wil de minister die toezeggen én wil hij ook toezeggen dat hij daarbij alle consumentenorganisatie zal betrekken?

D66 en OSF maken zich vooral zorgen over de concrete invloed van de patiënten op het aanbod en de werkwijze van de zorgverzekeraars. Het kabinet denkt dat stemmen met de voeten voldoende invloed geeft, maar dat is allerm minst zeker. Het is raadzaam dat de minister de invloed van de consument rotsvast en beter verankert.

Wij vinden dan ook dat de vrije artskeuze van patiënten voorop moet staan. In beginsel moet iedereen de vrije keuze keus hebben uit de zorgaanbieders; daar is immers ook de premie op gebaseerd. Als patiënten kiezen voor een inperking van die vrije keuze, moet zich dat natuurlijk vertalen naar een lagere premie. Graag een reactie van de minister op dit principiële uitgangspunt. Zo zouden wij ook willen dat met het invullen van één formulier de consument kan switchen van de ene naar de andere verzekeraar. Is de minister het eens met deze one-paper-policy? En zo ja, kan hij garanderen dat die snel wordt ingevoerd?

Ook vinden D66 en OSF het onverstandig om de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie niet meer rechtstreeks te financieren via een subsidie van VWS, zeker niet in het begin van deze stelselwijziging. De patiëntenorganisaties staan al niet sterk en zeker nu moet deze belangenbehartiging via de uitstekend functionerende koepel worden gestimuleerd en niet geremd. Wij zien een rechtstreeks gevaar voor versnipperde belangenbehartiging en uitholling van de rol van de consument. Wij vragen de minister dan ook om zijn voornemen op dit punt terug te draaien en juist de eerste twee jaar na de invoering van het nieuwe stelsel extra middelen beschikbaar te stellen voor deze belangenbehartiger. Wij rekenen op een ruimhartige toezegging van de minister op dit punt.

Wat gelukkiger zijn wij met het feit dat, weliswaar op de valreep, is besloten om te komen met één zorg-consumentenwet. Mag ik aannemen dat dit in gezamenlijkheid met patiënten- en consumentenorganisaties wordt gemaakt? Kan de minister al iets zeggen over de hoofdlijnen ervan?

Ook het feit dat de minister bijstuurt door middel van een AMvB als de zorgverzekeraars de consumenten te weinig invloed geven, is natuurlijk prima. Maar het is veel beter om aan de voorkant problemen te voorkomen, dan aan de achterkant te repareren. Het is voor ons nog onduidelijk bij welke situaties en wanneer een AMvB wordt gebruikt om de positie van de consumenten te versterken: wordt daar na een jaar naar gekeken en wat is nu een situatie die tot ingrijpen aanleiding geeft? Graag meer uitleg.

Mijn tweede punt: marktprikkels en de noodzaak van toezicht. Dit wettelijk kader gaat uit van het introduceren van marktprikkels in de zorg. Ik breng in herinnering wat ik heb gezegd in het debat over de HOZ op 30 november in dit huis: "de zorg is geen markt waar rechttoe rechtaan de markt zijn gang kan gaan". Marktprikkels moeten stap voor stap hun weg vinden in de zorg en de introductie daarvan moet gelijk opgaan met het versterken van de stem van de consument en van effectief toezicht. Er moeten voldoende countervailing powers zijn

en het hele proces moet nauwkeurig worden gevolgd. Het is dan ook echt noodzakelijk om zo snel mogelijk een gezaghebbende toezichthouder te krijgen. De brief van 27 mei jongstleden over de positionering van die toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit, heeft naar onze opvatting de juiste inhoud. Op papier lijkt het allemaal te kloppen, maar in de praktijk van het hier en nu is het toezicht wel erg dun. De Wet marktordening gezondheidszorg is er nog niet en de NZA is er ook nog niet. Een grootschalige herstructurering van de zelfstandige bestuursorganen, zoals uiteengezet in de brief van 27 mei, zal veel tijd kosten. Wat denkt de minister per 1 januari 2006 te kunnen laten zien op dit punt? De brief maakt op geen enkele manier duidelijk welke concrete resultaten op de fatale datum van 1 januari 2006 gerealiseerd moeten zijn! Intenties volop, nog te weinig resultaten. Een simpele vraag is, bijvoorbeeld, of de NZA een telefoonnummer krijgt; één telefoonnummer, één adres waar consumenten zich kunnen melden met klachten.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Heeft u, naast die van een "Juffrouw Jannie" die paraat moet zitten achter een telefoon, nog andere concrete suggesties voor het toezicht?

De heer **Schouw** (D66): Ik was nog niet zover, dat komt verderop in mijn tekst. Overigens hoop ik dat ik uw typering van "Juffrouw Jannie" niet beledigend hoef op te vatten. Het is immers zeer belangrijk dat mensen kunnen klagen bij de organisatie die verantwoordelijk is. Voorkomen moet worden dat mensen gaan klagen bij instanties die er niets aan kunnen doen, zoals vorige week aan de orde kwam bij het Schiphol-dossier.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben helemaal met u eens dat het belangrijk is dat mensen kunnen klagen, maar ik vind het ook belangrijk dat daar vervolgens wat mee wordt gedaan. Overigens, zoals u weet is "Juffrouw Jannie" een metafoor uit een televisieserie. Ik bedoel daar natuurlijk verder niets mee, u kent mij langer dan vandaag.

De heer **Schouw** (D66): Ik ben ontzettend blij dat dit mogelijke misverstand uit de wereld is.

Wat ik de toezichthouder wil meegeven als eerste opdracht is om na te gaan hoe de introductie van marktprikkels in het "basispakket" uitpakt. Er komt immers een basisverzekering, maar zorgverzekeraars kunnen daar een oneindig aantal varianten op maken. In hoofdzaak is op drie lijnen te variëren: ten eerste de hoogte van de nominale premie; ten tweede de prestatiewijze van de uitvoering, zoals betaling in natura, restitutie, of een mix daarvan; en ten derde de hoogte van het eigen risico.

De meeste pijn en onzekerheid komt voort uit de complexiteit die zit in die varianten op de basisverzekering. Ik zou bijvoorbeeld na één jaar invoering wel willen weten hoeveel die nominale premies zijn gaan verschillen en, als ze zijn gaan verschillen, wat daarvoor de verklaring is; ik zou ook wel willen weten wat voor soort vergoedingen mensen kiezen en waarom; ik zou wel willen weten welke toe- of afname van administratieve lasten dat variëren op de basisverzekering meebrengt.; ik zou ook wel willen weten met welke bureaucratie de huisartsen werkelijk te maken krijgen en wat voor

gevolgen dat heeft voor hun professionele praktijk; ik zou willen weten of, hoeveel en op welke gronden zorgverzekeraars consumenten weigeren voor een aanvullende verzekering; en, tot slot, zou ik wel willen weten of, en zo ja hoe vaak, de vrije artskenkeuze van patiënten daadwerkelijk in de knel is gekomen. Kortom, wij willen na één jaar invoering een helder antwoord op deze belangwekkende vragen. Monitoring en een krachtige evaluatie. Afhankelijk van de reactie van de minister zal ik op hierover een motie indienen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): De heer Schouw is kampioen monitoren in deze Kamer; bij vorige gelegenheden gaf hij al blijk van zijn reputatie op dit gebied. Ik volg hem daarin dus graag. Maar je hoeft niet heel lang economie te hebben gestudeerd om al die handelingen en al die gesprekken met verzekeraars te kunnen optellen, daar tijd aan te verbinden en dat alles terug te koppelen naar de praktijk. Zoiets hoeven we toch niet achteraf te evalueren, dat weten we nu toch wel? Het zou een moment kunnen zijn voor de beoordeling van deze wet. Is dat ook voor hem het geval, of gaat hij dat ook monitoren?

De heer **Schouw** (D66): Nee hoor, maar ik heb hierbij wel een paar opmerkingen. Veranderingen doen altijd pijn omdat je een weg op gaat naar het onbekende, wat altijd even lastig is. Bovendien weet je het niet precies. Het valt mij op dat in de stukken ontzettend veel wordt gespeculeerd en gepreludeerd: het zal wel zus, het zal wel zo. Je kunt er op zich wel een trend uit halen, bijvoorbeeld dat dit zal leiden tot een vermeerdering van administratie bij de huisarts. Maar wat voor soort vermeerdering, hoeveel precies en wat voor problemen levert dat op na een jaar? Ik zou het ook niet leuk vinden om meer administratie te krijgen, maar misschien went het na twee of drie maanden wel. Dat is nu mijn punt: het gaat erom, op een gegeven moment de feiten te kennen en niet te hoeven oordelen op basis van opvattingen en speculaties. Dat is ook onze taak hier in deze Kamer.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Laten we het simpel houden: onze taak is gewoon "ja" of "nee" zeggen. Het is nu onze taak om te beoordelen of wij er voldoende vertrouwen in hebben dat in de praktijk alles daadwerkelijk zal functioneren zoals wordt geschetst. Wat mij steekt in uw bijdrage is dat u altijd de vlucht naar achteren maakt: we moeten iets slechts aannemen om achteraf te evalueren of het uitpakt zoals we dachten. Wij moeten hier bekijken of wij voldoende vertrouwen hebben in de werking van de wet. U maakt een vlucht de verkeerde kant op.

De heer **Schouw** (D66): De werking van de wet is altijd een voorspelling, ze is immers nog niet bewezen. Ik probeer gewoon een feitelijke onderbouwing te krijgen, om zo een goed en objectief oordeel te kunnen vormen over de manier waarop deze wet gaat uitpakken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Misschien een detail, maar toch belangrijk. U vraagt zich af of de vrije artskenkeuze van patiënten in de knel is gekomen. U vindt

dat het moet worden gemonitord. Bedoelt u daarmee dat u denkt dat de vrije artskenkeuze van patiënten in de knel komt en vindt u dat acceptabel, of hoort dit volgens u ook bij het onzekere dat wij tegemoet gaan?

De heer **Schouw** (D66): Dat heb ik net duidelijk verwoord. Wij zijn principieel voor vrije artskenkeuze, zoals ik een aantal minuten geleden zei. Maar bij u en bij de mensen op de tribune leeft duidelijk de angst dat de vrije artskenkeuze wordt ingeperkt. Ik vind dat je dat moet honoreren. Laten we dus maar kijken wat er van die klachten terechtkomt. Het principiële punt van onze fracties heb ik echter gemaakt.

De heer **Hamel** (PvdA): Met dit wetsvoorstel in de hand kun je toch gewoon zeggen dat een bepaalde vrij artskenkeuze niet mogelijk is? Dat hoeft toch niet te worden gemonitord? Dat is toch inherent aan het stelsel en kunnen we nu toch al beoordelen?

De heer **Schouw** (D66): Ik ken u als een precies man en u heeft natuurlijk precies geluisterd. Wij vinden vrije artskenkeuze in het basispakket belangrijk, tenzij de consument er zelf voor kiest om daarvan af te wijken; maar dan moet dat zich wel doorvertalen in een lagere premie.

Ik ga verder met mijn derde punt: de niet-verzekerden. Over de mensen die tot op heden onverzekerd zijn voor ziektekosten, maken de fracties van D66 en OSF zich grote zorgen. Daarbij zijn drie groepen te onderscheiden: de groep bewust onverzekerden, zoals onder anderen kleine middenstanders; de groep "bewuste wanbetalers"; en de kwetsbaren, zoals dak- en thuislozen. Het gaat om naar schatting zo'n kwart miljoen mensen, dus het is geen verwaarloosbare groep! Natuurlijk mag een bijstandsmoeder die het vergeten is of te laat reageert straks niet onverzekerd rondlopen. Een grootschalige informatiecampaagne is toegezegd om deze mensen te bereiken. Maar mensen die tot nu toe onbereikbaar waren, dak- en thuislozen bijvoorbeeld, zijn niet zomaar te verleiden. D66 en OSF vinden dat de gemeenten samen met de minister hiervoor verantwoordelijkheid dragen. Gemeenten staan het dichtst bij de burger en kunnen maatwerk leveren. De vraag is ook of je de groep kwetsbaren wel kan belasten met betalen van premie, aanvragen van de zorgtoeslag et cetera. Ligt hier volgens de minister een taak voor de gemeenten? En zouden we niet toch nog eens moeten kijken naar een soort vangnet, een soort collectieve verzekeringsvorm, zoals die voor asielzoekers? Hoe kijkt de minister hiernaar en wil hij hiervoor samen met de VNG een oplossing zoeken?

Mijn vierde punt: de reserves. De reserves van de ziekenfondsen baren ons ook zorgen. Ziekenfondsen die vanaf 1 januari 2006 als zorgverzekeraar gaan optreden, kunnen hun reserves behouden als en zolang zij zonder winstoogmerk zullen werken. Er is nog regulering gedurende tien jaar, maar feitelijk "verhuizen" deze reserves zo van het publieke naar het private domein. Het is zorgelijk dat de benutting van deze reserves door de niet-commerciële verzekeraars tot concurrentievervalsing zou kunnen leiden. De reserves van ziekenfondsen zijn met publiek geld aangelegd. Het is dan ook de vraag of het wel

juist is om deze reserves in de private sector te laten benutten. Het zou beter zijn om de omvang van deze reserves nu te labelen en straks een publieke bestemming te geven. Bovendien is de juridische houdbaarheid van het van het "meegeven" van deze reserves op zijn zachts gezegd twijfelachtig. De Europese Commissie heeft weliswaar aangegeven geen bezwaar te hebben, maar de vraag blijft of deze invulling van "vrije concurrentie" ook voor de Europese rechter stand zal houden. Graag een reactie.

Ten vijfde: de no-claim en het eigen risico. D66 en de OSF zijn, zoals in eerdere debatten aangegeven, voorstander van prikkels voor mensen tot een grotere eigen verantwoordelijkheid, om dezen zo bewuster te maken van de kosten in de zorg. Dit principe onderschrijven we. Maar de uitvoering van de no-claim, zeker in combinatie met het eigen risico is erg omslachtig en verwarrend voor verzekerden, vooral omdat huisartsenkosten wel onder de vrijwillige eigenrisico vallen, maar weer niet onder de verplichte no-claim in de basisverzekering. Zo worden de kosten voor de huisarts niet in de no-claim meegenomen, maar bij het eigen risico wel. Daarentegen vallen medicijnen weer wel onder de no-claim; en als dat no-claimbedrag vol is, het overige weer onder het eigen risico. En wat te doen met de kosten van, bijvoorbeeld, fysiotherapie? Welke behandelingen worden wel vergoed, welke niet, tot welk bedrag en uit welk potje? Kortom, het zal voor de consument vaak onbegrijpelijk zijn wanneer de no-claim is opgebruikt en wanneer het eigen risico wordt aangesproken. De mogelijkheid om no-claim en het eigenrisico te stapelen vinden wij dan ook niet bijdragen aan een transparante wetgeving. Het succes van de introductie van de zorgverzekeringswet zou wel eens voor het overgrote deel kunnen afhangen van de onbegrijpelijke stapeling van no-claim en eigen risico. Hierop zijn de vier O's van toepassing: Onbegrijpelijk, voor de consument; Omslachtig, voor zorgverzekeraars; Overbodig, omdat het principe van eigen bijdrage al is geaccepteerd; en Onhandig, omdat het succes of falen van één basisverzekering afhangt van de transparantie van de regelgeving.

Deze weeffout hebben wij het liefst zo snel mogelijk opgeruimd. Onze fracties zijn dan ook sterk voorstander van een verplicht eigen risico aan de voet. Dit is veel helderder voor de consument en we maken iedereen blij die bezig is met de reductie van administratieve lasten. Bovendien werkt het eigen risico als een rem op de zorgconsumptie. Dat de no-claimkorting dezelfde werking heeft, is nog niet bewezen.

Wij willen dat de minister het initiatief neemt voor een snel quick-scanonderzoek naar de mogelijkheid om de no-claim en het vrijwillige eigen risico te vervangen door een overzichtelijk systeem van één verplicht eigen risico aan de voet, zoals gebruikelijk in een van onze buurlanden. Ik zal de naam van dat buurland niet noemen omdat we daarmee zojuist een diplomatiek incident hebben gekend, maar er gebeuren daar ook goede dingen. Dit onderzoek moet dan wel afgerond zijn nog voor de behandeling van de I&A-wet in de Eerste Kamer. Kan de minister dit toezeggen?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Waarom moet het dan afgerond zijn?

De heer **Schouw** (D66): Omdat ik het graag wil betrekken bij de handeling van de I&A-wet.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U denkt dat dit onderzoek iets zal opleveren wat consequenties heeft voor de I&A-wet?

De heer **Schouw** (D66): Ja, want anders laat je het niet onderzoeken en wil je het er niet bij betrekken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Wanneer denkt u dat die wet wordt behandeld?

De heer **Schouw** (D66): Daar ga ik niet over, dat zou u aan de minister moeten vragen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Een vraag naar wat feitelijkheden. Bedoelt u nu een aan inkomen gerelateerd eigen risico? Anders bedoelt u immers dat er dezelfde opbrengst komt als nu voorzien, wat leidt tot een nog hoger risico voor, bijvoorbeeld, chronisch zieken. In dat geval ontstaat er namelijk een stapeling van kosten.

De heer **Schouw** (D66): Daarom verwijs ik zo graag naar een van die landen die ons omringt. Dat heeft een prachtig systeem om stapeling van kosten voor mensen aan de onderkant van de samenleving -- chronisch zieken, gehandicapten, mensen met een lager inkomen -- te voorkomen: die krijgen vrijstelling.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): U kunt dan toch gewoon zeggen dat u een inkomengerelateerd eigen risico wilt?

De heer **Schouw** (D66): Ja, in dat geval is het inkomengerelateerd.

Mijn zesde punt: de risicoselectie. Onze fracties zijn absoluut tegen elke vorm van risicoselectie in de basisverzekering. Deze mogelijkheid lijkt echter nog steeds aanwezig doordat groepen collectieve contracten met zorgverzekeraars kunnen sluiten en daarop kortingen kunnen bedingen. De minister zegt dat het hier gaat om kortingen omdat collectieve contracten administratieve besparingen op kunnen leveren die al zo'n 4 à 5 procent van de premie bedragen. Dat is natuurlijk een valide uitleg, maar nu missen we toch nog 5 à 6 procent van de korting die om andere redenen kan worden gegeven.

Dat geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om op risico te selecteren in de basisverzekering. Dat vinden de D66 en OSF fracties niet wenselijk. Bovendien liggen in de wet nog meer mogelijkheden besloten om indirect risicoselectie toe te passen. Een ander voorbeeld van risicoselectie door verzekeraars is om hoogrisicopatiënten te weren door het niet of onvoldoende contracteren van dure zorg voor zeldzame aandoeningen. Hoe denkt de minister dat risico af te dekken? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat dit niet gebeurt?

Hoe wil de minister tegengaan dat de zorgverzekeraars dergelijke middelen inzetten om toch op risico te selecteren in de basisverzekering, of gunt de

minister de zorgverzekeraars deze kans? Zo nee, hoe komen we dan aan de weet met wat voor criteria de verzekeraars kortingen geven? Zou het een idee zijn om de zorgverzekeraars te verplichten om het geven van groepskortingen grondig te motiveren en dit te publiceren op het openbare internet?

Het zevende punt: de zorgsector en publieke verantwoording. Een van onze andere bedenkingen is de rol van de zorgverzekeraars als verantwoord ondernemer. De minister geeft aan dat hij er veel vertrouwen in heeft dat de zorgverzekeraars deze rol goed zullen invullen. Maar, zoals hij onlangs zelf zei in een spraakmakend interview met de Volkskrant: "Vertrouwen is mooi, maar controleerbare afspraken zijn veel beter". Wie een deel van de regie in handen krijgt moet zich als een "goed huisvader" gaan gedragen. De zorg is ook na de wetswijziging niet zomaar een sector als alle anderen; het is en blijft een sector die samen met de rijksoverheid het algemeen belang moet voorstaan. Met de zorgverzekeraars, maar ook met de besturen van zorgaanbieders moet worden gesproken over publieke verantwoording, over salarissen van topbestuurders, over de reserves en voorzieningen, over winsten en hun aanwendungen. Excessen op die punten kunnen het publieke vertrouwen in deze sector ernstig schaden. Dat willen wij liever voorkomen. Daarom lijkt het ons een goede zaak om sectorbreed af te spreken dat het ondernemingsbestuur in de zorgsector voldoet aan een eigen "code- Tabaksblat". Dit moet natuurlijk ook gelden bij de niet-beursgenoteerde verzekeraars en de onderlinge waarborgmaatschappijen. Op dit punt hebben wij drie concrete verzoeken. Ten eerste, is de minister bereid om zich hard te maken voor de openbaarmaking van de salarissen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders? Ten tweede, is de minister bereid om zich hard te maken voor, bijvoorbeeld, een zetel voor de verzekerden in de raden van toezicht of raden van commissarissen van de zorgverzekeraars, waarmee een concrete invulling wordt gegeven aan artikel 28? Ten derde, is de minister bereid om het voortouw te nemen voor een variant op een "code- Tabaksblat" in de zorg?

Mijn achtste punt is de privacybescherming. Onze fracties maken zich ernstig zorgen over de privacybescherming van verzekerden in de nieuwe wet. Met de Zorgverzekeringswet krijgen de zorgverzekeraars meer toegang tot persoonlijke medische gegevens van de verzekerden. Een oneigenlijk gebruik van die persoonsgegevens moet worden voorkomen. Of en hoe de verzekeraars deze informatie gebruiken, is duidelijker geworden met de uitvoerige brief van de minister van afgelopen weekend. De minister en het College Bescherming Persoonsgegevens trekken gezamenlijk op en streven naar overeenstemming. Dat is natuurlijk te prijzen. Wil de minister wel, zodra hij een besluit neemt in afwijking van het advies van College, de Kamer hierover expliciet informeren?

Een voorlaatste punt. De stakingen van de huisartsen en de motieven die daaraan ten grondslag liggen, kunnen hier natuurlijk niet onbesproken blijven. Ik hoop dat uit mijn inbreng duidelijk wordt dat wij op een aantal punten hun zorg delen. Er gaat veel veranderen, juist ook in het werk van de huisartsen. In Nederland zijn we

trots op onze uitstekende eerstelijns hulp en dat willen we graag zo houden.

Het is natuurlijk niet aan deze Kamer om zich uit te spreken in het conflict. Maar in het belang van een goede zorg voor iedereen in dit land roepen wij zowel het kabinet als de huisartsen op om snel met elkaar om de tafel te gaan zitten en te bezien of de verschillen snel zijn te overbruggen.

Tot slot: iedereen die zegt dat de regierol in het nieuwe zorgstelsel bij de zorgverzekeraars komt te liggen, heeft het voor een belangrijk deel mis. Die regierol ligt nu, en blijft ook straks liggen, bij de politiek: als eerste bij de minister van VWS en ten tweede bij het parlement dat hierop controle uitoefent. Er kunnen dingen fout gaan, er kunnen ongewenste effecten optreden, maar in alle gevallen blijft de politiek natuurlijk aan het roer staan om bij te sturen, te monitoren en het systeem te verfijnen.

Voorzitter, tot zover mijn bijdrage in eerste termijn. Maar ik zie tot mijn grote vreugde dat collega Van der Lans nog een dringende vraag heeft.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Mijn vraag is vergelijkbaar met de vraag van daarstraks. Ik mis een beetje een slotsom in uw betoog. U heeft een aantal stellige punten, die stevig zouden kunnen aankomen. Maar hoe hard zijn die voor u bij de beoordeling van deze wet?

De heer **Schouw** (D66): Ik heb die punten naar voren gebracht, ik kan het niet duidelijker zeggen. Ik vind dat ik het buitengewoon systematisch heb georganiseerd in acht punten. Ik wil die eventueel voor u nog wel een keer opnoemen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): In dat geval is mijn conclusie, die u kunt tegenspreken, dat u eigenlijk geneigd bent om "ja" te stemmen, mits er een evaluatie komt.

De heer **Schouw** (D66): Ik vind het altijd zo prachtig van de heer Van der Lans dat hij aan het eind van mijn inbreng in eerste termijn al vraagt wat de slotsom is. Ik breng de heer Van der Lans in herinnering dat ik acht punten heb ingebracht, dat ik de minister vraag om een reactie, dat wij vervolgens een reactie krijgen en die dan in de fracties wegen om ons een eindoordeel te vormen. Zo werkt het.

Ik neem aan, mijnheer Van der Lans, dat het ook bij u zo werkt.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik zou bijna zeggen dat u een behoorlijk opgewonden standje bent, al bedoel ik het niet zo. Ik vraag alleen hoe hard de punten zijn die u noemde. Als ik zeg dat ik denk dat het niet zulke harde punten zijn, dan kunt u dat tegenspreken. Zo eenvoudig is het.

De heer **Schouw** (D66): Het zijn belangrijke punten. U hebt mij ook nog niet voor of tegen het wetsvoorstel horen uitspreken. Wij hebben een aantal belangrijke punten genoemd en verwachten een aantal belangrijke toezeggingen van de minister. Daarna zullen wij, zoals dat hoort in een democratie, het antwoord wegen.

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik voer het woord namens de fracties van de SGP en de ChristenUnie. De Zorgverzekeringswet leeft. In de achter ons liggende maanden is al door veel organisaties en burgers aandacht gevraagd voor de gevolgen van deze (ontwerp)wet. Niet alleen blijkt er nog veel onduidelijkheid te bestaan, maar vooral ook veel onrust. Het eerste, onduidelijkheid, kan naar onze mening op een relatief eenvoudige wijze opgelost worden, en wel door zorgvuldig en geduldig uit te leggen wat er precies gaat veranderen, per wanneer en wat de gevolgen van het nieuwe stelsel zijn. Het tweede, het wegnemen van de onrust, is veel moeilijker. Als die onrust voortkomt uit gebrek aan kennis over de wet, dan is er nog niet zo'n groot probleem, maar als de onrust gevolg is van terechte angst voor de consequenties, dan is er veel meer aan de hand. Voor onze fracties is het daarom vandaag erg belangrijk dat er enerzijds duidelijkheid wordt gegeven en dat er anderzijds garanties worden gegeven dat het nieuwe stelsel ook echt goed zal functioneren. En met goed bedoelen wij dan niet in de eerste plaats financieel goed, maar vooral kwalitatief goed, ten behoeve van de patiënt die zorg nodig heeft. Vanuit dit perspectief op diverse onderdelen van het wetsvoorstel daarom enkele kritische vragen.

Allereerst heb ik een aantal opmerkingen over de procedure. Juist omdat het een megaoperatie is met veel financiële en maatschappelijke consequenties en veel risicofactoren, hebben onze fracties de indruk dat het wetsvoorstel wel erg snel door het parlement wordt geloodst, met het bijbehorende risico van onzorgvuldigheid. Zonder lang uit te wijden, wijzen wij alleen al op de Invoerings- en aanpassingswet. Het zou voor de behandeling erg nuttig zijn geweest als die in ontwerp tegelijkertijd beschikbaar was geweest. Een brede parlementaire behandeling was dan mogelijk geweest.

Het is onze fracties veel waard als er eindelijk een einde komt aan het betrekkelijk willekeurige onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekeringen. Vooral voor ouderen en chronisch zieken met een inkomen dat iets hoger is dan de grenzen in de Ziekenfondswet, is het zeer moeilijk om een verzekering te krijgen tegen een redelijke prijs. Bij de particuliere verzekering is immers altijd sprake van risicoselectie. Vooral voor 65-plussers volgden hier vaak torenhoge premies uit. Een andere belangrijke ontwikkeling die wij altijd hebben gesteund, is de overgang van een stelsel van aanbodsturing naar een vraaggericht stelsel. Zorg is immers een thema dat heel dicht bij de mensen moet staan, omdat het zo nauw verbonden is met de eigen gezondheid. Niet bureaucratische systemen, maar zorg voor mensen moet daarom het leidende principe zijn bij de zorgverzekering. Vraaggerichtheid is echter niet automatisch hetzelfde als de zorgvrager als consument zien. Hoewel economische maatstaven vaak sterk de boventoon voeren, mag dit toch niet worden vergeten. Zorg behoort te staan in het teken van barmhartigheid: oog hebben voor de noden van de mens, niet als iemand die een probleempje heeft, maar de mens in zijn totaliteit.

Op het punt van de vraaggerichtheid ligt er een aantal belangrijke zorgpunten bij onze fracties. Laat de grote nadruk op de centrale rol van de zorgverzekeraar en

daarmee op de efficiency van de zorg nog voldoende ruimte over voor echte keuzevrijheid? Helaas is die nog niet gegarandeerd. Het lijkt erop dat verzekeraars met allerlei zaken druk zijn, maar dat het zelf kunnen kiezen van een behandelende arts of fysiotherapeut of van een ziekenhuis of apotheker vaak moeilijk is. Kan de minister eens goed uit de doeken doen wat er nu naast de slechts eenmalige mogelijkheid per jaar om van verzekeraar te veranderen echt aan keuzevrijheid in de wet is gegarandeerd?

In de memorie van antwoord is te lezen: "Zorgaanbieders kunnen door hun kennisvoorsprong en marktmacht gemakkelijk een machtspositie ten opzichte van de consument innemen. De nieuwe zorgverzekeraars kunnen als belangenbehartiger van de verzekerden het gewenste tegenwicht tegen die machtspositie vormen." Dat is natuurlijk op zich wel een zekere machtsbalans, maar in de praktijk blijkt dat het aan de belangenbehartiging van de patiëntenzijde voorzover het gaat om de kwaliteit nogal eens ontbreekt. Juist op dat gebied kunnen belangenbehartigers van patiënten- en consumentenorganisaties een belangrijke rol vervullen. Want hoe kritisch de consument ook is, alleen kan hij meestal weinig beginnen.

Deze rol wordt bijvoorbeeld zichtbaar in de grote ervaringsdeskundigheid die zulke organisaties hebben op het terrein van een specifieke ziekte. Ook is het belangrijk dat zulke organisaties verzekeraars kritisch kunnen volgen en zo nodig kunnen aanspreken op bijvoorbeeld patiëntonvriendelijk gedrag. Het lijkt onze fracties dat wij pas echt van een goede machtsbalans kunnen spreken als dat evenwicht tussen de drie partijen er is. Hoe kijkt de minister hier tegenaan? Is hij bereid om mogelijkheden te bieden waardoor de belangenorganisaties van patiënten structureel kwalitatief hoogstaand werk kunnen leveren? Wij stellen daartoe voor om nu een substantiële bijdrage beschikbaar te stellen aan de NPCF en de andere koepels van patiëntenorganisaties. Ziet de minister ook mogelijkheden voor bijvoorbeeld ondersteuning bij het maken van op de specifieke doelgroep gericht voorlichtingsmateriaal?

De rechten van de patiënt zijn in veel wetten weergegeven. Dat is belangrijk. Voor iedereen moet helder zijn waaraan zowel arts als patiënt toe is. Toch blijkt die gewenste duidelijkheid er in de praktijk niet altijd te zijn. Waarschijnlijk is hiervoor een belangrijke verklarende factor de versnippering van deze informatie. Gelukkig zegt de minister al wel toe dat hij zich erop wil bezinnen of de samenvoeging van patiëntenwetgeving een goed idee is. Maar om nu te zeggen dat dit erg concreet wordt ... Nee, wij vragen de minister daarom met klem om hier echt werk van te maken. Kan hij zeggen op welke termijn wij concreet resultaat tegemoet kunnen zien?

Op het punt van de informatiekloof aangekomen, moet ik zeggen dat de overgang naar het gebrek aan transparant inzicht in de diversiteit van de zorgverzekeringen snel is gemaakt. Immers, door de vele keuzemogelijkheden die er zijn als het gaat om de polissen, is het voor veel mensen moeilijk om werkelijk inzicht te krijgen en te houden in de verschillen tussen de diverse polissen. In de stukken wijst de minister terecht op de site kiesbeter.nl. Door die informatievoorziening kan er

inderdaad wat meer inzicht komen in de verschillen, maar als het hierbij blijft, gebeurt er naar onze mening toch echt te weinig. In de memorie van antwoord stelt de minister dat uit indicaties uit de verzekeraarswereld blijkt dat er sprake zal zijn van een overzichtelijk aantal polissen. Wat noemt hij nog overzichtelijk? Wij kunnen natuurlijk elk detailverschil beschouwen als een afzonderlijke polis, maar is er een reële schatting te geven van bijvoorbeeld de keuzeopties?

In de schriftelijke ronde hebben wij gevraagd of de minister iets ziet in een soort zorgbijsluiters, vergelijkbaar met de financiële bijsluiters. In zijn reactie stelt hij dat die wenselijk noch noodzakelijk is. Toch vragen wij ons af wat hierop tegen is. Waarom zou hij niet samen met Zorgverzekeraars Nederland de landelijke modelpolis op zo'n manier ontwikkelen? Er zou dan in één oogopslag te zien zijn wat de belangrijkste verschillen zijn met andere polissen. Te denken is aan antwoorden op vragen als: gaat het om een naturapolis of een al dan niet gedeeltelijke restitutiepolis? Welk eigen risico is van toepassing? Hoe is de berekening van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg? Wat zijn de bijbehorende premies? Zou de zeer eenvoudige, weinig bewerkelijke verplichting niet daarin kunnen worden opgenomen?

Vanuit de eerdergenoemde gedachte dat de gezondheidszorg de mens als één geheel moet zien, hechten de fracties van SGP en ChristenUnie zeer aan het behoud van een integrale eerstelijnszorg. Juist bij deze eerstelijnszorg kan de mens worden gezien als geheel, niet alleen in de lichamelijke problemen, maar ook in de verdere persoonlijke omstandigheden. Wij vertrouwen er dan ook op dat de minister – in lijn met de vorige week in de Tweede Kamer aangenomen motie-Van der Vlies c.s. – deze integraliteit op een goede manier in het besluit zal verankeren, zodat zorgverzekeraars niet in de verleiding worden gebracht om de gezondheidszorg aan de basis te versnipperen. De wacht bij het unieke Nederlandse systeem van de poortwachtersfunctie moet naar de mening van onze fracties stevig worden betrokken. En dat de huisarts als poortwachter nog steeds een belangrijke rol vervult, is in de afgelopen weken nog weer eens duidelijk gebleken. Wij vragen de minister daarom met klem om deze motie uit te voeren tegelijkertijd met de invoering van de Zorgverzekeringswet.

Op het punt van de acute zorg en de vergoeding van 100% van de kosten in alle gevallen heeft de minister ons nog niet volledig kunnen overtuigen in zijn antwoorden. Specifiek gaat het dan om de situatie, verwoord onder punt 3, waarin de zorgverzekeraar op sommige plaatsen in Nederland wel zorg heeft gecontracteerd en elders niet. In de memorie van antwoord staat: "De verzekerde krijgt in dat geval wanneer gecontracteerde zorg beschikbaar is, deze in natura aangeboden. (...) Wanneer de verzekerde deze gecontracteerde zorg niet wenst en gebruik wenst te maken van de diensten van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt hij een vergoeding overeenkomstig een tevoren door zijn zorgverzekeraar bekendgemaakte wijze." De eindconclusie is dan dat er "dus" altijd recht is op een 100%-vergoeding. Onze stelling is echter dat deze redenering precies voorbijgaat aan de bijzondere situatie

waarvan bij acute zorg sprake is. De verzekerde heeft op het moment dat hij acute zorg nodig heeft, niet te kiezen. Hij wordt bijvoorbeeld na een auto-ongeluk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht. Er is dan natuurlijk geen enkele mogelijkheid om te kijken of dat ziekenhuis wel door zijn verzekeraar is gecontracteerd. In een dergelijk geval moet er naar de mening van onze fracties hoe dan ook sprake zijn van een vergoeding van 100%, wat er verder ook in de verzekeringsvoorwaarden mag staan. Graag krijgen wij hierop een heldere reactie van de minister.

Juist vanuit de eerder door ons genoemde benadering van de mens als geheel, is ook de palliatieve zorg als belangrijke discipline een goed voorbeeld. Aan het einde van het leven is zeer grote deskundigheid nodig voor de behandelende arts om de patiënt zo goed mogelijk te behandelen. Er is veel expertise nodig. Nog maar kortgeleden is in het Academisch Ziekenhuis van Nijmegen een leerstoel inzake palliatieve zorg ingesteld. Een goed middel om de bevordering van de kennis over palliatieve zorg goed voor het voetlicht te krijgen. Helaas bleek het niet mogelijk om tot goede, vooral ook structurele financiering hiervan uit te komen.

Waarom stellen wij bij de behandeling van dit wetsvoorstel dit probleem aan de orde? Vooral als illustratie van een belangrijk project dat als doel op zich brede steun heeft in de samenleving, maar dat in de praktijk lastig vorm te geven is. Palliatieve zorg is immers geen afzonderlijk specialisme, maar veel meer een overkoepelende benadering. Voor geen enkele discipline is het "core business". Hierdoor is het moeilijk om het kennisniveau echt op peil te krijgen, om echt wetenschappelijk verantwoord te werken. Zo'n project is echter voor de gemiddelde zorgverzekeraar nauwelijks interessant. Waarom zou een bepaalde zorgverzekeraar veel geld investeren in zo'n project, als daarvan vooral ook door andere verzekeraars wordt geprofiteerd? Bij allerlei nieuwe ontwikkelingen is een dergelijke houding te verwachten.

Is de minister bereid om vanuit zijn verantwoordelijkheid concrete maatregelen te nemen om de ontwikkeling van zulke kenniscentra van de grond te krijgen en om, indien mogelijk, ook een specifieke DBC te ontwikkelen rond dit thema? Als een dergelijk project niet lukt, is het risico immers groot dat ook eventuele toekomstige initiatieven op dezelfde wijze zullen stranden. Juist ook als in het Besluit Zorgverzekeringswet voor de te vergoeden zorg wordt aangesloten bij dat wat in de kring der wetenschap als een goede behandeling wordt beschouwd, is het belangrijk dat een zo kwetsbare, nog relatief jonge discipline zich gezond kan ontwikkelen. Dat is immers tot heil van de mens, gericht op een zo goed mogelijke verzorging.

Dit probleem brengt onze fracties tot een meer algemeen gesteld principieel vraagstuk. In de zorg neemt het aantal mogelijkheden om te behandelen almaar toe. Inventieve methoden en toenemende kennis zorgen voor grote ontwikkelingen op medisch-technologisch gebied. Hoe dan ook heeft dit grote consequenties voor de jaarlijkse stijging van de zorgkosten. Van de jaarlijkse toename van de zorgkosten met zo'n 6,3% is bijna de helft

een gevolg van andere ontwikkelingen dan loon- en prijsstijgingen. En daarvan is waarschijnlijk een groot deel te danken aan de technologische ontwikkelingen. Kan dit altijd doorgaan binnen de huidige budgetten? Of moeten er scherpe keuzes worden gemaakt in de toekomst? Dat zijn belangrijke vragen die niet eenvoudig aan de kant mogen worden geschoven. Heeft de minister op dit punt een visie op de toekomst? Dat mag je van ministers toch verwachten. Hoe wil hij temidden van deze ontwikkelingen toch blijven voldoen aan de taak die hij op zich heeft genomen om de zorgkosten te beheersen? Welke afwegingsfactoren ziet hij - naar de huidige verwachting - weggelegd voor hem of zijn opvolger? Ik heb dat laatste wel opgeschreven, maar ik heb het idee dat hij denkt dat hij blijft zitten en dat er voor hem geen opvolger meer komt. In dat geval is de vraag nog reëler.

Er bestaat, zoals het ook in de stukken wordt genoemd, een spanning tussen de kosten van het behoud van individueel menselijk leven en de beperkte beschikbaarheid van middelen om die kosten te dekken. Hoe kan in de toekomst een dergelijke spanning op een verantwoorde wijze worden weggenomen, zo vragen wij de minister.

De fracties van de SGP en de ChristenUnie zijn blij met de voorgestelde Wet op de zorgtoeslag. Op deze manier kan men ouderen en mensen met een lager inkomen tegemoetgekomen bij de sterk stijgende kosten van de verzekering. Volgens de minister is er met dit wetsvoorstel gekozen voor een redelijk evenwichtig inkomensbeeld als gevolg van de wijzigingen in de zorgverzekering. In ieder geval vinden onze fracties het erg positief dat er is gekozen voor een solidariteit die meer is gericht op de huishoudens dan op individuen. Dat is niet meer dan logisch. Immers, de zorgkosten rusten niet op het individuele inkomen, maar op het huishoudbudget.

Niettemin zijn er wel enkele belangrijke vragen te stellen bij dit onderwerp. Allereerst over gezinnen die nu in het ziekenfonds zitten en studerende kinderen hebben. Wij hebben berekeningen gezien die erop wijzen dat de ziektekosten in dergelijke gezinnen met zo'n €500 per jaar kunnen oplopen. Onder meer is het de bedoeling om hiervoor compensatie te bieden via de studiebeurzen. Hoe denkt de minister dit concreet vorm te geven? Om wat voor bedrag per studerende gaat het en staat dit in verhouding tot de netto teruggang in het inkomen? Hoe ziet dat plaatje eruit? Krijgen deze studenten daarnaast ook recht op de zorgtoeslag? Iedereen heeft in de ontwerp-Zorgverzekeringswet recht op vergoeding van de werkgeversbijdrage. In zijn antwoorden geeft de minister aan dat dit niet voor AOW'ers geldt. Zij zouden een verhoging van de AOW-uitkering krijgen. Nu maakt het natuurlijk niet zoveel uit hoe de vergoeding heet, zolang de AOW'ers er maar niet op achteruitgaan. Kan de minister garanderen dat zij ook echt hetzelfde bedrag in handen krijgen als zij via de premies betalen?

De veranderingen op basis van de Zorgverzekeringswet moeten ook worden uitgelegd aan de burger, zo heeft vanmorgen al vele malen geklonken. Nu staat er in de stukken een schema aangegeven van de volgorde waarin alles moet gebeuren. Voor zover blijkt,

wordt eerst aan de burgers uitgelegd wat er precies wijzigt in de Zorgverzekeringswet en krijgt men pas in een later stadium de mogelijkheid om zich op te geven voor de zorgtoeslag. Op dit moment komen er al veel ongeruste meldingen van mensen die horen dat zij €1000 of €1100 per jaar moeten gaan betalen, terwijl zij alleen AOW hebben. Wordt in de overheidscommunicatie ook al duidelijk aangegeven dat mensen recht hebben op de zorgtoeslag? Dat moet niet pas veel later duidelijk worden.

Een ander punt van communicatie wordt gevormd door de individuele gevolgen voor het netto-inkomen, want dat is uiteindelijk het belangrijkste dat mensen merken. Vooral voor minderbedeelden is €50 extra per maand een geweldige aderlating. Gezien het feit dat iedereen een andere verzekering heeft, is het niet mogelijk om hier precies inzicht in te geven. Toch zou het goed zijn als wel zo duidelijk mogelijk wordt gemaakt welke financiële gevolgen er precies zijn. Door de diverse compensatiemogelijkheden is dat immers niet meer echt overzichtelijk. Graag een heldere toezegging dat iedereen een overzicht krijgt van de gevolgen voor bijvoorbeeld studenten, zelfstandigen, ouderen, werknemers en gemoedsbezwaarden.

Hiermee kom ik op de gemoedsbezwaren. Onze fracties zijn blij met de mogelijkheden die in de wet zijn opgenomen voor het uitsluiten van controversiële prestaties in de zorgverzekering. Het zal echter duidelijk zijn dat wij principieel van mening blijven dat bijvoorbeeld abortushulpverlening niet tot de medisch noodzakelijke zorg mag behoren.

Op het punt van de gemoedsbezwaren tegen elke vorm van verzekering hebben wij nog een vraag over de precieze uitgestrektheid van de uitzonderingsbepaling over de verzekeringsplicht. Binnen de huidige regels op basis van de Ziekenfondswet is het mogelijk voor mensen die gemoedsbezwaard zijn tegen elke vorm van verzekering, om gebruik te maken van de algemene rechten die er zijn op basis van de AWBZ voor bijvoorbeeld gehandicaptenzorg. Blijft deze ruimte er ook binnen de Zorgverzekeringswet? Wij vragen hiervoor aandacht omdat hierover in de wetsbehandeling duidelijkheid moet zijn, zodat wij later niet voor allerlei problemen komen te staan. Juridisch gezien biedt de Zorgverzekeringswet deze ruimte. Immers, in het tweede lid van artikel 2 wordt van de verzekeringsplicht uitgesloten "de natuurlijke persoon die op grond van artikel 5.1, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen opgelegd op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten." Volgens de vaste uitleg van die bepalingen over de verplichtingen van de AWBZ geldt dat dit niet uitsluit dat men wel gebruikmaakt van de rechten op basis van de wet. Kan de minister bevestigen dat deze interpretatie dat de uitzondering van de verzekeringsplicht op basis van artikel 2, tweede lid, gebonden is aan de ontheffing van de verplichtingen, ook in de toekomst wordt gehandhaafd, in lijn met de bestaande regels op dit punt?

Meer in het algemeen geldt dat de minister in zijn antwoorden ruimte heeft gelaten voor een integratie van de zorgtoeslag, de buitengewone-uitgavenregeling en de verzilveringsregeling. Met name de buitengewone-uitgavenregeling is voor gemoedsbezwaarden erg relevant.

Kan de minister toezeggen dat deze eventueel in overweging te nemen integratie in ieder geval wel de mogelijkheid voor gemoedsbezwaarden blijft bevatten om hun kosten af te trekken, voor zover daar natuurlijk op basis van hun spaarrekening geen vergoeding tegenover staat?

In de afgelopen weken is veel discussie ontstaan over de privacy van de patiënt. De vraag was of zijn medische gegevens niet beschikbaar komen voor de verzekeraars. Deze angst vinden wij begrijpelijk. Met deze persoonlijke medische gegevens kan immers veel gezegd worden over risicofactoren, ziektekansen enzovoort, ook voor eventuele risicoselectie. Nu zijn wij er zeer van overtuigd dat het niet de bedoeling van de minister is om te gemakkelijk die gegevens beschikbaar te maken voor andere doeleinden dan nodig voor de zorgverzekering. Dat heeft hij nog eens bevestigd in zijn recente brief aan de Tweede Kamer. Elk misverstand over de privacy moet echter worden uitgesloten. Daarom willen wij toch erg graag vernemen op welke manier precies wordt getoetst of de persoonsgegevens worden gebruikt voor andere doeleinden dan waarvoor zij worden ingeleverd, en hoe in de praktijk ook daadwerkelijk wordt voorkomen dat de gegevens op een andere afdeling terechtkomen?

Het is goed dat bij de no-claimregeling de zorg zoals die door onder meer huisartsen wordt verleend, is uitgesloten van de no-claimregeling. Toch biedt deze functiegerichte benadering in dit verband een schijnzekerheid. Op dit moment is nog zichtbaar wat huisartsen plegen te doen, maar als de ideeën van de minister over een herstructurering van deze zorg doorgang vinden, met de te vrezen versnippering als gevolg, dan is dit niet meer zo duidelijk. Hoe wordt dan precies afgebakend wat er nog net wel en wat er net niet meer onder valt? Dat is voor de patiënten erg belangrijk!

Met zijn opmerkingen over de reikwijdte van artikel 126 heeft de minister onze fracties wel een beetje gerustgesteld. Een carte blanche om te doen waar hij zin in heeft, vertrouwen wij de minister echter niet toe, ook al is hij bijzonder aardig. Ik hoop niet dat hij ons dat kwalijk neemt, maar uiteindelijk moet de verantwoordelijkheid voor de goede uitvoering in goede samenspraak met het parlement gedragen worden. Het kenmerk van onvoorziene omstandigheden is dat zij onvoorzien zijn, zo heeft mijn oude schoolmeester mij eens geleerd. Toch zouden wij het op prijs stellen als de minister zich nog iets duidelijker uitlaat over de mogelijke problemen die hij ermee denkt te kunnen oplossen.

Voorzitter. Het zal duidelijk zijn dat de fracties van de SGP en de ChristenUnie in deze Kamer nog veel punten hebben waarover zij duidelijkheid willen ontvangen. Want hoe belangrijk een systeemwijziging als zodanig ook is, uiteindelijk moet het in de eerste plaats gaan om de zorg als kwalitatief hoogwaardige zorg en niet om de zorg als een punt van oneindige zorg. Vanmorgen heeft al doorgeklonken dat het dit zou kunnen worden, en dat zal straks ook nog wel doorklinken. Om nog meer inzicht te krijgen in de visie van de minister op de toekomst van de gezondheidszorg, willen wij hem ten slotte uitdagen om eens met heldere lijnen neer te zetten welk perspectief hij ziet voor de zorg over pakweg tien jaar. Wij hebben er wel een extra uurtje vannacht voor

over om dat van de minister te horen. Wat is er naar zijn opvatting al dan niet als gevolg van deze Zorgverzekeringswet in 2016 veranderd in de Nederlandse gezondheidszorg ten opzichte van 1 januari 2006? Kunnen wij ons in Nederland dan ook nog laten voorstaan op een zorg waarin de noodzakelijke zorg voor de mens centraal staat en niet in de eerste plaats het financiële plaatje? Op welke punten is de gezondheidszorg dan echt enorm verbeterd? Kortom, wij wachten met enige spanning de beantwoording van de minister af.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

*N

Mevrouw **Swenker** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Als kind had je wel eens een bolletje touw in je zak dat altijd onherroepelijk veranderde in een onontwarbare kluwen en als je aan een eindje trok om het te ontrafelen, raakte het bolletje alleen maar steeds meer in de knoop. Eigenlijk is het in de gezondheidszorg precies zo. Mijn ervaring door de jaren heen is dat er, als je iets in de zorg wilde veranderen, meestal ergens anders een onontwarbare knoop ontstond. Dit betekent dus eigenlijk alles op de schop moet als je iets wilt veranderen. En menigeen heeft het ook geprobeerd.

Aan het begin van mijn arbeidzame leven in het midden van de jaren '70 werd mij gevraagd wat ik van de regionaliseringsplannen van staatssecretaris Hendriks vond. Tien jaar later heb ik Dekker bestudeerd over de afslanking van het pakket en meer eigen verantwoordelijkheid. Ik was bij de nacht van Kaland, hierboven op het schellinkje, toen het plan-Simons sneuvelde om via de AWBZ te komen tot een toch tamelijk omvangrijke basisverzekering met functionele omschrijving van de zorgaanspraken. Simons schafte de regionale werkgebieden van ziekenfondsen af, zodat ziekenfondsen gingen ervaren wat concurrentie was. Overigens stond het woord "zorgverzekeraar" toen nog niet in Van Dale. Enkele jaren daarna heb ik doorgerekend wat de trechter van Dunning zou opleveren en gezien wat de praktische problemen waren als je deze overal zou doorvoeren. Nu, tien jaar later, is deze minister bezig met een megaoperatie. Ik moet bekennen dat ik vroeger vaak het hoofd heb geschud bij alle voorstellen, maar ik heb nu de indruk dat het gesternte veel gunstiger is, terwijl veel elementen uit al deze voorstellen nu weer op een of andere wijze terugkomen, vooral als je naar de voorstellen van Dekker kijkt.

Wij hebben inmiddels de HOZ en de WTG Expres behandeld, de behandeling van de WTZi ligt in het verschiet en de Zorgautoriteit komt eraan. Nu behandelen wij de Zorgverzekeringswet, maar ook dit wetsvoorstel kan niet los gezien worden van deze andere wetten. Jaren lang is de VVD geen voorstander geweest van een basisverzekering, ondanks het feit dat wij een buitenbeentje in Europa waren, waar de meeste landen één veelal publiek georganiseerde, verzekering voor de hele bevolking kennen. Zo'n publiekrechtelijke verzekering wilde de VVD niet. Anderzijds is alles op geheel particuliere leest schoeien ook riskant omdat de EU-schaderichtlijnen van de jaren '70 in beginsel eisen dat

verzekeraars vrij zijn om verzekerden te weigeren, dan wel te selecteren op risico. En dat is voor de basale gezondheidszorgvoorzieningen niet aanvaardbaar. Niet voor niets kennen wij de WTZ als een soort laatste ressort, want iedereen moet een zorgverzekering kunnen afsluiten tegen een betaalbare premie.

De oplossing die de minister heeft gevonden, is dan ook een zeer aanvaardbaar compromis: een particuliere verzekering met een groot aantal publieke randvoorwaarden, hoewel dit helaas ook niet van enig risico is ontbloot. Maar uitvoering van een wettelijk pakket door particuliere zorgverzekeraars met een verbod op premiedifferentiatie, acceptatieplicht kan eventueel problemen opleveren bij het Europese Hof als het gaat om de interpretatie van noodzakelijkheid en proportionaliteit. Wat als het onverhoopt misgaat bij het Europese Hof? De minister stelt desgevraagd dat de uitvoering van deze verzekering dan niet meer door particuliere verzekeraars kan plaatsvinden, maar moet plaatsvinden door uitvoeringsorganen met een meer publiek karakter. Komen we dan alsnog met z'n allen in het ziekenfonds?

Gelukkig is de Europese Commissie inmiddels akkoord gegaan met het vereveningssysteem en met de overdracht van de reserves van de ziekenfondsen. Daarmee is een eerste belangrijke hobbel genomen in Europees verband en dat geeft vertrouwen voor de toekomst.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U hebt het over een eerste hobbel. Ik heb het zelf over een tweede hobbel gehad: acceptatieplicht en verbod premiedifferentiatie. Hoe ziet u dat?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Het is mogelijk dat iemand naar het Europese Hof gaat en gelijk krijgt. De Europese Commissie is echter in feite al akkoord gegaan met de overdracht van reserves en met het vereveningssysteem. De kans wordt dan natuurlijk steeds kleiner dat er nog problemen uit Luxemburg komen. Ik heb daar dus wel fiducia in.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U hebt dus wel vertrouwen in de EU.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ja, wel nu deze hobbels zijn genomen.

Voorzitter. De structuur van de wet is ingewikkeld. Enerzijds worden zaken zeer precies omschreven, anderzijds wordt veel ter nadere invulling overgelaten aan lagere regelgeving in de vorm van AMvB's en ministeriële besluiten. De VVD-fractie is het ermee eens dat zaken als de omvang van het pakket, aanpassingen van bijvoorbeeld het vereveningssysteem, bij AMvB worden geregeld. Deze inhoudelijke zaken zijn, zoals wij weten van de Ziekenfondswet, regelmatig aan veranderingen onderhevig geweest en zullen dat in de toekomst waarschijnlijk ook zijn. Maar in het onderhavige wetsvoorstel zijn ook acht AMvB's opgenomen met een zogeheten kanbepaling. In de memorie van antwoord geeft de Minister desgevraagd slechts op één een toelichting, namelijk die van artikel 126. Hij stelt dat deze mogelijkheid nodig is om in onvoorziene omstandigheden nadere regels over de uitvoering van de wet te geven.

Betekent dit dat hij nu al een idee heeft dat er onvoorziene omstandigheden zullen zijn?

Een andere kanbepaling betreft de collectiviteiten. Kennelijk wil de minister de mogelijkheid behouden om grenzen te stellen aan de collectiviteiten. Waar denkt de minister dan aan? Een ander voorbeeld is het opnieuw invoeren van de contracterplicht als het algemeen belang dit vergt. Gaat het dan om nationaal of Europees algemeen belang? In feite betreft het hier "open" bepalingen ter nadere uitvoering van de wet met mogelijk grote gevolgen voor betrokkenen in het veld en op z'n minst zou de minister nu de criteria moeten kunnen omschrijven die aangeven wanneer partijen zich kennelijk in de ogen van de minister onwelgevallig gaan gedragen of welke andere situaties denkbaar zijn die een dergelijk ingrijpen in de uitvoering van de wet rechtvaardigen. Graag zou de VVD-fractie meer duidelijkheid van de minister krijgen, vooral over de vraag aan welke criteria of omstandigheden hij denkt. Kortom, wat mogen partijen bij de uitvoering van hun taken in de wet van hem verwachten?

Een zeer belangrijk punt voor de VVD-fractie is de "balance of power". De posities van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden/patiënten zullen op grond van dit wetsvoorstel, overigens in combinatie met eerdere wetgeving in dit jaar, veranderen. Voor de VVD-fractie is het van belang dat deze betrokken partijen een gelijkwaardige positie hebben. Dat betekent in beginsel dat niemand de baas is en dat ook het toezicht daarop gebaseerd moet zijn. De veel gebezigde uitspraak dat de zorgverzekeraar de regiehouder is, kan niet betekenen dat hij dan ook de baas is. De VVD-fractie is voor een sterk toezicht, vooral op de zorgverzekeraars, zeker nu de NMa van mening is dat zij geen taak heeft ten aanzien van ziekenfondsen en straks wellicht ook zorgverzekeraars op grond van een uitspraak van het Europese Hof over de Duitse Krankenkasse. Maar ook voor de zorgaanbieders geldt dat er een goed toezicht moet zijn, een toezichthouder die deze "power of balance" tussen partijen in de praktijk bewaakt. En dan gaat het niet alleen om de grote dingen, zoals fusies of ernstige marktverstoringen, maar ook om de kleinere dingen zoals het ten onrechte gebruik maken van je positie om je zin door te drukken.

De VVD-fractie is er voorstander van dat er voor dit soort conflicten een loket komt bij de Zorgautoriteit, waar klachten kunnen worden gedeponeerd en waar bevoegdheden liggen om in te grijpen. Dit betekent ook dat de nieuwe Mededingingswet tegelijk met de Zorgverzekeringswet in werking zou moeten treden. Lukt dit, vraagt de VVD-fractie aan de Minister.

Dan kom ik bij de relatie tussen verzekerde en zorgverzekeraar. Er is ongerustheid ontstaan over de vraag of verzekerden wel voldoende inzicht kunnen krijgen in de talloze varianten in de polissen. Zorgverzekeraars hebben meegedeeld dat zij aan iedere verzekerde uiterlijk half december een nieuwe polis, inclusief de aanvullende verzekering, zullen aanbieden die gelijk is aan de oude polissen, althans daar zo precies mogelijk op aansluiten. Ervan uitgaande dat dit zo is, zou de verzekerde eigenlijk van de overgang van het oude naar het nieuwe stelsel niets moeten merken wat betreft de inhoud van zijn zorgpakket. Voor de verzekerde moet dit een zorg minder zijn. Als de verzekerde dit moment wil aangrijpen om een ander

pakket te kiezen of van verzekeraar te veranderen, is dit uiteraard zijn goed recht, zeker omdat er nu veel meer keuzemogelijkheden komen, vooral voor ziekenfondsverzekerden en omdat de premiestructuur verandert. Maar als hij tevreden is met verzekeraar en pakket, kan hij volstaan met zijn handtekening te zetten.

Dat brengt de VVD-fractie wel bij een ander punt, namelijk de vraag hoe de verzekeraar moet achterhalen of de verzekerde akkoord gaat, als die verzekerde geen handtekening zet. De VVD-fractie is van mening dat bij de invoeringswet hiervoor echt een regeling moet worden getroffen -- wij hebben al gesproken over de zogeheten negatieve opties -- zeker voor die situaties waarin er geen sprake kan zijn van een rechtsovergang, die bij particuliere polissen overigens wel mogelijk lijkt te zijn. Dit kan ook voor een deel de oplossing zijn voor de groep die moeilijk bereikbaar is, bijvoorbeeld aan de onderkant van de samenleving, en die anders waarschijnlijk tot de groep onverzekerden zou gaan behoren omdat zij geen handtekening zetten. De VVD-fractie zal hier uitgebreid op terugkomen bij de invoeringswet.

Ik kom dan op de keuzevrijheid van de verzekerde. Bij de behandeling van de HOZ en de daarbij behorende AMvB hebben wij al een discussie gevoerd over de vrijheid van de verzekerde om zich te wenden tot een zorgaanbieder van eigen keuze, de vrijheid van artskeuze. Wij hebben toen afgesproken dat wij deze discussie verder zouden voeren bij het onderhavige wetsvoorstel. De minister stelde toen dat de zorgverzekeraar voldoende zorgaanbieders moet contracteren om aan zijn zorgplicht te voldoen. Bij de behandeling van de HOZ was de VVD-fractie echter al van mening dat dit op zichzelf geen garantie voor de verzekerde is dat de door hem gewenste zorgaanbieder ook daadwerkelijk gecontracteerd wordt. Dit nog los van het feit dat het voor een verzekerde lastig is om erachter te komen welke zorgaanbieders door zijn verzekeraar worden gecontracteerd.

Het antwoord van de minister dat de verzekerde extra premie moet betalen als hij een polis wenst waarin deze keuzevrijheid vastligt, vindt de VVD-fractie niet goed. Gelet ook op de vrijheid van artskeuze zoals vastgelegd in het Burgerlijk Wetboek, zou het uitgangspunt moeten zijn dat de verzekerde toegang moet hebben tot alle zorgaanbieders die de zorg verlenen zoals in de polis omschreven. Dit is nu de praktijk en hierop is ook de premie gebaseerd. Ook in het nieuwe stelsel zou dat zo moeten blijven. De VVD-fractie begrijpt uiteraard het streven van de minister naar meer doelmatigheid maar dit is ook heel goed mogelijk. Immers, als de verzekerde akkoord gaat met een door de zorgverzekeraar geselecteerd en gecontracteerd zorgaanbod, zal dit moeten leiden tot een lagere premie voor de verzekerde. De VVD-fractie vindt echter wel dat de keuze aan de verzekerde moet blijven. Wat is de mening van de minister hierover?

De heer **Hamel** (PvdA): Kan iemand vooraf bepalen welke behandelaars hij al dan niet nodig heeft? Je sluit een polis af en wordt na een half jaar ziek.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Daarvoor heb je een verzekeraar. Wij nemen althans aan -- dat hebben wij ook gehoord -- dat verzekeraars een breed zorgaanbod hebben. Zij hebben namelijk een zorgplicht en zullen daar ook aan moeten voldoen. Ik neem ook aan dat een zorgverzekeraar zeker zorgaanbieders contracteert in de regio waar de verzekerde woont. Ik kan mij voorstellen dat een Gronings ziekenhuis niet is gecontracteerd voor een regionale polis voor Limburg. Mocht een Limburgse verzekerde daar toch naar toe willen, dan kan er een probleem ontstaan. Ik denk echter dat dat een uitzondering zal zijn. Bovendien kan die verzekerde zich dan nog altijd tot de verzekeraar wenden om aan te geven dat hij om een bepaalde reden toch naar Groningen wil, en te vragen of de verzekeraar dat goed vindt. Als dat niet het geval is, kan de verzekerde altijd nog stemmen met de voeten.

De heer **Hamel** (PvdA): U geeft wel een beperking aan, want u gaat ervan uit dat er in de hele regio contracten zijn gesloten door die verzekeraar.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik heb van verzekeraars gehoord dat zij al het zorgaanbod dat zij op het ogenblik contracteren, ook voor de toekomst hebben gecontracteerd. Dat betekent niet dat je het niet kritisch moet volgen in de loop der jaren, maar in feite betekent het wel dat de verzekeraars kennelijk alle zorgaanbieders gecontracteerd hebben. IJkpunt is de zorgplicht die de verzekeraar heeft om een voldoende aanbod te generen. De verzekerde moet in beginsel de vrijheid hebben om zelf te bepalen of hij naar alle zorgaanbieders wil kunnen gaan of dat hij genoeg neemt met het zorgaanbod waarop hij ingevolge zijn polis voor een lagere premie aanspraak kan maken.

De heer **Hamel** (PvdA): Hoe weet een gewone burger of een verzekeraar goede behandelaars heeft gecontracteerd?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Hiermee komen wij op uw verhaal over kwaliteit en dergelijke. Misschien moeten verzekeraars nog meer doen, waar het gaat om het onderkennen van kwaliteit, zeker bij complexe instellingen als ziekenhuizen. Ik denk echter dat men dat zeker zal gaan leren. Een verzekeraar kan ervoor kiezen om een diepte-investering te doen ten behoeve van de kwaliteit, maar hij kan de keuze ook overlaten aan de verzekerden. Welnu, dat kan je bevallen of niet. Het zalige van dit systeem is dat iedere verzekerde, zelfs de oudere, naar een andere verzekeraar kan verhuizen als zijn verzekeraar het naar zijn mening niet goed doet.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Wij moeten voorkomen dat het een woordenspelletje wordt. Als ik het goed begrijp, vindt u het niet acceptabel dat er extra premie wordt betaald voor keuzevrijheid. U vindt eigenlijk dat er een lagere premie betaald moet worden voor een collectief aanbod van de zorgverzekeraars. Hoe je het echter wendt of keert, het effect is hetzelfde, namelijk dat voor totale keuzevrijheid meer betaald moet worden dan voor door de zorgverzekeraar voorgesorteerde keuzevrijheid. Dat zijn de feiten waar wij rekening mee moeten houden. Uw verhaal klinkt wel aardig, maar de

facto komt het erop neer dat je meer moet betalen voor keuzevrijheid.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Op het ogenblik hebben wij in grote lijnen keuzevrijheid, maar daar staat ook een premie op. In de nieuwe situatie zou die keuzevrijheid, waarop nu die premie staat, moeten blijven bestaan. Ik ben het evenwel met de minister eens dat wij verder zouden moeten streven naar doelmatigheid en zouden moeten bekijken of dat beter ingevuld kan worden door bijvoorbeeld preferred providership, waardoor de premie omlaag zou kunnen. Misschien vinden wel heel veel mensen dat de verzekeraars dat prima doen. Als dat het geval is, kan de doelmatigheid zich vertalen in een lagere premie. Als daarentegen iedereen alle vrijheid van de wereld wil hebben, dan zit je in feite vast aan het huidige systeem en de huidige premie. Ik denk dat wij oog moeten hebben voor manieren om het doelmatiger te gaan doen. Het is evenwel ook van belang wat de verzekerden hiervan vinden. Wij zien momenteel heel veel onrust over de vraag of er nog vrijheid van artskeuze is. Welnu, wij vinden allemaal dat die keuzevrijheid er in beginsel moet zijn. Dat neemt echter niet weg dat er best gestreefd kan worden naar andere soorten verzekeringen waarmee wel doelmatigheid bereikt kan worden. Laat de burger ook maar beslissen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): De burger zal dit verhaal van u absoluut niet kunnen volgen. Die kijkt gewoon naar de prijs van aan de ene kant de natapolis en aan de andere kant de restitutiepolis. Aangezien hij niet weet hoe zijn ziektegeschiedenis in de toekomst zal zijn, zal hij de neiging hebben om de goedkoopste polis te nemen. Totale keuzevrijheid is dus alleen weggelegd voor mensen die gemakkelijker diep in de beurs kunnen tasten. Dat is toch een eenvoudige redenering?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik vind dat u de burger onderschat. Volgens mij is die mondiger dan u denkt. Bovendien heeft hij ieder jaar de mogelijkheid om, als hij tot de conclusie komt dat hij een en ander verkeerd heeft ingeschat, van verzekeraar te wisselen en een verzekeraar moet hem gewoon het basispakket aanbieden.

Ik kom op de privacy. Een ander aspect waar onrust over is ontstaan, is de verplichting van zorgaanbieders om gegevens te verstrekken aan de zorgverzekeraar voor de uitvoering van zijn taak. De VVD-fractie is van mening dat het geen taak is van de zorgverzekeraar om mee te luisteren naar hetgeen zich in de spreekkamer afspeelt tussen patiënt en hulpverlener. Anderzijds betaalt de verzekeraar, zeker bij het natapolisysteem, de rekening van de zorgaanbieder en moet hij mogelijkheden hebben om de rechtmatigheid ervan te kunnen controleren. De zorgverzekeraar mag de gegevens die hij van de zorgaanbieders krijgt, niet voor andere activiteiten gebruiken. Er is een gedegen Chinese muur geplaatst rondom de zorgverzekeraar. Mocht deze toch proberen om over die muur heen te springen, dan is hij zelfs strafbaar.

Naar mening van de VVD-fractie is de voorgestelde regeling zelfs strenger dan de huidige wet. Dat neemt niet weg dat een en ander nog in nadere regelgeving moet

worden uitgewerkt. Wij verzoeken de minister dit prudent inhoud te geven met enerzijds respect voor de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgaanbieder en anderzijds onder de erkenning dat controle op declaraties mogelijk moet zijn. De afspraak van de minister met het College Bescherming Persoonsgegevens dat overleg zal worden gevoerd over de exacte inhoud van deze ministeriële regeling geeft de VVD-fractie het vertrouwen dat er een goede uitwerking zal plaatsvinden.

De verzekeraar mag geen premiedifferentiatie toepassen met betrekking tot het wettelijk pakket, maar mag dit wel doen per provincie voor alle verzekerden. Nu zullen in de ene provincie de ziektekosten hoger liggen dan in de andere. De provincie Noord-Holland heeft bijvoorbeeld twee academische ziekenhuizen, andere provincies in het geheel niet. Deze academische ziekenhuizen die ook de gewone zorg leveren, al was het maar vanuit hun "werkplaatsfunctie", zullen ongetwijfeld duurder zijn dan de perifere ziekenhuizen. Voorts blijkt in de grote steden een groter beroep te worden gedaan op de gezondheidszorg, hetgeen ongetwijfeld een relatie heeft met de samenstelling van de bevolking en sociaal-economische factoren. De minister stelt dat het geen reden zou zijn voor zorgverzekeraars om tot hogere premies te komen voor sommige provincies, omdat het vereveningssysteem een en ander rechtstreekt. Echter het probleem is nu net dat ziekenfondsen klagen dat het huidige vereveningssysteem de verschillen onvoldoende meeneemt, zodat zij hogere nominale premies in rekening moeten brengen vanwege hun verzekerden in de grote steden. De minister aarzelt nog of deze verschillen moeten worden toegerekend aan het huidige vereveningssysteem of aan het minder doelmatig uitvoeren van de verzekering door verzekeraars in de grote steden. Een uitspraak gebaseerd op feiten lijkt de VVD-fractie dan ook zeer gewenst. Als er geen duidelijkheid bestaat over de oorzaken van deze hogere kosten, zullen zorgverzekeraars dan geen rechtvaardigingsgrond menen te hebben, net zoals de autoverzekeraars, om per provincie als het ware een opslag te leggen op de nominale premie, omdat de schade of de kosten van zorg in de ene provincie hoger zijn dan in een andere? En zal de premie van de landelijke polis van deze zorgverzekeraars dan niet de premie van de duurste provincie worden? Ontstaan er op deze wijze toch niet verschillende premies voor verzekerden per provincie, namelijk voor een landelijke polis en voor een provinciale polis die qua inhoud waarschijnlijk maar weinig verschil kennen?

Het vereveningssysteem moet risicoselectie tegengaan. Het is goed dat het vereveningssysteem transparantie geeft over de verevening, maar voor particuliere en sommige publiekrechtelijke verzekeraars bestaat dit systeem niet en is het dus onbekend hoe het op ziekenfondsen gebaseerde vereveningssysteem voor hen uitpakt. Desgevraagd door de VVD-fractie was het antwoord van de minister dat hij bezig was dit te onderzoeken. Maar zorgverzekeraars hebben gesteld dat zij in september duidelijkheid moeten hebben. Het wordt dus kort dag. Wat als blijkt dat er onvoldoende inzicht is in de relevante kenmerken van de verzekerdenpopulatie of

schadepatronen? Betekent dit dan niet dat de particuliere verzekeraars een ander risico lopen? Groter of kleiner? Is er dan wel een voldoende "level playing field" voor beide categorieën zorgverzekeraars? Zou dit niet kunnen betekenen dat er dan voor enige tijd meer "ex post" moet worden verevend of moet worden nagecalculeerd?

In de memorie van antwoord stelt de minister desgevraagd dat er een onderzoek loopt naar de vraag of de aard van het inkomen een rol moet spelen bij de risicoverevening. Kan hij daar nu al wat meer over meedelen?

Een andere kwestie is de verhouding tussen de Zorgverzekeringswet en de Wet assurantiebemiddeling, straks de Wet financiële dienstverlening. De zorgverzekering, ook de ziekenfondsverzekering, is een verzekering waarin tussenpersonen bemiddelen. Verzekeraars betalen de tussenpersonen een provisie, vooral waar het de particuliere ziektekosten en aanvullende verzekering betreft. Voor bemiddeling van de ziekenfondsverzekering krijgen zij een zogenaamde administratieve vergoeding die in feite ten laste komt van de nominale premie. Welke regeling gaat er gelden voor de nieuwe zorgverzekering in relatie tot de Wet financiële dienstverlening, met name ten aanzien van de mogelijkheden van provisie voor tussenpersonen? De VVD-fractie kan zich niet aan de indruk onttrekken dat er bij de verschillende ministeries -- Financiën, Economische Zaken en VWS -- verschillend over gedacht wordt. Graag een klip en klaar

antwoord van de minister, zodat hierover ook duidelijkheid voor betrokkenen ontstaat. Daarbij gaat het niet alleen om de collectiviteiten maar ook om individuele polissen.

Inhoud en omvang van het zorgpakket. De aanspraken van de burger komen straks overeen met die van het huidige ziekenfondspakket. De VVD-fractie kan zich daar goed in vinden. De zorgprestaties worden nu wel functioneel omschreven. Hoewel het even wennen is dat de aanspraken niet meer op de millimeter worden vastgelegd, het heeft wel het voordeel dat nu beter mogelijk wordt om zorg op maat te leveren, iets wat in de Ziekenfondswet nu juist problemen opleverde, omdat datgene wat de burger nodig had nu net niet of tussen twee of naast twee strikt omschreven verstrekkingen viel. In het midden van de negentiger jaren werd dit probleem ondervangen door de "flexi-zorg" uit te vinden, zodat de accountants van de toenmalige Ziekenfondsraad veel minder het rode potlood behoeften te hanteren als zij de controle op de rechtmatigheid van de ziekenfondsuitgaven uitoefenden. Kan de minister bevestigen dat nu alle vormen van flexi-zorg in beginsel binnen het basispakket vallen?

Er blijft nog wel een bestaand probleem waar het betreft de schotten tussen basisverzekering, AWBZ en straks eventueel de WMO, met name als het gaat over de financiering. Zo nu en dan kunnen wij in de krant berichten over al dan niet vermeende fraude lezen die erop neerkomen dat AWBZ-gelden voor de curatieve zorg zouden zijn gebruikt. Volgens de VVD-fractie wordt dit probleem niet opgelost. Indien bijvoorbeeld een patiënt, een oudere alleenstaande, weliswaar in het ziekenhuis is uitbehandeld maar nog niet is genezen, kan hij thuiszorg nodig hebben, hetzij verpleegkundig

hetzij voor persoonlijke verzorging, hetzij voor enige huishoudelijke ondersteuning. Mag de zorgverzekeraar dit uit zijn budget voor de basiszorg betalen of komt dan toch het rode potlood van de CTZ/ Zorgautoriteit te voorschijn? Of moet de zorgverzekeraar afspraken maken met de thuiszorg dan wel straks met de gemeenten? Belangrijker is dat gemeenten aangeven hoe zij de WMO-zorg denken in te vullen en op welke wijze zij denken niet alleen de samenhang met deze WMO-zorg maar ook die met de basiszorg van hun kant te waarborgen. Hoe worden door het opknippen van de thuiszorg de financiële schotten geslecht, of ontstaan er juist nieuwe?

Als het gaat om de overheveling van delen van de GGZ per 2006 roepen de antwoorden van de minister naar aanleiding van het verslag een aantal vragen bij de VVD-fractie op. Zij begrijpt dat er een gefaseerde overgang van de GGZ-onderdelen naar de basisverzekering zal plaatsvinden. Is het voor de behandelaars en zorgverzekeraars nu volstrekt duidelijk welke behandelcombinaties er moeten komen en zijn alle vormen van behandeling in DBC's onder te brengen? Volgens de minister zal het wel mogelijk zijn om op basis van DBC's te registreren maar nog niet om op basis hiervan te declareren. Dat zal pas in 2007 het geval zijn. Wel zal er in 2006 een registratie plaatsvinden van de kosten per patiënt. Zijn de huidige bekostigingscategorieën dan al een goede afspiegeling van de behandelkosten per patiënt? Zullen deze DBC's in een latere fase ook tot vrije onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars leiden? Heeft de minister daar al ideeën over?

Sommige delen van de GGZ blijven in de AWBZ, sommige gaan over naar de basisverzekering en sommige zullen overgeheveld worden naar de WMO. In feite wordt de GGZ ook "opgeknip", terwijl zo'n 15 jaar geleden juist de gehele GGZ samengevoegd werd in de AWBZ om een meer functionele samenhang te creëren, die er in de praktijk ook is ontstaan blijkens de grote multifunctionele eenheden aan aanbiederszijde. Nu gaan wij voor een deel in feite terug naar de oude situatie. Op zich zijn onderdelen van de GGZ heel goed verzekeraar, maar kan de minister uitleggen hoe de samenhang toch gewaarborgd blijft?

De minister stelt dat de relatie tussen Zorgverzekeringswet en de WMO niet wezenlijk zal verschillen van de huidige relatie Zorgverzekeringswet en AWBZ. Dit begrijpt de VVD-fractie niet goed. Immers, voor zover nu bekend zullen er aanzienlijke verschillen zijn tussen AWBZ en WMO. De AWBZ is een verzekeringswet waaraan de burger wettelijke aanspraken kan ontlenen. Er zal dus niet alleen een schot in financiering ontstaan maar waarschijnlijk ook een wijziging in beleid. De WMO is een voorzieningenwet waarbij de gemeenten goeddeels zelf bepalen aan wie en op elke wijze zij de zorg verlenen. En, laten wij niet vergeten dat bij een voorziening het uitgangspunt geldt: "op is op"! Kortom, ontstaat hier nu niet dezelfde probleem als nu tussen ziekenfonds en AWBZ, ofwel het risico van oneigenlijk gedrag of afwenteling van zorg en kosten op een ander? Graag het standpunt van de minister hierover.

De VVD-fractie is het ermee eens dat de burger moet worden aangemoedigd om zorgvuldig en kostenbewust om te gaan met het gebruik van zorgvoorzieningen. Eigen betalingen kunnen hierbij een goed instrument zijn. Wel moet de VVD-fractie vaststellen dat er nu erg veel regelingen naast elkaar staan, ieder met eigen invulling. Een no-claimregeling, een vrijwillig eigen risico en verplichte eigen bijdragen op onderdelen van de zorg, waarvan een aantal dan weer gebonden zijn aan een maximum. Als voorbeeld zij verwezen naar de huisarts, voor zover het voorliggende akkoord nog waarde heeft. De huisarts valt buiten de no-claimregeling, maar wel onder het vrijwillig eigen risico maar dan weer met uitzondering van het "inschrijfbedrag". Een zorgverzekeraar gaf ons tijdens de hoorzitting een aantal voorbeelden met de mededeling: "ik leg het u nu uit, maar morgen snapt u het al niet meer". Ik moet eerlijk bekennen dat hij gelijk had; pas na toch redelijk grondige studie begreep ik weer hoe het in elkaar zat. Dat betekent dat voor de gewone burger het uitbetaalde declaratiebedrag met de mix van no-claim en eigen risico waarschijnlijk onbegrijpelijk wordt. Hij kan waarschijnlijk niet controleren of het wel klopt wat hij van de verzekeraar aan kosten vergoed krijgt. In dat geval kan de burger ook de neiging krijgen om te denken "gooi maar in mijn pet, want ik snap er toch niets van". Kortom, een averechts effect en een op zich goed instrument verliest alle effectiviteit. Dat zou toch zonde zijn!

Voorts zijn er nog de eigen bijdragen. Hoe tellen deze mee? De VVD-fractie gaat ervan uit dat zorgvoorzieningen waarvoor een eigen bijdrage verschuldigd is meetellen voor de no-claimregeling en het eigen risico, maar hopelijk dan toch wel opgeschoond voor de eigen bijdragen. Dit alles kan toch een behoorlijke administratieve lastenverzwaring opleveren. Om dat inzichtelijk te maken voor de burger is toch wel erg veel voorlichting nodig. De VVD-fractie zou het eigenlijk beter vinden om te komen tot een eenvoudiger systeem van eigen betalingen. Inmiddels loopt er een aantal onderzoeken. Het gaat om het evaluatiekader van de no-claimregeling, de inbouw van de zorgtoeslag in de fiscale regelingen, de mogelijkheid van differentiatie van de no-claim naar ondermeer leeftijd. De VVD-fractie wil daar een onderzoek bij, namelijk om te bezien of de no-claimregeling uiteindelijk niet kan worden vervangen door een verplicht eigen risico aan de voet. Graag een reactie van de minister.

Nog een laatste woord over het toezicht, met name over de grote hoeveelheid aan toezichthouders in de sector: de Nederlandsche Bank, het CTZ, de Zorgautoriteit, alsmede de NMa, het toezicht van het CVZ op de polisinhoud. Al deze colleges moeten werkafspraken met elkaar maken en dan maar hopen dat er geen overlap of grijs gebied ontstaat. De VVD-fractie vreest nu al dat er veel regelgeving komt die weer kan leiden tot nieuwe bureaucratie. Wij verzoeken de minister om nu al bij het opstellen van Wet mededinging gezondheidszorg er ook voor te zorgen dat het toezicht sober, effectief en transparant wordt geregeld, met name in de relatie tot de andere toezichthoudende organen. Een eenduidig begrippenkader is daarbij van groot belang.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik kan mij daar helemaal bij aansluiten. Wij hebben gezegd dat het toezicht per 1 januari op orde moet zijn. Als het nu allemaal nog geregeld moet worden, zie ik niet zo dat het toezicht per 1 januari ook goed geregeld zal zijn. Wat is uw commentaar daarop?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik heb enkele minuten geleden al gezegd dat bij de inwerkingtreding van deze zorgverzekeringswet de mededinging geregeld zou moeten zijn. Dat heeft te maken met the balance of power, een gelijkwaardige positie van de driehoek zorgaanbieder, verzekeraar en patiënt. Dat moet straf toezicht op zijn. Daarom hebben wij die wet dan ook nodig.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Het is mij toch wat te vrijblijvend. U zegt dat de minister in principe de goede weg is ingeslagen, maar vervolgens komt u met een waslijst van dingen die nog moeten gebeuren. Elke woordvoerder tot nu toe heeft zich uitgesproken over de datum van 1 januari. Dat oordeel of enige opmerking daarover ontbreekt in uw betoog tot nu toe. Misschien kunt u daar in ieder geval een slotopmerking aan wijden. Denkt u, afgezien van alle politieke en andere meningsverschillen die wij hebben, dat al die problemen voor 1 januari zo zijn opgelost dat de burger denkt dat het inderdaad een mooi nieuw zorgsysteem is?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik ben het met u eens dat er nog veel moet worden geregeld, maar men is op dit moment ook bezig om veel te regelen.

Voorzitter. Het is een complex wetsvoorstel met veel veranderingen voor alle betrokkenen en het roept veel reacties op. Zin en onzin zijn soms zelfs moeilijk te scheiden. Het betekent ook dat een uitvoerig, breed en langdurig voorlichtingstraject noodzakelijk zal zijn, naar het zich laat aanzien in de richting van alle partijen maar vooral in de richting van de burger. Als dat goed gaat, zou de invoering per 1 januari mogelijk moeten zijn.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Hoe kan er in godsnaam nog een langdurig voorlichtingstraject worden gevraagd!

Mevrouw **Swenker** (VVD): Wij hebben nog een halfjaar!

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Maar de helft is nog niet duidelijk. Hoe kun je nu langdurig iets gaan voorlichten als je niet weet wat je moet gaan voorlichten? De tijd tot 1 januari wordt natuurlijk steeds maar korter.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Jawel, maar de belangrijkste voorlichting moet toch gaan in de richting van de burger. Die hoeft niet tot op de laatste komma precies te weten hoe bijvoorbeeld het vereveningssysteem werkt. Dat is weer van belang voor andere groepen. Het lijkt mij voor de burger van belang om te weten hoe het gaat met zijn verzekering, zijn polis, het pakket, de privacy, de contracteervrijheid. Ik heb de minister net gevraagd om met name daarover duidelijkheid te verschaffen. Als die duidelijkheid er komt, moet er nog veel worden uitgewerkt, zoals de ministeriële regeling inzake de privacy, maar over de kern van het

verhaal moet de burger in ieder geval voorgelicht worden. Wel zou ik nog graag van de minister vernemen hoe hij de voorlichtingscampagne vorm geeft, wanneer die gaat starten en hoe de voor de burgers belangrijke zaken erin worden verwerkt.

*N

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Voorzitter. Ik weet niet of er een diepere bedoeling zit achter mijn plaats op de sprekerslijst, precies tussen twee leden van de VVD-fractie.

De **voorzitter**: Absoluut niet, mijnheer Van der Lans!
**

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Misschien was de bedoeling dat ik voor de wat vrolijkere noot zou zorgen, maar wie weet kan ik daaraan voldoen.

Mijn bijdrage wil ik beginnen met een citaat, waarvan ik denk dat het een mooi motto is voor onze discussie van vandaag. Het citaat is van de heer Kaland en hij sprak de woorden uit op 19 november 1991 in deze Kamer. Bij de behandeling van een drietal wetten die de kern vormden van het toenmalige plan-Simons zei hij het volgende: "Voorzitter. Al datgene wat wij van het begin af aan gedaan hebben, de temporisering en het volgen van het enorme bestuurlijke proces dat gepaard gaat met deze immense operatie, is alleen maar een plicht van alle volksvertegenwoordigers. Nu reeds zeggen, dat alles op 1 januari door moet gaan, omdat het in ieder geval moet gebeuren, ongeacht wat er staat en ongeacht de adviezen van de Raad van State, is een onverantwoordelijke handeling en ook een onverantwoordelijke behandeling van wettelijke maatregelen die dermate ingrijpend zijn voor iedere burger in dit land dat wij genooddaakt zijn dat zo zuiver en plichtgetrouw mogelijk te behandelen. Dat is het enige doel dat de CDA-fractie nastreeft." Aldus toenmalig CDA-fractievoorzitter Kaland op 19 november 1991. Laten wij hopen dat wij vandaag als Kamer in zijn geest zullen handelen.

is om meerdere redenen buitengewoon interessant om de Handelingen van die gedenkwaardige novembernacht in 1991 nog eens na te lezen. Onwillekeurig overvalt je de gedachte dat, als toen het plan-Simons was aangenomen, we nu een stuk verder waren geweest met de bestuurlijke hervorming van de gezondheidszorg. Als ik de zorgen van de CDA-fractie -- zoals deze tijdens de voorbereidingen in deze Kamer zijn geuit en dadelijk vermoedelijk nog eens door collega Van Leeuwen herhaald zullen worden -- overzie vraag ik mij af of het CDA er nooit spijt van heeft gehad dat het indertijd de plannen van Simons vakkundig heeft gedemonteerd. Waar de partij wellicht -- en ik houd bewust een slag om de arm -- straks mee zal instemmen, gaat een stuk verder dan waar zij toen "nee" tegen zei.

Nog interessanter is echter dat de discussie van 1991 in veel opzichten vergelijkbaar is met de discussie van nu. De toenmalige staatssecretaris Simons hield koste wat kost vast aan een invoeringsdatum per 1 januari en gooide daarmee olie op het vuur van de heer Kaland en

zijn CDA-collega's, waardoor hij getrakteerd werd op een motie die hem dwong tot een gefaseerde invoering van zijn plannen en uiteindelijk zelfs tot het affluiten van zijn stelselwijziging. Ik bedoel te zeggen, voorzitter, dat die geschiedenis van deze minister een gewaarschuwd man moet maken. Een minister die de CDA-fractie in dit huis onderschat, kan nog wel eens van een koude kermis thuiskomen.

De anekdote geeft ook aan dat wij, als het gaat om de stelselherziening van de gezondheidszorg, een lange geschiedenis achter de rug hebben.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Nu ik zo uitgedaagd word, merk ik op dat ik me niet had kunnen voorstellen dat de heer Van der Lans zich zo verwant voelt met het gedachtegoed van de heer Kaland!

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): U zult bedoelen met de voorzichtigheid van de heer Kaland. U geeft echter geen antwoord op de vraag of u geen spijt hebt van de demontage van het plan-Simons indertijd.

Ik was in 1987 aanwezig bij de presentatie van de voorstellen van de commissie-Dekker waarin de eerste aanzetten voor een fundamentele stelselwijziging van de gezondheidszorg werden gelanceerd. Dekker leverde de eerste contouren voor meer marktwerking in de gezondheidszorg. Concurrentie moest de starre aanbodmonopolisten in de zorg wakker schudden en de kosten beheersbaar maken. Simons maakte daar een wat socialer variant van in het naar hem genoemde plan. Hij stelde een basisverzekering voor die, naar ik meen, voor 85% gefinancierd zou worden door een inkomensafhankelijke premie. Deze volksverzekering stuitte op grote weerstand van de werkgevers en verzekeraars die onder leiding van de toenmalige werkgeversvoorzitter Alexander Rinooy Kan, en dankzij het gewillige oor van de CDA-fractie in deze Kamer, het plan-Simons vakkundig om zeep hielpen.

Die ervaring heeft de twee daaropvolgende paarse kabinetten getekend. Minister Borst toonde zich twee kabinetten allergisch voor grote blauwdrukken. Geen grand designs meer, liet zij tijdens Paars bij herhaling weten. Pas in de nadagen van Paars-II is zij met de voorbereiding begonnen van een stelselherziening, waarin in ieder geval het volkomen achterhaalde onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden zou worden opgeheven. Deze minister heeft vervolgens die fakkel overgenomen en is begonnen aan een ambitieuze veranderingsagenda waarbij hij zijn uiterste best heeft gedaan om elke grandeur te vermijden. Het is zo ongeveer verboden om deze stelselwijziging het plan-Hoogervorst te noemen en dat is geen kwestie van politieke bescheidenheid, maar van politieke tactiek. De minister wil geen grootse en meeslepende discussies; hij wil gewoon met de hervorming aan de slag. Hij opereert bij voorkeur in de luwte en is daarin meer dan geslaagd. Grote delen van de gezondheidszorg, en dan met name de professionals, hebben pas de laatste maanden in de gaten gekregen dat er welbeschouwd wel degelijk sprake is van een megaplan-Hoogervorst dat diep zal ingrijpen in de Nederlandse gezondheidszorg.

De stelselwijziging van deze minister heeft daardoor nog het meeste weg van het bouwen van een schip op een scheepshelling. Terwijl het gevaarte nog lang niet af is, gaan de trossen al los en glijdt het schip al richting water. Er wordt voortdurend nog aan het schip getimmerd, gebouwd en verspijkerd, maar het gevolg is alleen maar dat het steeds zwaarder wordt en dat steeds onafwendbaarder de definitieve tewaterlating nadert. Nu het moment nabij is dat velen vinden dat de constructie absoluut niet zeewaardig is, kan -- zo melden de minister en de kapitein van het schip, de Nederlandse Zorgverzekeraars bij monde van hun eerste stuurman Hans Wiegel -- de tanker niet meer gestopt worden. Maar dat geeft niks, zo houden ze de steeds ongeruster wordende matrozen, dat wil zeggen de zorgprofessionals, de passagiers en de verzekerden voor: lekkages herstellen we wel tijdens de vaart. Er is eigenlijk nog maar één moment waarop besloten kan worden of het schip te water gelaten moet worden of dat er toch nog de rem op wordt gezet en dat is bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet vandaag. Dat is de laatste serieuze politieke test of het schip in de ogen van het parlement een goede vaart toegewenst zal worden of nog voor de tewaterlating uit de vaart wordt genomen. Dat is ook de reden waarom alle ogen van mensen uit de zorg vandaag op deze Kamer gericht zijn.

Voorzitter. Deze subjectieve weergave van de geschiedenis is niet helemaal compleet. De luisteraar kan er namelijk uit opmaken dat er sinds het verschijnen van het rapport van de commissie-Dekker eigenlijk niets is gebeurd in de gezondheidszorg en dat zou een geheel verkeerde conclusie zijn. Zeker, de politieke stelselwijzigingen liepen vast, maar dat betekent niet dat het gezondheidsveld stil zat. Integendeel, de inkt van het rapport van de commissie-Dekker was nog niet droog of de eerste aankondigingen van fusies van zorgverzekeraars en ziekenfondsen vielen op de deurmat. En dat proces is nooit meer opgehouden. Vergelijk het veld van zorgverzekeraars van 1987 met dat van nu en je ziet precies wat er gebeurt als marktwerking wordt aangekondigd: partijen die deze marktwerking moeten gaan realiseren weten niet hoe snel ze elkaar moeten opzoeken om de markt, nog voordat deze de facto is gerealiseerd, zoveel mogelijk onder controle te krijgen. Marktpartijen houden niet van verrassende markten. Waar concurrentie als panacee wordt aangekondigd, zie je onmiddellijk schaalvergroting van organisaties. Dat is in de publieke sector bijna een standaardreactie geworden. Je hebt het in de volkshuisvesting gezien, in het onderwijs, in het welzijnswerk en in de gezondheidszorg. Er vormen zich grote spelers die qua volume zo machtig zijn dat zij de markt naar hun hand kunnen zetten. Dat is anno 2005 dan ook het grote verschil met 1987. De zorgverzekeraars hebben al die jaren niet stilgezeten. Zij hebben zich mentaal en organisatorisch bijna twee decennia voorbereid op de slag die nu komt. Hetzelfde geldt voor de grote zorgaanbieders, de ziekenhuizen en andere gezondheidszorginstellingen. Ook die hebben elkaar zoveel mogelijk opgezocht om zich voor te bereiden op de nieuwe verhoudingen. Overal zijn managers aangesteld die de organisaties zo moeten inrichten dat ze efficiënt en

doelmatig in de nieuwe verhoudingen kunnen gaan opereren.

Deze ontwikkelingen en vooral ervaringen verklaren de groeiende onvrede van huisartsen en van vele andere professionele beroepsgroepen in de zorg. Terwijl links en rechts de ene fusie over de andere rolde en de ene na de andere managementlaag de professionele instellingen in marcheerde, waren zij aan het werk en zagen zij de werkdruk, de administratieve last en de bureaucratische rompslomp toenemen. En nu, vijf voor twaalf, realiseren zij zich dat de machtsverhoudingen, waar al jarenlang voor is voorgesorteerd, zo worden gerangschikt dat zij gedisciplineerd dreigen te worden door andere belangen dan puur zorginhoudelijke en daar zeggen ze “nee” tegen. Dan kan de minister wel beweren dat ze niet moeten overdrijven, dat ze spoken zien en dat het allemaal wel meevalt, maar elke huisarts in dit land heeft de afgelopen tien jaar de macht van de verzekeraars zien toenemen en aan den lijve ervaren dat daarmee een bureaucratische logica in opkomst is die hen van hun werk afhoudt. Dat gevoel neem je die huisartsen niet af door die ervaring te ontkennen of te bagatelliseren, zoals deze minister doet. Ik zou het dan ook zeer op prijs stellen als hij vandaag in zijn beantwoording indringend ingaat op de zorgen die onder huisartsen leven en die zich laten samenvatten door het feit dat ze de logica en greep van hun eigen werk dreigen kwijt te raken.

Welk probleem moet deze Zorgverzekeringswet nu eigenlijk oplossen? De wet moet de doelmatigheid bevorderen en op termijn beheersing van de kosten realiseren. De sleutel daarvoor wordt gelegd bij de zorgverzekeraars die door effectieve inkoop van zorg bij de zorgaanbieders de kosten moeten zien te drukken. De verzekerden moeten op hun beurt de verzekeraars scherp houden omdat ze kunnen switchen en op zoek gaan naar de beste prijs-kwaliteit-verhouding. Essentieel daarvoor is dat ze zelf een flink nominaal deel van de verzekeringspremie betalen. Om te voorkomen dat die rekening te diep snijdt in de portemonnee van de burger compenseert de staat de burger met een soort zorgsubsidie, de zorgtoeslag, waar een behoorlijk deel van de bevolking recht op zal hebben.

Dat klinkt allemaal heel omslachtig en dat is het ook. Het grootste probleem is dat de veronderstellingen feitelijk onbewezen zijn. Het is zeer de vraag, en naar mijn waarneming nergens ter wereld overtuigend bewezen, dat verzekeraars in staat zijn om een doorslaggevende rol te spelen bij het in toom houden van de kosten van de gezondheidszorg. Ik moet de econoom van naam nog tegenkomen die hier onomwonden voorstander van is. Integendeel, je hoeft geen economie gestudeerd te hebben om te begrijpen dat ze er belang bij hebben om hun omzetten te verhogen. Ze worden meesters in het doorschuiven van rekeningen en het bevragen van hun kostenposten, maar er is geen enkele garantie dat ze de kosten in bedwang zullen houden. En waarom zouden ze?

Hetzelfde geldt voor consumenten. Hun invloed bestaat uit hun keuzevrijheid, uit de mogelijkheid die ze hebben om met hun voeten te stemmen, maar dat is in mijn ogen grotendeels fictie. Ik kan iedereen het fascinerende boek van de psycholoog Barry Schwarz aanbevelen: *The Paradox of Choice*, waarin hij laat zien hoe diep ongelukkig mensen kunnen worden van de plicht tot

kieszen. Ook de WRR wees onlangs in het rapport *Bewijzen van goede dienstverlening* nog op het mythische karakter van de gepredikte keuzevrijheid. Er zijn maar heel weinig mensen die daar op zitten te wachten. De meeste mensen zijn eigenlijk heel erg loyaal aan hun instituties en als ze in de gezondheidszorg al wat willen kiezen, willen moderne burgers vrij zijn om een eigen arts te kiezen. Zij willen met een arts van eigen keuze een vertrouwensrelatie aangaan en precies die vrijheid wordt met deze wet ingeperkt. Dat wil zeggen: als mensen voor die keuzevrijheid kiezen krijgen ze daarvoor een hogere rekening gepresenteerd.

Ik begreep gisteren uit een uitzending van Netwerk dat dit voor het CDA terecht een heikel punt is. Ook de VVD zou hier een punt van moeten maken. In 1991 maakte de woordvoerder van de VVD-fractie, de heer Ginjaar, zich juist hierover ernstige zorgen. Met andere woorden: het plan-Hoogervorst is zeer ingrijpend, maar biedt geen enkele harde garantie dat de doelstellingen, namelijk doelmatige zorg en kostenbeheersing, worden bereikt. Het is bovendien bekend dat de druk op de kosten niet uit de organisatie van de zorg als zodanig komt, maar eigenlijk extern is: vergrijzing, technologische ontwikkeling, enz.. Daar doet het nieuwe stelsel weinig of niets aan en dan wordt de hele operatie extra pijnlijk, omdat de risico's van het megaplan-Hoogervorst groot zijn. In zijn effecten zal het plan onvermijdelijk op een moeilijk navolgbare manier druk uitoefenen op de dagelijkse praktijk van de zorg in Nederland. De zorgverzekeraars hebben immers een belang bij het minimaliseren van hun uitgaven. Daarvoor zullen ze zo goedkoop mogelijk gaan inkopen voor zoveel mogelijk verzekerden, die zo weinig mogelijk moeten kosten. Daardoor zullen ze er alles aan doen om de verzekerden langs de route van de ingekochte zorg te leiden en de zorgaanbieders op de huid te zitten om over elke handeling informatie te leveren, zodat ze de patiëntenstromen en hun inkoopbeleid zoveel mogelijk kunnen sturen. Het feit dat we nu met ongekende grote aantallen DBC's te maken krijgen die dit proces moeten sturen, geeft aan dat de zorgpraktijken overspoeld worden met een controlelogica die voor de verzekeraars relevant is, maar die voor de relatie tussen patiënt en professional geen betekenis heeft en daarop als een bureaucratische last zal drukken.

Nogmaals, je hoeft over niet heel veel fantasie te beschikken om steeds groter wordende zorgverzekeraars te zien ontstaan, de schaalvergroting zal zeker nog doorgaan, die hun divisies met targets opzadelen die vervolgens langs de weg van bureaucratische verplichtingen als water de zorgpraktijk binnen sijpelen. Op een moeilijk grijpbare manier zal de logica van het geld, die zich paradoxaal genoeg voordoet in bureaucratische verplichtingen, de professionele praktijk sturen en disciplineren. De vrees van mijn fractie is dat je dat dus niet met waarborgen en garanties kunt dichtregelen, want dat heeft alleen nog meer averechtse effecten. Hoe verder je met de logica van deze zorgverzekeringswet gaat knutselen om bureaucratisch rampspoed tegen te gaan, hoe erger het wordt. Het plan-Hoogervorst wordt daardoor meer en meer een vorm van marktwerking die in gewapend beton is gegoten, waarbij we met elk nieuw amendement, elke nieuwe verbouwing,

verder van huis raken. Het is een onontwarbare kluwen aan het worden. Deze stelselherziening is, zo vreest mijn fractie, niet tijdens de tewaterlating te repareren, maar moet geheel terug naar de werf omdat het casco niet deugt: niet de rendementen van verzekeringsmaatschappijen moeten het sturend principe vormen, maar de kwaliteit van de zorg. Geen concurrentie op basis van kwantiteiten, maar competitie op basis van kwaliteit.

De heer **Schouw** (D66): Deze geweldige inbreng rolt over ons als een colonne legertanks.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Zo is het ook bedoeld en met name voor u!

De heer **Schouw** (D66): Het kost moeite om op onderdelen daar iets tegenover te zetten. Alles wat wordt voorgesteld, deugt niet. Kan de woordvoerder van de fractie van GroenLinks in een paar duidelijke lijnen aangeven wat het alternatief is om de basisverzekering op een goede manier in te voeren?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Dit is een geweldig goed getimede interruptie want ik ben net aan dit punt toegekomen. Het lijkt wel of wij dit van tevoren hebben afgesproken. De gezondheidszorg in Nederland schreeuwt om een hervormingsagenda. Minder bureaucratie, meer handen aan het bed die ook beter betaald worden, meer ruimte voor professionals om hun werk te doen, meer tijd voor menselijke omgangsvormen en realistische kostenbeheersing. Kortom: meer ruimte voor menselijke kwaliteit, omdat daarin de essentie van de zorg gezocht moet worden. De hervormingsagenda van dit kabinet volgt echter een andere logica: die van het geld, van minimalisering van kosten en maximalisering van opbrengsten. Het gevolg is dat mensen gaan kiezen met de hand op hun portemonnee, dat jong en gezond zich uitbetaalt in goedkope polissen en dat de georganiseerde solidariteit, een wezenskenmerk van de Nederlandse gezondheidszorg, langzaam maar zeker onder druk komt te staan. Deze zorgverzekeringswet zet voor dat proces het licht op groen. Ik geef toe dat dit geen antwoord op de vraag van de heer Schouw is, maar ik voeg nog een paar essentiële zaken hieraan toe. Ik zou de gezondheidszorg publiek organiseren, zodat een omgekeerde publiek-privaat-verhouding dan nu in het wetsvoorstel wordt voorgesteld ontstaat. De machtsbalans, waarover ook mevrouw Swenker sprak, is niet in evenwicht. Patiënten en professionals hebben in dit pakket een ondergeschikte positie. Ik wil een stelsel organiseren waarin die machtsbalans van tevoren als uitgangspunt aanwezig is en niet achteraf wordt aangebracht met een zorgconsumptiewet of iets dergelijks. De essentie van mijn stelselherziening zou gebaseerd zijn op kwaliteit. Ik zou een competitie op basis van kwaliteit organiseren en geen concurrentie op basis van geld. Dat is een totaal ander principe dat tot een geheel ander casco van de Nederlandse gezondheidszorg leidt dan deze Zorgverzekeringswet van dit kabinet. Ik begrijp eigenlijk niet waarom de heer Schouw het daarmee niet eens zou zijn. Dit is een veel beter plan dat minder weerstand oplevert. Eigenlijk is het een geweldig voorstel.

De heer **Schouw** (D66): Hoe globaler, hoe minder weerstand!

De heer **Van der Lans** (D66): Misschien zou wat de minister ons voorstelt geloofwaardig zijn als de zorgverzekeringsmarkt gedomineerd zou worden door maatschappelijke ondernemingen die zich op-en-top als heuse sociale verzekeraars gedragen en daar ook al jaren blijk van hebben gegeven door transparant beleid te voeren, door uitgebreide publieke verantwoording, door een gewaardeerde en gezochte invloed van verzekerden, door maatschappelijke doelstellingen te formuleren, door brede initiatieven op het terrein van gezondheidspolitiek te ontwikkelen, door een actief preventiebeleid, door vernieuwingen, experimenten, dat soort zaken. Als alle verzekeraars zich met zo'n programma bewezen hadden, zou deze operatie-Hoogervorst misschien met enig vertrouwen tegemoet kunnen worden gezien, maar dat is -- de goede zorgverzekeraars, want die zijn er wel degelijk, niet te na gesproken -- helaas niet zo. Sterker, als er al een ontwikkeling van verzekeraars in die richting zou zijn, zorgt deze wet er wel voor dat die ontwikkeling geblokkeerd raakt. De free rider, de verzekeraar die geen kosten maakt voor dingen die wellicht wel voor de algemene gezondheid van belang zijn maar niet direct rendabel zijn voor zijn onderneming, zet immers de toon. Als er één zich zo gedraagt, neemt bij de andere de zin om nobele dingen te doen snel af waardoor er een algehele neiging zal ontstaan om niet-commerciële inspanningen ter bevordering van gezondheidsgedrag te vermijden. Dit noemt Mike Leers, directeur van Zorgverzekeraar CS, treffend de preventie-paradox. Daardoor lopen verzekeraars die met preventieprogramma's hun verzekerden in goede conditie brengen, het risico dat deze overstappen naar een concurrent, een free rider, die niets doet aan preventie en daardoor een lage premie kan bieden. Zo snijdt een actieve verzekeraar zich met z'n eigen investeringen in de vingers.

Dat gevaar signaleren zorgverzekeraars dus zelf. Dat lijkt me dus iets wat je serieus moet nemen, maar de minister wuift dat volledig weg. In de memorie van antwoord stelt hij op vragen van mijn fractie: "Gezien de marktwerking en de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om zich voor verzekerden aantrekkelijk te maken, zie ik niet in waarom dergelijke initiatieven onder de Zorgverzekeringswet zouden afnemen."

Eigenlijk zegt de minister: het systeem van marktwerking met concurrentie tussen verzekeraars is goed in staat om algemene gezondheidspolitieke doelen te realiseren, want dat is ieders belang. Maar hij vergeet dat de verzekeraar die daar even iets minder of helemaal niks aan doet, mooie sier kan maken met goedkopere polissen. Juist vanwege dat risico treedt er algehele terughoudendheid op bij dit soort activiteiten.

Terecht zegt zorgverzekeraar Leers, die zijn pappenheimers kennelijk beter kent dan de minister, daarom dat in zo'n geval de overheid voor het algemene belang moet gaan staan en in de wetgeving de zorgverzekeraars moet verplichten om een percentage van hun omzet te storten in een nationaal preventiefonds, dat

wordt verdeeld over de regio's ten behoeve van bewegings- en andere gezondheidsprogramma's voor iedere burger. Hij noemt dat een Fitburgerplan; je kunt tegenwoordig niks meer verzinnen zonder een ludieke titel. In dit verband is van belang dat nota bene de zorgverzekeraars zelf aangeven, althans één hunner, dat door de onderlinge concurrentie algemene gezondheidspolitieke doelstellingen in het gedrang komen en dat de overheid hierop dus moet sturen. Het feit dat de minister hier zelf niet opkomt, geeft aan hoe groot zijn optimisme inzake het goede van marktwerking is. Hij is zelfs optimistischer dan de zorgverzekeraars zelf. Je zou het ook als naïef kunnen betitelen. Free riders zijn immers geen onbekend verschijnsel en al sinds jaar en dag op alle markten aan het werk. De minister is dat kennelijk ontgaan. Ik wil graag een reactie op de gedachte achter het Fitburgerplan.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid bracht onlangs een inspirerend rapport uit onder de titel Bewijzen van goede dienstverlening. Ik verwees er zo-even al naar. Dat rapport is interessant, omdat het eigenlijk de eerste gezaghebbende reflectie is in politiek Den Haag op de hervorming van de publieke sector in Nederland. De conclusie is hard. Feitelijk constateert de denktank van de regering dat de reeks van reorganisaties, waaronder de introductie van allerhande vormen van marktwerking in de publieke sector, heeft geleid tot een soort georganiseerd wantrouwen. Dat wantrouwen laat zich nog het best aflezen aan een ongekende intensivering (en ritualisering) van informatiestromen en een uit de hand gelopen opeenstapeling van toezichthouders en controlemechanismen. In plaats van kwaliteitsverbetering heeft de hervorming vooral achterdocht en bureaucratie opgeleverd. De WRR roept op om deze contraproductieve weg te verlaten.

Ik denk dat dit een buitengewoon belangrijk signaal is. Juist daarom is het zo treurig om tegelijkertijd te moeten constateren dat een paar Haagse deuren verder onverdroten wordt doorgegaan op dit pad. In de gezondheidszorg willen wij dat iedereen bij iedereen om papieren gaat vragen: de arts zijn patiënt, de verzekeraar de arts, de instelling de arts. Overal moeten vakjes en codes ingevuld worden. Wij begraven ons onder DBC's, functies, DSM-categorieën, registraties, noem maar op.

Afgelopen vrijdag zag ik een discussie bij NOVA tussen staatssecretaris Rutte en het SP-Tweede-Kamerlid mevrouw Kant over het rapport-Kennedie over verpleeghuizen. Rutte vatte het probleem van de gezondheidszorg tijdens die discussie loepzuiver samen. De kern is, zei hij, dat mensen die het werk moeten doen, dat werk ook moeten kunnen doen en niet lastig gevallen moeten worden met allerhande bureaucratische eisen en regels. Precies, zou ik zeggen. En wat voor systeem zet zijn partijgenoot een paar ministeries verder op de rails? Uitgerekend een systeem waarin professionals ingesponnen worden door systeemeisen en bureaucratieverplichtingen. Precies dat systeem waarin financiers de bepalende en de patiënten en de professionals de afhankelijke partij zijn geworden.

Eén van de hoogtepunten van de voorbereiding van dit debat in deze Kamer was de hoorzitting die de

vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport eind april in deze zaal heeft gehouden. De beelden daarvan hebben zich voor eeuwig op mijn netvlies vastgezet. Eerst traden hier de zorgverzekeraars aan, zes wijze heren, enigszins op leeftijd, gepokt en gemazeld in de taal van het beleid, zelfverzekerd in hun houding; laat het nu maar aan ons over. Na hen betraden vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties deze zaal. Het verschil viel meteen op. Zes vrouwen, een beetje onwennig, duidelijk niet getraind in dit soort bijeenkomsten, een tikje nerveus ook. Zij hadden een uitstekend inhoudelijk verhaal, maar in één oogopslag zag je het verschil in machtsverhoudingen in de gezondheidszorg. Met alle respect voor de patiënten- en consumentenorganisaties, ik moest meteen denken aan die mop van de muis en de olifant die gezamenlijk over een houten burg lopen, waarbij de muis tegen de olifant zegt: goh, wat stampen we toch lekker.

Juist in die onevenwichtigheid zou het zaak zijn geweest als de overheid de stem van patiënten en consumenten optimaal tot zijn recht had laten komen, of zelfs als vertrekpunt had genomen, zodat er echt een counterpart voor de heren zorgverzekeraar zou zijn ontstaan. Dat is helaas niet gebeurd, zoals mevrouw Van Bennekom, directeur van de NCPF, in deze Kamer tijdens de hoorzitting fijntjes constateerde. Zij merkte op, dat deze hele operatie over een groot aantal wetten is verdeeld; er is een wet voor de zorgverzekeraars, voor instellingen, voor de marktautoriteit, de tarieven, noem het allemaal maar. Echter, in dat hele bouwwerk ontbreekt een wet op de zorgconsumenten die systematisch de positie van de zorgconsument handen en voeten geeft en alles regelt als het gaat om inspraak, privacybescherming, geschillen, klachtrecht, ombudsman en noem maar op. Ik heb net begrepen, en had dat kennelijk over het hoofd gezien, dat de minister zo'n wet overweegt. Deze late reactie lijkt mij geen toeval, maar tekenend voor de manier van ordenen van gezondheidszorgverhoudingen door dit kabinet. Het zet niet aan tot nieuwe verhoudingen, het continueert bestaande machtsverhoudingen.

Hetzelfde geldt voor de positie van professionals. Het zou eigenlijk onbestaanbaar moeten zijn dat deze Kamer instemt met een Zorgverzekeringswet, waarin de belangrijkste groep zorgprofessionals, want dat zijn naar mijn mening de huisartsen, eigenlijk geen vertrouwen heeft. Dat zou niemand moeten willen. Het gaat om een groep die meer dan 95% van de zorgvragen als eerste ziet en hoort, en daar tegen maar 4% van de totale kosten opmerkelijk goed raad mee weet. Collega Dupuis heeft dat onlangs nog eens voortreffelijk verwoord in een bijdrage in NRC-Handelsblad.

De huisartsen vormen het goud van onze gezondheidszorg. Als zij dwars gaan liggen, acties gaan voeren, het systeem gaan frustreren, dan is de rekening hoog. Zoals wij in dit land niet kunnen rekeningrijden zonder toestemming van de ANWB, zo zouden wij ook geen stelselherziening op de rails moeten willen zetten zonder instemming van de huisartsen. Zo eenvoudig is het eigenlijk. Wij hebben in deze Kamer de minister voortdurend om nadere informatie gevraagd over zorgbesluiten, AMvB's, invoeringswetten, ministeriële

regelingen, toezeggingen, en alles wat verder met de invoering van de Zorgverzekeringswet te maken heeft. Die informatie moesten wij hebben om ons een goed oordeel te kunnen vormen over de wet en de werking daarvan. Ik denk dat deze Kamer voordat er besloten kan worden over de ontwerp-Zorgverzekeringswet moet weten of er een akkoord komt met de huisartsen. Mijn fractie heeft toch al haar bedenkingen, maar weet zeker dat een nieuwe Zorgverzekeringswet zonder steun van huisartsen sowieso niet werkt. Hun positie is zo cruciaal dat zonder hun medewerking de wet geen basis heeft. Vandaar dat ik mijn collega's voorstel om niet tot stemming over deze ontwerp-wet over te gaan als er niet een akkoord met de huisartsen is bereikt. Zo'n akkoord is op zijn minst net zo belangrijk als een AMvB of de tekst van een zorgbesluit. Zonder akkoord geen wet, zo simpel zou het moeten zijn. Ik overweeg om de Kamer daarover een uitspraak te vragen, maar ik wacht uiteraard de reacties van mijn collega's af, en vooral natuurlijk die van de heer Schouw die mij wil interromperen.

De heer **Schouw** (D66): U zet sterk de positie van de huisartsen aan, en terecht. U hebt ook gehoord dat huisartsen en minister donderdag verder spreken. Betekent uw opstelling dat de opvatting van de fractie van GroenLinks is verbonden aan die van de huisartsen?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Natuurlijk niet.

De heer **Schouw** (D66): U maakt er zo'n dramatisch punt van.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Nee, ik zeg gewoon dat deze Kamer al zes maanden bezig is om alle informatie op tafel te krijgen die nodig is om een goed oordeel te kunnen vellen over de vraag of dit een goed wetsvoorstel is.

De heer **Schouw** (D66): Ik mag toch de conclusie trekken dat als de huisartsen in de loop van de week het voorstel steunen de fractie van GroenLinks tegen blijft?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ja, wat is daartegen, dan? Ik zie dat punt niet.

De heer **Schouw** (D66): Daar is ook niks op tegen, maar u maakt er zo'n geweldig punt van dat daaruit is af te leiden dat u uw lot verbindt aan de positie van de huisarts. U hebt een geweldige retoriek en ik probeer die even te ontmantelen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Dat doet u helemaal niet. Ik zeg dat de Kamer er een vreemde figuur van maakt als zij op alle mogelijke manieren zegt dat het essentiële informatie is voor het beoordelen van een wetsvoorstel en dan niet afwacht of er een akkoord met de huisartsen wordt bereikt. Dat lijkt mij essentiële informatie om uiteindelijk de vraag te kunnen beantwoorden of de wet zal werken. Ik zie het probleem niet. Het lijkt mij een Abc'tje. Waarom zou u wel precies willen weten hoe een ministeriële regeling over de privacy gaat luiden, maar niet of de huisartsen instemmen met het systeem dat hen te wachten

staat? U zegt zelf dat huisartsen een cruciale groep vormen als het gaat om de Nederlandse gezondheidszorg, misschien wel dé basisprofessionals zijn die de kwaliteit van onze gezondheidszorg waarmaken. Als die niet instemmen met het systeem dat hen te wachten staat, moet je er als Kamer niet aan willen beginnen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik snap er niks van, mevrouw de voorzitter. Als het er voor de heer Van der Lans niet toe doet of er wel of geen akkoord komt met de huisartsen, omdat dit zijn standpunt kennelijk niet beïnvloedt, waarom vindt hij dan dat de rest van deze Kamer wel zijn standpunt moet laten beïnvloeden door het wel of niet totstandkomen van een akkoord? Het zou voor ons toch hetzelfde kunnen zijn als voor de heer Van der Lans?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Dat weet ik niet. Ik hoor graag van de CDA-fractie en van de andere fracties hoe belangrijk zij de huisartsen vinden. Laat zij dat maar hardop zeggen. Ik vind de huisartsen zo belangrijk dat ik die informatie relevant acht voor mijn eindoordeel, maar ik zeg sowieso dat het casco van de wet niet goed is en terug moet naar de werf.

Voorzitter, dan nog een enkel woord over de invoeringsdatum. Daarover is al veel gezegd. In mijn fractie bestaan net als bij andere fracties grote twijfels over de haalbaarheid van 1 januari. Het lijkt een kwestie van haastwerk te worden, waarvan mijn fractie de zin ontgaat. Vanwaar die haast? Onduidelijkheid over polissen, over DBC's, over de precieze vorm van verevening, over privacy. Om het af te krijgen, moet half Nederland zich drie slagen in de rondte werken en dan nog zal het - juist vanwege dat haastwerk - tot chaos leiden. De minister zal dat straks in alle toonaarden ontkennen, zo goed kennen wij hem wel inmiddels. En als uiterste handreiking zal hij als de Kamer doorpruttelt, zeggen dat de Kamer altijd bij de behandeling van de Invoering- en aanpassingswet in het najaar kan besluiten over de haalbaarheid van 1 januari. Ondertussen zakt het schip weer een stukje van de helling richting tewaterlating, om nog even op mijn eerdere beeldspraak terug te komen.

Als dat zo doorgaat, voorzie ik in het najaar een herhaling van zetten: de minister zegt dat het allemaal haalbaar is, en in de Kamer wordt zo links en rechts getwijfeld, maar ja, als de minister het zegt... wie zijn wij dan om hem tegen te spreken? Om dat te voorkomen stel ik de Kamer en de minister voor om voor dit probleem de methode-Brinkhorst te volgen. Dat is een goede aanpak die is toegepast bij de liberalisering van de energiemarkt voor kleingebruikers (zo zie je maar weer, voorzitter, dat het toch zijn voordelen heeft als je, zoals ik, vijf departementen in je portefeuille hebt: je kunt nog eens wat ervaringen van het ene naar het andere departement meenemen). Voor de mensen die het zijn vergeten: omdat er grote twijfel was of de geplande liberaliseringsdatum haalbaar was, heeft minister Brinkhorst een onafhankelijke commissie -- ik meen de commissie-Van Rooij -- ingesteld, met als taak minister en Kamer te adviseren of een en ander wel verantwoord was. Dat heeft geleid tot een half jaar uitstel (en nog blijkt dat de energiebedrijven grote moeite hebben met het switchen, maar dat terzijde).

Om nu te voorkomen dat in het najaar parlement en minister op eenzelfde manier nietes en welles spelen over de invoeringsdatum stelt mijn fractie voor dat de minister met betrekking tot de invoeringsdatum van de Zorgverzekeringswet een vergelijkbare commissie aan het werk zet, die voor Prinsjesdag tot een oordeel komt over de haalbaarheid en functionaliteit van de invoeringsdatum. Dat advies kan de grondslag vormen van de politieke besluitvorming in de Tweede Kamer, maar ook in deze Kamer meegenomen worden als wij ons buigen over de Invoerings- en aanpassingswet. Ook op dit punt wil ik graag een reactie van de minister. Wellicht kan ook een collega zich daarover nog uitspreken.

Ik heb nog één voor mijn fractie buitengewoon zwaarwegend punt. En dat is de toename van het aantal onverzekerden, vooral onder kwetsbare groepen als psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen, bijstandsgerechtigden, verslaafden, ouderen. Niemand wil dat, maar het risico dat dit toch zal gebeuren is bepaald niet klein. Ook andere woordvoerders hebben er al op gewezen. Het kabinet gaat dit ongetwijfeld monitoren, maar ik vind dat te weinig. Dit is een kabinet dat er prat op zegt te gaan dat het met afrekenbare doelstellingen komt. Mijn fractie vindt dat dit kabinet bij zo'n omvangrijke stelselherziening juist ten opzichte van deze zeer kwetsbare groepen zichzelf zo'n afrekenbare sociale doelstelling moet voorhouden. In het kort luidt die als volgt: de invoering van een nieuw zorgverzekeringsstelsel zal er niet toe mogen leiden dat in vergelijking met 1 januari 2005 het aantal onverzekerden onder kwetsbare groepen zal toenemen en mochten er feitelijke aanwijzingen zijn dat er toch een toename zal optreden, dan zal de regering het parlement concrete maatregelen voorleggen om deze stijging teniet te doen. Ik overweeg, over deze voor ons zeer belangrijke kwestie een motie in te dienen, maar wacht uiteraard eerst het antwoord van de minister af. Ik wens de minister die gretig zijn handtekening zette onder een door 500.000 mensen ondertekende petitie tegen zijn eigen beleid, veel wijsheid toe. Met die handtekening heeft hij overigens wel de nodige verwachtingen gewekt, zo hij daarmee al niet de nodige verplichtingen is aangegaan. Ik zie met belangstelling uit naar zijn antwoord.

*N

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Ik zal enkele opmerkingen maken over: de Wet op de zorgtoeslag, de Fraudewet en het conflict dat de huisartsen met de minister hebben. Dat alles zal ik moeten doen in tien minuten.

Allereerst wil ik mij namens de VVD-fractie in dit stadium niet verzetten tegen de Wet op de zorgtoeslag. De reden daarvoor is dat, ondanks de bezwaren waarover ik straks meer zal zeggen, het ons niet verantwoord lijkt om een groot aantal burgers te belasten met zorgpremies die hun financiële draagkracht te boven gaan.

De VVD fractie heeft voorts goede nota genomen van de antwoorden van de minister op de door ons in het voorlopig verslag gestelde vragen over deze wet.

Overigens was er ook een antwoord bij op een niet gestelde vraag. Kennelijk veronderstelt de minister dat wij niet hadden begrepen dat voor kinderen, dus voor personen tot 18 jaar, geen premie behoeft te worden betaald, en dat er dus ook geen sprake kan zijn van premiedifferentiatie. Wij hebben dit uiteraard wel begrepen. Waar die vraag vandaan komt, weet ik niet.

Wel gaven wij aan vragen te hebben omtrent de invloed van allerlei inkomensbestanddelen, zoals het persoonsgebonden budget en de huursubsidie, op het toeslagregime. Wij stellen vast -- dat heeft de minister op vragen gezegd -- dat beide inkomensbestanddelen buiten de berekening vallen, met alle consequenties van dien, zoals vergroting van de armoedeval als men een hoger inkomen krijgt.

Verder wil de fractie nog graag het volgende van de minister weten. Hoe denkt hij dat het verder zal gaan met de zorgtoeslag, die nu al aan ongeveer zes miljoen mensen dient te worden verschaft? Betekent dit niet een openeindconstructie, waarin bij de te verwachten groeiende premies de lasten van de gezondheidszorg voor de openbare financiën moeilijk te begrenzen zijn? Hoe denkt de minister te voorkomen dat bij de zorgverzekeraars de druk verdwijnt om de premies laag te houden als er voor zes miljoen mensen toch een subsidie met een open einde wordt geboden? Wij stellen vast dat dit in feite een onderuithalen is van het idee van de nominale premie. Nu is het duidelijk dat er altijd een groep in de samenleving zal zijn, de groep met de laagste inkomens, voor wie de premie onbetaalbaar is. Maar als het om zes miljoen mensen gaat is de vraag of het systeem wel zo zou moeten werken. Leven wij op het gebied van de ziektekosten dan eigenlijk niet boven onze stand?

Wij zouden ook graag van de minister vernemen of hij niet van mening is dat de werkelijke kosten van de gezondheidszorg met deze constructie van zorgtoeslag minder duidelijk zullen blijven voor de burger. Dat was toch juist wel de bedoeling?

Ook maken wij ons zorgen over de door de Wet op de zorgtoeslag te veroorzaken bureaucratie. De wet maakt het immers nodig dat een groot deel van onze bevolking, veelal de minder hoog opgeleiden en ouderen, gedwongen worden om belastingaangifte te doen teneinde voor de zorgtoeslag in aanmerking te komen.

Overigens is de fractie van mening dat, alles overwegende, deze wet acceptabel is. Wij krijgen wel gaarne commentaar van de minister. Wij willen met name weten wat hij concreet gaat doen aan het binnen de perken houden van de toeslagen enerzijds en het voorkomen van belastingaangiftebureaucratie anderzijds.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik werd getriggerd door het begin van het betoog van mevrouw Dupuis. Zij zei dat zij zich in dit stadium niet wil verzetten tegen deze wet. Betekent dit dat zij zich in een ander stadium wel gaat verzetten? Bedoelt zij te zeggen dat de besluitvorming moet worden uitgesteld? Ik vraag dit ook enigszins in het licht van datgene wat zij in de NRC heeft gezegd.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Gezellig, mevrouw Slagter, dat u het woord voert, maar mijn opmerking betekende niet

anders dan dat het vreemd zou zijn om op de Wet op de zorgtoeslag in te gaan als de Zorgverzekeringswet nog niet is aangenomen. Ik maakte dus een opmerking over de volgtijdelijkheid, over het feit dat twee wetten aan de orde zijn. De werking van de wet waarover ik sprak wordt namelijk in feite bepaald door het al dan niet aannemen van Zorgverzekeringswet. Die is nog niet aangenomen.

Ik kom op het wetsvoorstel inzake de fraudebestrijding in de zorg. De VVD-fractie zal er gaarne mee instemmen. Weliswaar zijn in de zorgverzekeringswet al een aantal maatregelen meegenomen, maar de wet is zeker niet overbodig. Ik zie dan nog maar af van eventuele lotgevallen van de zorgverzekeringswet. Overigens kan ook zonder deze wetten al een identificatieplicht door verzekeraars en zorgverleners vereist worden. Wij hebben vastgesteld dat een groot aantal ziekenhuizen al met een identificatieplicht werkt. Verder is in deze wet de invoering van het soft-nummer in de WTZ 1998 voorzien en later ook in de AWBZ. Dit lijkt onze fractie niet meer dan vanzelfsprekend. Ook deelt de fractie de mening van de minister dat ten aanzien van het voorkomen van fraude geldt dat elke maand eerder winst is.

Ik maak twee opmerkingen over de huisartsen. De zwijgplicht laat ik rusten. Een aantal collega's, onder wie mevrouw Swenker, heeft er al uitvoerig over gesproken. De minister heeft er een uitstekende brief over geschreven. Er is nog een andere kwestie die bij de huisartsen leeft en waar ik graag wél op inga: de angst dat hun ambt in zekere zin wordt opgeheven en hun professionele autonomie wordt beperkt. Het gaat dan met name om de verwijzing naar de tweede lijn, iets waarvoor huisartsen bij uitstek goed getraind worden. Wij hebben nergens in de vele wetsteksten die wij hebben moeten doorworstelen, een grond voor deze zorg kunnen vinden. Dat de huisarts niet de enige is die doorverwijst naar de tweede lijn, is niet nieuw. Onder anderen vroedvrouwen doen dat, en dat is maar gelukkig ook. De zorg van de huisartsen is te begrijpen, maar niet reëel, zoals ook in de Tweede Kamer bleek. Bovendien heeft de Tweede Kamer door het aannemen van twee moties duidelijk gemaakt dat zij geen aantasting van de verwijzingsstaak van huisartsen duldt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U zegt dat de zorg niet reëel is, maar wie beoordeelt dat? Betekent het dat huisartsen het gewoon niet begrijpen of is de boodschap niet helder?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Als een zorg niet reëel is, betekent dat dat de feitelijke grondslag eraan ontbreekt. Er is geen feitelijke grondslag voor. De minister heeft het herhaaldelijk aangegeven, maar nu is er zelfs in de Tweede Kamer een tweetal moties aangenomen om nog eens te benadrukken dat de Tweede Kamer zeer hecht aan de verwijzingsstaak van de huisarts. Daarmee lijkt elke reële grondslag nog meer aan de zorg van de huisartsen te ontbreken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U hebt het over moties, maar huisartsen hebben het meer over emoties.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Zeker. Het is naar de mening van de VVD-fractie van het grootste belang dat huisartsen plezier in hun werk houden en zich gewaardeerd weten, met name door de regering. Met de patiënten zit het immers wel goed. Zij geven steeds weer aan, het werk van huisartsen zeer te waarderen. Wij zouden het jammer vinden als door gemakkelijk op te lossen misverstanden, zoals rond de zwijgplicht en rond het doorverwijzingsbeleid, regering en huisartsen, cruciale groepen in onze gezondheidszorg, ver van elkaar komen te staan.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Om elk misverstand uit te sluiten, meld ik dat mevrouw Dupuis het heeft over twee moties, namelijk die op de stukken nrs. 88 en 89. De tweede, van de heer Van der Vlies, is niet door de VVD gesteund.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is juist, maar de VVD-fractie aan de overzijde vond haar eigen motie net iets scherpzinniger geformuleerd. De strekking van beide moties was gelijk.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik dacht dat de motie van de heer Van der Vlies juist de instemming van de hele Tweede Kamer, uitgezonderd de VVD-fractie, heeft gekregen omdat daarin op een heel duidelijke wijze is aangegeven hoe de huisarts de poortwachtersfunctie in de toekomst kan blijven vervullen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat was ook exact de inhoud van de motie van mevrouw Schippers op stuk nr. 88. Ik kan het mij voorstellen dat je, als je het zelf goed geformuleerd hebt, geen behoefte hebt aan nadere moties. Ik was bezig de regering, met name deze minister, op te roepen om zich de emoties van de huisartsen aan te trekken, ook al zijn het emoties waarvoor voor een deel een feitelijke basis ontbreekt. Ze zijn echter ontstaan, zodat er rekening mee moet worden gehouden. Wij hopen dat de minister de dialoog met de huisartsen optimaal zal voortzetten. Anderzijds hopen wij dat de huisartsen in redelijkheid open blijven staan voor pogingen van de minister om met hen in gesprek te blijven.

Ten slotte kom ik toe aan de noodzaak voor huisartsen om over een klein deel van hun inkomen met de ziektekostenverzekeraars te moeten onderhandelen. Het gaat om de inmiddels beruchte 90 mln euro, welk bedrag eerst nog hoger was. Uit de vele brieven en mails die wij ontvangen, blijkt één ding onomstotelijk, dat ik wil noemen omdat het een belangrijk element in het hele debat is, en in de zorg van de huisartsen. Er is sprake van een enorm wantrouwen jegens de zorgverzekeraars. Als wij de casuïstiek lezen om dat wantrouwen te onderbouwen, is het eerlijk gezegd in een aantal gevallen wel begrijpelijk. Soms gaat het immers wel goed. Wat te denken van de volgende casuspositie? Een huisarts biedt flexizorg aan, dus bijzondere zorg waarvoor aparte tarieven gelden, die ook moeten worden gedeclareerd. De tarieven zijn echter per ziektekostenverzekeraar niet helemaal gelijk. Zo hoorde ik van een huisarts dat hij zich had vergist met vier eurocent per declaratie, omdat hij een andere ziektekostenverzekeraar kende die dat andere tarief had.

Gevolg voor de huisarts: hij werd als een klein kind terechtgewezen, en moest voor straf het hele setje declaraties opnieuw invullen. Dat kan natuurlijk niet zo. Wij begrijpen dat dit niet het werk van de minister zelf is, maar we willen hem er toch graag mee confronteren, want dit is natuurlijk niet de manier om met professionals om te gaan. Vandaar dat de VVD een laagdrempelig klachtenbureau genoemd door mevrouw Swenker, wel het minste vindt dat de minister zal moeten regelen, en dan eigenlijk meteen, vanaf nu.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben het helemaal met mevrouw Dupuis eens dat er heel veel wantrouwen is jegens zorgverzekeraars. Ik neem aan dat zij dat met mij heel zorgelijk vindt. Wat mij zo "puzzelt", is hoe je met elkaar zo'n systeem kunt optuigen als er zoveel wantrouwen is. Dat is toch een erg slechte start?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Die vraag moet u niet aan mij stellen. Ik neem waar dat er grote misverstanden zijn ontstaan, en dat er ook in het verleden casusposities gevonden kunnen worden waarin de zorgverzekeraars zich niet keurig richting de zorgaanbieders gedragen. Door ze te noemen, hoop ik daarvoor de aandacht te trekken. We zullen dat moeten voorkomen, onder andere door dit punt onder de aandacht van de minister te trekken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik begrijp niet helemaal goed, waarom ik die vraag niet aan u zou kunnen stellen. Als uw fractie voorstelt, bent u mede verantwoordelijk, lijkt mij.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is juist.

De heer **Hamel** (PvdA): Kan daar niet gewoon een bedrag voor komen, zodat niet elke verzekeraar en elke huisarts daarover moet onderhandelen? Dan zijn al die problemen in één keer opgelost?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): De flexizorg wordt opgeheven als de nieuwe wet wordt ingevoerd. Maar het gaat mij meer om een psychologische kwestie, namelijk dat er sprake is van een gevoel van machteloosheid tegenover een grote moloch van ziektekostenverzekeraars, vaak een aantal per huisarts. Dan moet je bedenken wat je eraan kunt doen om de huisarts de kans te geven, dat op een snelle en effectieve manier te melden. Wat ik net noemde, is echt te gek voor woorden, het is gewoon pesterij, en dat kan dus niet. Om dat openbaar te maken, is het misschien mogelijk om daarop snel en adequaat te reageren.

De heer **Hamel** (PvdA): Maar het systeem staat die idioterie toch toe?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): We hebben het over het vorige systeem, terwijl het door mij genoemde voorbeeld uit de huidige wet komt.

De heer **Hamel** (PvdA): Je kunt soms wat leren uit het huidige systeem, en uit het systeem waar we het vandaag

over hebben. Ik vraag u of de problemen niet met een vast bedrag kunnen worden opgelost.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat gaat over de 90 mln. euro.

Ik begrijp waarom de minister ermee komt. Mijn fractie vindt het op zichzelf ook helemaal geen slechte gedachte, maar of deze getallen goed gekozen zijn, is iets waarover de huisartsen zelf met de minister moeten onderhandelen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): U zegt dat het een beetje pesten is en dat dit niet zou mogen voorkomen. Mijn stelling is dat het wantrouwen dat er uit blijkt, in het systeem gebakken zit. De zorgverzekeraars moeten namelijk altijd hun kosten minimaliseren en zullen derhalve nauwgezet nagaan of alle handelingen zijn gedaan die geprotocoliseerd zijn etc. U kunt dus wel zeggen dat wanneer een zorgverzekeraar pestgedrag vertoont deze gecorrigeerd moet worden, maar ik ben ervan overtuigd dat door deze verweving dit gedrag vaker zal voorkomen. Als men niet heel nauwkeurig het formulier invult, krijgt men te maken met een pestende zorgverzekeraar. Dat is het resultaat van het systeem dat nu geïntroduceerd wordt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik zou het niet willen formuleren zoals de heer Van der Lans nu doet. Het gaat bij sommige ziektekostenverzekeraars wel degelijk goed. Ik heb het voorbeeld genoemd om te laten zien dat er gegronde redenen zijn voor wantrouwen. Gelukkig is in de nieuwe wetgeving de flexizorg niet meer nodig en zou dit soort wrijvingen dus niet meer kunnen voorkomen. Bij de ziektekostenverzekeraar moet er een attitude zijn dat men probeert maximaal de huisarts te faciliteren. Dat is de les die uit deze casus moet worden getrokken. Nogmaals, het is een casus uit het oude systeem.

Ten slotte nog een opmerking over de DBC's. Er zijn zeer verontrustende berichten binnengekomen over aanzienlijke prijsstijgingen van specialistische medische zorg door de invoering van DBC's. Er stond in de Volkskrant een fraai maar schokkend artikel over van Martin Sommers. Wij nemen aan dat de minister de in dit artikel genoemde voorbeelden kent en wij vragen ons af wat hij hiervan vindt. Dit kan toch niet de bedoeling zijn?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Wat zijn dan de consequenties als die berichten waar zijn?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dan zal er grondig gekeken moeten worden naar de manier waarop de DBC's tot stand worden gebracht.

*N

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mevrouw de voorzitter. Na diverse goeddeels mislukte pogingen -- Dekker, Dees, Simons I en II, een periode van kleine stapjes en een gevraagd en gekregen, zelfs unaniem SER-advies -- is het weer zo ver! Een nieuwe poging om de gezondheidszorg te

herstructureren. Bij de finale beoordeling door de Eerste Kamer zal duidelijk worden of de les van de geschiedenis nu wel wordt verstaan. In 1994 heeft de subcommissie Onderzoek Besluitvorming van de Tweede Kamer immers een onderzoek ingesteld naar de tot dan zevenjarige periode van niet gehaalde voorstellen. Dit ondanks het feit dat door overheidsingrijpen veel veranderingen in gang waren gezet. Heeft deze actieve interventie soms geleid tot onbedoelde gevolgen, zo luidde één van de vragen van de subcommissie.

Het rapport van de commissie-Dekker met als titel "Bereidheid tot verandering" zorgde in 1987 voor een geweldig schokeffect, waartegen velen te hoop liepen. In dit rapport werd een overgang van een sterk overheidsgerichte naar een méér marktgerichte sturing in combinatie met een fundamentele herziening van het verzekeringsstelsel bepleit. Het ging er vooral om door méér marktwerking, méér keuzevrijheid voor de zorgvragers en méér zichtbare prijskwaliteitsverhoudingen een oplossing te vinden voor de diverse knelpunten in de zorg. Hierbij werd met name gedacht aan de schotten in de financiering -- er moest één basisverzekering komen -- aan het ontbreken van een adequaat systeem om de kosten te beheersen, alsmede aan de sterk verouderde planningswetgeving. Verder werd de noodzaak van marktdenken onderstreept.

In 1994 moest de genoemde subcommissie constateren, dat zelfs de aanzetten van de toen voorgestelde ordening weer leken te vervagen en verbond hieraan de vraag of dit schijn of werkelijkheid was. Ook werd de meer dan retorische vraag gesteld welke problemen in feite met de stelselherziening dienden te worden opgelost. Enige conclusies uit het onderzoek van de subcommissie mogen in dit debat dan ook zeker niet ontbreken. Vastgesteld werd, dat de doelstelling van de stelselherziening, steeds gericht op de vergroting van de doelmatigheid c.q. kostenbeheersing met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid, nog immer onomstreden was. Ook over de middelen die door de Commissie-Dekker werden voorgesteld -- meer flexibiliteit, handhaving van solidariteit en rechtvaardigheid, deregulering en een krachtig substitutiebeleid -- leek steeds een grote mate van consensus te bestaan. Niettemin bestond er wel een breed scala aan opvattingen over de wijze waarop deze samenhangende doelen moesten worden gerealiseerd.

Politieke weerstanden, maar evenzeer weerstand van spelers in het veld, wisselden elkaar af, al naar gelang de diverse kabinetten probeerden inhoud te geven aan deze samenhangende doelen. Natuurlijk, er waren steeds opnieuw gevestigde belangen in het geding en er werd ook van standpunt gewisseld naarmate deze belangen meer of minder werden geraakt. De subcommissie verwoordde het aldus: "Vrijwel alle deelnemers in het brede debat formuleerden voorbehouden bij hun medewerking of gaven een eigen invulling aan de gehanteerde definities. Dit leidde ertoe, dat het draagvlak voor de onderscheiden kabinetsplannen stelselmatig afbrokkelde." De hindermacht was metterdaad groot!

De door de kabinetten-Kok gekozen weg van de kleine stapjes was aanvankelijk dan ook zeker gerechtvaardigd, maar werd in het tweede kabinet-Kok

terecht doorbroken met onder meer de adviesaanvraag aan de SER. De SER kwam met een verrassend advies, omdat de sociale partners, werkgevers en vakbeweging, elkaar vonden op standpunten, die -- dit is een understatement -- zeker niet direct voorde hand liggend waren. Eén algemene zorgverzekering met nominale premies vormde de kern, omgeven met twee uitdrukkelijke voorwaarden. In de eerste plaats, de negatieve inkomenseffecten moesten structureel worden gerepareerd via het belastingstelsel en de hiervoor in te zetten instrumenten moesten robuust en toekomstbestendig zijn. In de tweede plaats mocht de eventuele Europeesrechtelijke vormgeving van de algemene zorgverzekering, gekozen werd vooralsnog voor een privaatrechtelijke verzekering, geen afbreuk doen aan de kernonderdelen van deze verzekering, zoals de ondernemingsvrijheid van zorgverzekeraars. Voor velen in de samenleving -- aanvankelijk ook voor mij -- was dit advies eerst even schrikken, vanwege het zo totaal anders invullen van de inkomenssolidariteit en de duidelijke keuze vóór marktwerking.

Het valt echter niet te ontkennen, dat het kabinet-Kok 2 op het SER-advies verder is gegaan, dat goeddeels belangrijke elementen zijn overgenomen en dat in de nu voorliggende wetsvoorstellen een hoge mate van verwantschap tonen met het SER-advies "Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen". In dat opzicht zou deze parlementaire behandeling van historische betekenis kunnen worden, mits wij de nog aanwezige hindernissen op een verantwoorde wijze kunnen nemen. En deze zijn er bepaald nog wel!

Allereerst dient nogmaals te worden onderstreept, dat weliswaar na deze behandeling in de Eerste Kamer de inhoud van de beide wetsvoorstellen goeddeels vastligt, maar dat hiermede bepaald nog niet is beslist over de invoeringsdatum, mede in het licht van nog door te voeren reparaties, aanvullingen en invoeringsperikelen. Deze opmerking is bedoeld als een waarschuwing, die niet uitsluitend het gevolg is van nog steeds bestaande twijfel -- alhoewel in mindere mate dan voorheen als gevolg van de hernieuwde afspraken -- over de haalbaarheid van het invoeringstraject als zodanig, maar ook over een aantal teleurstellende antwoorden in tweede termijn. Als derde argument wijst de CDA-fractie op de actuele ontwikkelingen met opnieuw een hindermacht, waarvan nog moet worden vastgesteld of hier meer speelt dan alleen welbegrepen eigen belang. In ieder geval noopt dit tot een nader preciseren van de verantwoordelijkheidsverdeling.

Bij een zo immense structuurwijziging, die uitwerkt in een megaproject, mag van alle spelers in het veld geen houding van overmoed worden verwacht. Er is hiervoor bepaald geen enkele reden. Genieten van de macht -- overigens altijd een gedeelde macht -- kan niemand worden ontzegd. Deze macht is ons, zeker in de politiek, zo zeg ik ook tegen de minister, echter alleen maar gegeven om te dienen, niet om te heersen. Het land, het volk ten goede! Het kan daarbij van essentieel belang zijn om meer in vertrouwen dan in afspraken te investeren. Het valt in ieder geval nog steeds te betwijfelen of met de onlangs gemaakte afspraken een beeld

gekoppeld aan de inhoud is ontstaan, waarin alle partijen vertrouwen kunnen hebben. Het luistert dan wel erg nauw.

Nauwkeurige lezing van alle gewisselde stukken versterkt het gevoel dat toch weer aan gemaakte afspraken wordt geknabbeld en dat roept wantrouwen op. Ik geef een voorbeeld. De CDA-fractie heeft gevraagd naar het halen van de datum van 1 juni, de datum waarop de verzekeraars uiterlijk moeten weten wat er in het wettelijke pakket komt. De minister nuanceert in zijn nadere memorie van antwoord opnieuw deze datum met verwijzing naar een brief van de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland van 12 april. Het door de Eerste Kamer op 29 april vastgestelde verslag van de gesprekken met onder meer Zorgverzekeraars Nederland benadrukt echter het belang van het onverkort vasthouden aan de datum van 1 juni. Wie moeten wij nu geloven?

Een ander voorbeeld. De Invoerings- en Aanpassingswet is onlosmakelijk verbonden met de invoering van de beide voorliggende wetsvoorstellen, aldus de minister. Na eerste lezing is echter de indruk gerechtvaardigd dat nog de nodige reparaties noodzakelijk zijn voordat er sprake zal zijn van een aanvaardbaar geheel. Ook belangrijke onderdelen van en rond de Zorgverzekeringswet en de Zorgtoeslagwet zelf zijn nog niet uitgekristalliseerd. Kortom, al deze zaken nopen ertoe pas tijdens de behandeling van de I&A-wet definitief te beslissen over de invoeringsdatum. Dat nu noodzaakt de Eerste kamer tot een uiterst voortvarende behandeling van dit wetsvoorstel, namelijk uiterlijk medio oktober.

De heer **Hamel** (PvdA): Mevrouw Van Leeuwen wil pas bij de Invoeringswet beslissen of het wel of niet doorgaat. Is dat niet veel te laat? Dan zijn wij al een aantal maanden verder en is de termijn tot 1 januari nog korter geworden. Het gaat niet alleen om de techniek, maar ook om de burgers. Een aantal dingen kun je inschatten. Die worden al genoemd. Het is toch veel beter om daar al eerder duidelijkheid over te geven?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): In de wet wordt zoals gebruikelijk geen datum genoemd. De heer Hamel heeft er net als mevrouw Swenker al op gewezen dat het geweldig belangrijk is hoe de publieksvoorlichting straks uitpakt. Krijgen wij goed tussen de oren van de verzekerde wat het onderscheid is tussen natura en restitutie? Zo zijn er nog een heleboel zaken meer. Ik vind dat wij de zorgverzekeraars onder druk moeten houden. Ik ben het met de heer Hamel eens dat wij van hen wel eens wisselende geluiden horen. Wij moeten onszelf ervan overtuigen dat 1 januari kan. Ik denk dat het kan. Daarvoor zal ik dadelijk nog een paar argumenten noemen. Alles staat echter ontzettend gespannen. Lukt het echt niet, dan wil ik een herhaling van hetgeen wij met de SUWI-wetten hebben meegemaakt, voorkomen. Dat moet de heer Hamel aanspreken. Daarbij deed zich exact hetzelfde probleem voor. Nu vullen wij de wetten al werkende weg in. Dat is toen ook gebeurd. Uiteindelijk hebben wij de minister toen op zijn blauwe of bruine ogen willen geloven. Ik wil mij er zelf van kunnen overtuigen of het kan, maar intussen zeg ik tegen alle zorgverzekeraars en de minister dat zij het in belangrijke mate zelf in de hand hebben met het geven van een goede voorlichting. Ik ben het met mevrouw Swenker

eens dat een half jaar daarvoor toereikend kan zijn. Het gaat immers maar over een paar dingen. Wat ik hier heb gehoord, is volstrekt overdreven. Als wij per januari aanstaande, wat nu is toegezegd, een non select integraal aanbod krijgen voor alle verzekerden, dan verandert daarin niet zoveel. Je moet wel goed uitleggen waar het om gaat. Je moet het verschil tussen natura en restitutie uitleggen. Vandaag kunnen wij dan al een goed antwoord krijgen op een aantal wezenlijke knelpunten.

De heer **Hamel** (PvdA): Dat heb ik goed gehoord. In oktober hebben wij drie maanden langer aan de wet gewerkt. Dan moet de voorlichting afgerond zijn. Als wij daarmee in oktober beginnen, is de tijd immers veel te kort.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Wij moeten niet pas in oktober beginnen. Als morgen de inhoud van de wet vaststaat, kan die gecommuniceerd worden met de gehele bevolking. De minister kan nog eens tegen de zorgverzekeraars zeggen dat het aan hen is om waar te maken wat zij hebben toegezegd. Anders gaan zij voor schut. Mijn geduld met de zorgverzekeraars is zo langzamerhand op. Zij hebben in deze Kamer op herhaalde vragen gezegd dat het kan. De heer Van der Veen heeft ons nog een brief geschreven. Daarin corrigeert hij zijn uitlatingen in de pers dat de wet niet op 1 januari ingevoerd kan worden. Alle zorgverzekeraars hebben gezegd dat het op 1 januari kan.

De heer **Hamel** (PvdA): Het kan dus zijn dat het wetsvoorstel wordt aangenomen en dat de zaak vervolgens alsnog stopt op 1 oktober omdat de invoering te laat komt.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat zou onverhoopt ons oordeel kunnen zijn. Ik heb er immers vertrouwen in. Ik vind echter dat wij de minister en het gehele veld scherp moeten houden om waar te maken wat wij vandaag afspreken. Ik heb het nu helder gezegd.

De heer **Schouw** (D66): Ik wil kijken of ik het goed begrijp. Wij besluiten volgende week over deze wet. Dan mag van de CDA-fractie de voorlichting starten. Wij behandelen de I&A-wet in oktober. Die behandeling kan als noodrem fungeren als het onverhoopt niet bevalt en niet kan. Dan kunnen wij terugkeren op onze schreden.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ja. Het is duidelijk.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Het gaat toch niet alleen over voorlichting aan de burger? Het gaat toch ook over de verevening en de systematiek? Die moet toch op orde zijn? Wij kunnen het oordeel toch niet steeds maar voor ons uitschuiven? Wie levert de informatie? Beginnen met de voorlichting maakt het wat gemakkelijker. Ik betwijfel echter of de problemen die wij hier uit den treure besproken hebben voor die datum op orde zijn. Dan moet het systeem functioneren zoals wordt verwacht. Ik heb daarover grote twijfels. Dat moet mevrouw Van Leeuwen toch ook meenemen in de calculaties?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik vraag de heer Van der Lans om rustig het verloop van de discussie af te wachten. Wij hebben nog tot vannacht te gaan. Er zijn een aantal knelpunten. Daar moet een heldere reactie op komen. De witte vlekken die de heer Van der Lans noemt, mogen er vanavond niet meer zijn. Anders zouden wij onverantwoorde wetgeving aanvaarden. De heer Van der Lans noemde al voorstellen, bijvoorbeeld over het vereveningssysteem en andere zaken. Dat moet vandaag allemaal tot een goede oplossing komen.

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zeg ik dat ook de minister erkent dat eerst dan de uiteindelijke beslissing valt. Ik kom niet met iets nieuws. De uitspraak in de memorie van antwoord in reactie op onze inbreng ter zake, gesteund door alle fracties, luidt "Voorts ware te bedenken dat de Zvw slechts zal (kunnen) worden ingevoerd nadat ook de I&A-wet Zvw door beide Kamers is aanvaard, zodat beide Kamers in elk geval ten volle betrokken zullen zijn bij de vaststelling van de invoeringsmodaliteiten."

Het is voorts van essentieel belang om ook nu vast te stellen wat schijn en wat werkelijkheid is met betrekking tot de nu voorliggende wetvoorstellen. In alle protesten die nu tegen de Zorgverzekeringswet, meer nog dan tegen de Wet op de zorgtoeslag, worden ingebracht, spelen ook veel in feite bestaande zaken van de oude wetgeving mee. Daardoor lopen de emoties onnodig hoog op. De CDA-fractie constateert dan ook allereerst nauwelijks of geen bezwaren te horen tegen de integratie van de huidige ziekenfonds-, particuliere- en publiekrechtelijke verzekeringen tot een basisverzekering met als kenmerken: acceptatieplicht, geen premiedifferentiatie, meer verantwoordelijkheid en meer keuzemogelijkheid voor patiënten en verzekerden. Dat kan de werkelijkheid van morgen worden. Daar zien honderdduizenden patiënten met uitsluitingen met groot verlangen naar uit. Dat is het grote goed dat in deze wetten tot ons komt.

De problemen concentreren zich nu vooral op het geïntroduceerde begin van marktwerking en de té grote macht van verzekeraars die overigens door de minister van de regierol zijn afgehaald die hen aanvankelijk door het kabinet Kok II is toegedacht.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben verbaasd over de opmerking van mevrouw Van Leeuwen dat zorgverzekeraars niet langer de regierol hebben.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Door de wijze waarop de minister de privaatrechtelijke verzekering met publieke waarborgen heeft ingevuld, is de regierol in de betekenis zoals wij daar altijd over hebben gesproken, in belangrijke mate teruggedraaid. De zorgverzekeraars zijn nu een van de spelers, weliswaar met grote bevoegdheden, maar niet met een regierol. Ik verwijs overigens naar de interviews met de minister waaruit blijkt dat hij dit zelf heeft gezegd.

Een tweede probleem is de twijfel over de werkelijke mogelijkheden voor de patiënten. In feite zou de SER zich meer zorgen kunnen maken dan de beroepsbeoefenaren dat aan hun voorwaarden niet is voldaan. De publieke waarborgen zijn immers zeer stringent en de marktprikkels zijn beperkt, voor slechts

10% van de DBC's vrij prijzen op basis van een systeem dat -- ik zeg het nadrukkelijk -- door het veld en niet door de politiek is verzonnen. De vastliggende uitkomst is immers nu: geen procent méér zonder de nadrukkelijke toestemming van het parlement en na een grondige evaluatie. Dit voldoet bepaald niet aan de harde randvoorwaarde van de SER voor ondernemingsvrijheid voor beroepsbeoefenaren, instellingen en voor zorgverzekeraars. Daarom zou ik tegen collega Dupuis willen zeggen: als u gelijk hebt, is het afgelopen met de DBC's.

Verzekeraars moeten zich vanaf 1 januari aanstaande van elkaar kunnen onderscheiden, onder andere op het gebied van de zorginkoop. Daarvoor moet deze nieuwe wet ruimte geven. Allereerste bestaat hiervoor grote angst. Zullen de tot dusverre sociale zorgverzekeraars door de commerciële verzekeraars niet gedwongen worden tot een hardere aanpak tot schade van de patiënten? Het Verbond van Verzekeraars beschouwt de uitwerking van het huidige wetsvoorstel immers als een minimaal noodzakelijke ruimte en spreekt zelfs over een "kritische ondergrens". Voor velen, ook binnen de CDA-fractie is er eerder sprake van een bovengrens, gelet op de vele voorbeelden van ingrijpen door verzekeraars, de goede niet te na gesproken. De angst van de huisarts is dat de verzekeraars in de nieuwe situatie misbruik zullen en kunnen maken van de hen toebedachte positie. Hierop zal ook de CDA-fractie alert blijven. Of er zal worden ingegrepen via algemene maatregelen van bestuur hangt dan ook in hoge mate af van het gedrag van de zorgverzekeraars zelf.

De zorgverzekeraars krijgen echter ook volop van doen met de marktautoriteit. Deze wet moet echter nog in beide Kamers worden behandeld; de WMG heeft het parlement zelfs nog niet bereikt. Dit maakt het wel bijzonder moeilijk. Wat zich hier naar ons gevoel dus wrekt, is dat alle noodzakelijke wetgeving zo verbrokkeld alle spelers in het veld bereikt. De CDA-fractie heeft hiervoor van meet af aan gewaarschuwd. Vele emoties van dit moment zijn gebaseerd op onvrede als gevolg van onzekerheid en onwetendheid over de aanvaarding -- uiteindelijk -- van alle wetten die alleen in samenhang kunnen werken en tot de gewenste uitkomst kunnen leiden. De CDA-fractie verwacht dat de minister tijdens dit debat nog eens helder aangeeft waar de grenzen voor de zorgverzekeraars komen te liggen. In tweede termijn willen wij, zo nodig, deze discussie verder voeren.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Mevrouw Van Leeuwen zei eerder dat de invoering- en aanpassingswet half oktober wordt verwacht. Kan zij ook een termijn aangeven voor de WMG? Wij hebben duidelijk gezegd dat het toezicht eerst geregeld moet zijn. Hoe denkt zij daarover?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Daar ben ik eerlijk gezegd nog niet helemaal uit. Ik stond aanvankelijk zelf ook op het standpunt dat dit voor 1 januari noodzakelijk zou zijn, ook in het licht van hetgeen de Consumentenbond en andere daarover hebben geschreven. Ik heb nu heel goed begrepen, onder meer uit de stukken, dat de minister zorgt voor een goede overloop van de oude

wetgeving in de nieuwe wetgeving. Uit het veld zijn ook andere data gekomen, onder meer tijdens onze hoorzitting. Zodra het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer wordt ingediend, kunnen wij het ook bekijken. Dan hoop ik met een antwoord te komen op dat punt. Kortom, ik ben er niet uit. Ik zeg dat in alle oprechtheid.

Voorzitter. Een duidelijk voorbeeld van al het voorgaande is wel de jongste brief van de KNMG van 25 mei jl. Daarin worden vanuit het perspectief van de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg nog zes ernstige gebreken geconstateerd, die om reparatie vragen. Eén hiervan is de mogelijke beperking van de vrije artskenning. Is hierbij nu sprake van koudwatervrees en ook onbekendheid met de feitelijke stand van zaken, zelfs nog op dat niveau? Vanaf het eerste moment heeft deze Kamer, onder meer de CDA-fractie, zich sterk gemaakt voor de vrijheid van artskenning. Zij heeft de minister herhaalde malen gedwongen wijzigingen aan te brengen in het beoogde restitutiestelsel. Een patiënt/verzekerde mag en kan niet worden beknot in zijn keuzevrijheid doordat de huisarts, medisch specialist of welke beroepsbeoefenaar dan ook niet is gecontracteerd.

Selectieve contractering is naar onze mening uitsluitend noodzakelijk bij falende beroepsuitoefening, slechts ondernemerschap en dergelijke. Naturapolissen, waarbij de zorgverzekeraar scherp heeft onderhandeld op volume, kwaliteit en prijs, mogen de patiënten/verzekerden evenmin worden onthouden. Het gaat er echter vooral om dat de patiënt/verzekerde van alle mogelijkheden op de hoogte is en hierop zijn beslissing kan nemen. De CDA-fractie heeft hiervoor duidelijke voorstellen gedaan zoals een addendum van elke gecontracteerde aanbieder bij de zorgpolis. Die CDA-voorstellen zijn maar gedeeltelijk gehonoreerd.

Niettemin rijst de vraag of hiermede toch akkoord kan worden gegaan, zeker in het licht van het aanbod dat de zorgverzekeraars voor 2006 zullen doen. Immers, Zorgverzekeraars Nederland heeft toegezegd dat het de bedoeling is om alle verzekerden voor 2006 in feite een automatisch non-select integraal aanbod te doen dat zo dicht mogelijk ligt bij de huidige verzekering. Dat bevordert onder meer de transparantie. Dit aanbod zal bovendien zowel de hoofdverzekering als de aanvullende verzekering betreffen. Ook hiervoor wordt eenmalig niet geselecteerd. Dit betekent dat met het addendum in 2007 kan worden begonnen. Als dit ook dan nog niet mogelijk is, dan kan er uitsluitend sprake zijn van een gefaseerde invoering van de selectieve contractering.

Er blijft dan nog één wezenlijk probleem liggen, namelijk de prijs die moet worden betaald voor de vrije keuze in de vorm van een restitutiepolis tegenover een naturapolis. De KNMG stelt dat hiervoor van patiënten wel een financiële bijdrage kan worden gevraagd. Hierbij zit nu juist het probleem, zeker voor de minst draagkrachtigen. De CDA-fractie wil dan ook niet uitgaan van de naturapolis als norm maar van de restitutiepolis en deze verwerken in de normpremie. De vrije artskenning mag derhalve niet leiden tot een extra premie. Een mogelijke premiekorting voor naturapolissen is dan aanvaardbaar, maar brengt geen schade toe aan de mensen met een smalle beurs die ook moeten kunnen kiezen voor een restitutiepolis. Met een

duidelijke toezegging en uitwerking kan deze hindernis derhalve worden genomen.

Een volgende hindernis heeft betrekking op artikel 22 van de Zorgverzekeringswet. Ook binnen de coalitiepartijen was er gerede twijfel over het invoeren van een no-claimteruggaafregeling. Die regeling is er in 2005 nog uitsluitend voor de ziekenfondsverzekerden, maar in 2006 voor alle verzekerden. Dat heeft vorig jaar allereerst geresulteerd in de vraag naar een helder evaluatiekader, zoals met name door collega Schouw bepleit. Dat is er gekomen, maar zou wellicht toch versneld moeten worden toegepast om een bijdrage te kunnen leveren aan een definitieve discussie. De huidige regeling wordt immers als een experiment beschouwd. Hoe ziet de minister dit?

Hiernaast heeft de CDA-fractie een tweetal suggesties gedaan, die brede weerklank hebben gevonden. De minister stelde dat al in zijn antwoord bij de plenaire behandeling. De eerste suggestie was het systeem om de buitengewone uitgaven en de verzilveringsregeling samen te voegen met de zorgtoeslag. De minister heeft hierop tot tweemaal toe positief gereageerd. In tweede termijn heeft hij aan zijn toezegging om hiervan een studie te maken, de zwaarte ervan onderkende, toegevoegd: "Wij gaan dat serieus doen en zo snel mogelijk". Dat nu was precies de bedoeling. De CDA-fractie vond in de afweging van de no-claimregeling ten opzichte van het verplichte eigen risico, zoals in het Hoofdelijkenakkoord overeengekomen, dit laatste voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen duidelijk een slechtere optie. Dit is overigens nog afgezien van de kwalijke psychologische gevolgen van de no-claimregeling. Ter wille van de no-claimoperatie is bovendien de premie met €5,65 per maand verhoogd. Dat is altijd nog een veel geringer bedrag dan €20 per maand verplicht eigen risico.

De minister zal zich kunnen voorstellen dat de CDA-fractie bijzonder teleurgesteld is over de brief van 12 april waarin de stand van zaken rond deze studie wordt weergegeven. De conclusie dat: "Een eerste analyse van maatregelen om de diverse regelingen beter op elkaar af te stemmen en te stroomlijnen, een onderscheid oplevert tussen wat nog per 2006 mogelijk en wenselijk is en wat pas in latere jaren zou kunnen worden gerealiseerd", vinden wij onder de maat. Uiteraard zijn de twee technische aanpassingen die worden voorgesteld ook van belang, maar er was en is méér nodig. Kortom, dit antwoord is bepaald niet toereikend. De CDA-fractie had gerekend op een diepgaande studie waarin duidelijk werd gemaakt op welke wijze en op welke termijn een en ander zal zijn gerealiseerd. De minister verwijst zelf in zijn antwoord naar de hefboomkracht in het kader van de I&A-wet. De CDA-fractie wil de minister hieraan houden en wil tijdig voor de plenaire behandeling van de I&A-wet over deze studie met concrete voorstellen kunnen beschikken.

De tweede ook algemeen aanvaarde suggestie was om het door de VVD-fractie in de Tweede Kamer geïntroduceerde plan om de no-claimteruggaafregeling per risicogroep en leeftijd te variëren uit te breiden met een studie naar het IZA-systeem. De minister voegde hier zelf nog een derde optie toe, namelijk het Belgische systeem. Ook met betrekking tot de uitwerking van deze suggesties

zijn wij nog niet veel opgeschoten. De brief van 28 april geeft slechts een eerste verkenning. Wel wordt het VVD-plan tot doorontwikkeling nu eerst aan een haalbaarheidsstudie onderworpen. Is dat voor het IZA -systeem en het Belgische systeem dan ook niet nodig? Ook met betrekking tot deze studies wil de CDA-fractie de discussie kunnen afronden bij de plenaire behandeling van de I&A-wet.

Wij en ook anderen zijn ervan uitgegaan dat bij het niet nakomen van de toezeggingen voor de behandeling van de Zorgverzekeringswet de minister een probleem zou hebben. Het is met evenzo vele woorden gezegd. Dat heeft de minister nu dan ook. Onze tegemoetkoming, het uitschuiven naar de I&A-wet, noodzaakt van de minister te vragen deze beide studies vergezeld te doen gaan van een analyse van wat het zou betekenen om van een no-claimregeling over te gaan naar een verplicht eigen risico. Hierbij moet het nadrukkelijke voorbehoud worden gemaakt dat het verplichte eigen risico voor de minst draagkrachtigen, onder wie gehandicapten en chronisch zieken, geen lastenverzwaring mag betekenen vergeleken met de huidige situatie.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het lijkt mij een goed plan. Ik vroeg mij af of u bedoelt dat het verplichte eigen risico dan in plaats komt van het vrijwillige eigen risico dat nu op de rol staat of dat u het een naast het ander ziet. Dat heeft immers consequenties voor de invulling van de polissen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat ben ik volstrekt met u eens. Daarom hebben wij die spoed betracht. Het is natuurlijk een moeilijk haalbare zaak, maar er moet wel naar worden gestreefd voor het jaar 2006. Dit hangt nu juist van de inhoud van de notitie van de minister af. Ik heb mij volgaarne achter de suggestie van de heer Schouw geschaard om dit nu te vragen, mede omdat de andere studies er nu ook niet zijn. Die kunnen met zijn drieën aan elkaar worden gekoppeld. Ik doe geen uitspraak omdat het afhangt van de wijze waarop wordt omgegaan met het voorbehoud dat ik heb gegeven. Daarnaast zijn er nog keuzemogelijkheden in het vrijwillige eigen risico. Ik wacht vol belangstelling die studie af.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Mijn conclusie is dan toch dat de minister er nog een probleempje bij heeft.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): De minister houdt ook van problemen oplossen.

Een- en andermaal heeft de CDA-fractie de positie en invloed van de patiënten en verzekerden aan de orde gesteld.

De minister heeft hierop telkens uitgesproken dat het van belang is, dat de patiënten goed worden betrokken bij het hervormingsproces. "Ook ik beschouw dat als een prioriteit", aldus de minister. Helaas zijn deze mooie woorden nog lang niet in de door ons bepleite daden omgezet. Er is naar onze overtuiging nog geen sprake van over de gehele linie mondige, kritische en goed geïnformeerde zorgconsumenten. En dat is toch noodzakelijk om weloverwogen keuzes te kunnen maken

uit de verschillende zorgpolissen van de onderscheiden zorgverzekeraars.

Het gaat erom, dat de patiënt zo snel mogelijk kan uitgroeien tot een gelijkwaardige partij. Een partij die ook duidelijk positie kan kiezen in het krachtenveld van aan de éne kant de zorgverzekeraars én aan de andere kant de zorgaanbieders. De patiënten/verzekerden zijn immers vaak onderdeel van het conflict, worden er volop in betrokken, gelet ook op de recente, actuele ontwikkelingen. De CDA-fractie heeft dan ook zeer concreet gepleit voor extra middelen voor de toerusting op deze nieuwe taak.

Opnieuw heeft de minister de boot afgehouden, maar wel klare wijn geschonken over zijn bedoelingen. Het PGO moet een nieuwe subsidieregeling maken, er is en blijft, dat wel, 34 miljoen euro voor alle patiënten, gehandicapten- en ouderenorganisaties beschikbaar. En - mind you - de minister heeft wel een half miljoen euro extra ter beschikking gesteld van de NPCF voor het voorbereiden van het patiëntenveld op de nieuwe taak! Hoe schril steekt dit alles af tegen de miljoenen die de rijksoverheid nu zelf gaat spenderen aan voorlichting over de nieuwe Zorgverzekeringswet: wel 31 miljoen euro.

Overigens is een meer dan intensieve voorlichtingscampagne noodzakelijk volgens de lijnen, zoals meermalen door onze fractie bij de diverse inbrengen is bepleit. Voorlichting, voorlichting en nog eens voorlichting. Enkele miljoenen méér voor de organisaties die de patiënten en verzekerden hun vertrouwen hebben gegeven, zullen naar onze mening echter een minstens zo positieve uitwerking kunnen hebben. Dat er aan een nieuwe subsidieregeling wordt gewerkt - hoe lang in feite al? - was en is de CDA-fractie bekend. De minister moet ons goed begrijpen: de nieuwe subsidieregeling zal meer dan zorg - denk aan de komst van de WMO - moeten omvatten, ruimte moeten laten voor de inbreng van de levensbeschouwing en samenwerking mogen bevorderen, maar zeker niet altijd dwingend kunnen opleggen. Of dan dit bedrag toereikend is voor de drie huidige taken (lotgenotencontact, voorlichting en belangenbehartiging) én de nieuwe taak om een gelijkwaardige partij te zijn in het kader van het nieuwe stelsel, is nog maar de vraag.

Bovendien zullen in deze voorlopig nog kwetsbare omgeving de koepels rechtstreeks dienen te worden gesubsidieerd. Niet voor niets hebben wij in het nadere voorlopige verslag dan ook aangedrongen op een snelle uitvoering van het onderzoek naar de gewenste toerusting van de patiënten/consumentenorganisaties. Deze opmerking bleef onbeantwoord. Kan de minister deze snelle uitvoering alsnog toezeggen?

Hiernaast blijft de CDA-fractie staan voor een extra bedrag voor toerusting voor de nieuwe taak van bijv. 5 miljoen euro in de komende twee jaar voor de koepels, voor innovatieprojecten aan de vraagkant, beleidseffectrapportages, onderzoek, alsook voor het opbouwen van de inkoopmacht en de jurisprudentie. Hoe denkt de minister nu in feite dat de patiënten/consumenten zonder deze toerusting en nog véél méér gelijkwaardig partij kunnen bieden? Of aarzelt de minister omdat hij een premie-opslag ten behoeve van de patiënten/verzekerden uiteindelijk een betere oplossing vindt?

Bij dat véél méér behoort ook de informatievoorziening. Daarin wordt wel terdege voortgang geboekt. Velen hebben hier gesproken over de informatievoorziening. Wel, ik vind dat de minister in dat opzicht best een pluim mag krijgen. Er is namelijk jaren niets aan gedaan. Wat er nu allemaal beschikbaar komt voor de patiënten, is overigens nog lang niet volmaakt. Wij zijn er nog lang niet. Toch is dat wel een heel duidelijk en goed begin. Nu is het evenwel nog niet zodanig geregeld dat alles toereikend is voor het juiste tegenspel en onder alle omstandigheden. Ook de ervaringsinformatie op individueel niveau moet centraal beschikbaar komen. Wij wachten in dit opzicht echter de nadere afspraken van de minister met het veld af.

Een ander punt. Eindelijk zal het reeds op 30 november 2004 in deze Kamer toegezegde gesprek met Zorgverzekeraars Nederland plaatsvinden over de invloed van de verzekerden op het zorginkoopbeleid. De CDA-fractie gaat ervan uit zo snel mogelijk over de uitkomst van dit overleg te zullen worden geïnformeerd en zij houdt overigens onverkort vast aan een AMvB bij een niet gewenste uitkomst. Immers, een reële invloed van de verzekerden moet de angst voor de verzekeraars niet alleen doorbreken, maar mede de aanpak in goede banen leiden. Om zo te bewerkstelligen, dat de patiënten het vertrouwen krijgen dat hun belangen ook bij zorgverzekeraars veilig zijn. Tegen deze achtergrond begrijpen wij in feite de afwachtende houding van de minister niet.

Het is bepaald niet uit te leggen dat de invloed van de verzekerden op het beleid door de komst van de Zorgverzekeringswet aan belang heeft ingeboet. Immers, de verplichting voor ziekenfondsen tot het instellen van een ledenraad is niet uitgebreid tot alle verzekeraars, maar is in de nieuwe Zorgverzekeringswet vervangen door de veel slappere tekst, dat de zorgverzekeraars verplicht zijn de verzekerden een redelijke mate van invloed te geven. Anno 2005 is het toch te gek voor woorden dat de verzekerden geen inspraak zouden hebben!

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind het zelf onaanvaardbaar. Wat vindt u?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Onaanvaardbaar is bij mij een punt – dat zeg ik niet zo gauw – waarop ik het grote goed van deze Zorgverzekeringswet in de waagschaal zou moeten stellen. Dat is niet zo, maar ik wil hier wel de harde toezegging van de minister dat hij gebruik zal maken van de AMvB waarin het wordt geregeld als de uitkomst van het overleg met de zorgverzekeraars niet zodanig is dat wij er vertrouwen in hebben. Dat moet hij dan iets harder zeggen dan de vorige keer. Dat vind ik dan voldoende. Ik wil hem graag deze kans nog geven, al zou ik liever hebben gezien dat het vandaag al rond was geweest. Dit is op de grens tussen wat aanvaardbaar en wat niet meer aanvaardbaar is. De minister zal vandaag ook nog eens klip en klaar aangeven wat hij onder "een redelijke mate van invloed" verstaat.

Overigens is onze fractie de minister erkentelijk voor de toezegging over nadere bezinning en overleg met de patiënten- en consumentenorganisaties over een bundeling van de regels tot één afzonderlijke

consumentenwet. Wij zullen de minister ook terzake deze aangelegenheid kritisch blijven volgen.

Misschien hebben wij het gemist, maar bij het creëren van draagvlak onder de patiënten/verzekerden hoort ook volstrekte duidelijkheid van de onafhankelijke geschillencommissie. Hoe ver is het daarmee? Welke onderwerpen vallen nu onder de geschillenregeling, en voor welke moet men naar de civiele rechter? Daarover is nog steeds geen duidelijkheid.

Ten slotte pleit de CDA-fractie nog voor persoonsgebonden financieringssystemen, opdat patiënten de zorgaanbieders kunnen aansturen om innovatieve producten te ontwikkelen. Is de minister daartoe bereid?

De vrees is gerechtvaardigd dat de goedkoopste zorg als de beste zorg zal worden gezien, mede omdat de zorgverzekeraars nog onvoldoende toegerust zijn om de kwaliteit van zorg te toetsen.

Vrijwel alle fracties hebben dan ook hun zorg uitgesproken over de noodzakelijke kwaliteitsbeoordeling, waarvoor ook de zorgverzekeraars medeverantwoordelijk zullen zijn. Het is op zichzelf wonderlijk, want die verantwoordelijkheid hebben zij in de huidige Ziekenfondswet ook, en wat is er nu aan de hand dat de zorgverzekeraars dit tot op heden moeilijk boven water kunnen halen? De kunst in de nieuwe Zorgverzekeringswet is met de daarvoor opgenomen bepalingen de transparantie van de kwaliteit ook zo in elkaar te steken dat de zorgverzekeraars die kunnen beoordelen.

Verder heeft natuurlijk de overheid vooral het publieke belang van een kwalitatief goede zorg te waarborgen. Hiertoe kan worden beschikt over de Kwaliteitswet en de Wet Big – wordt die nu al dan niet veranderd? – terwijl de Inspectie de minimumkwaliteit in de gaten houdt. Verantwoorde zorg leveren is overeenkomstig de Wet Big metterdaad een eerste opdracht voor de zorgaanbieders. De zorgverzekeraars dienen medische, maar ook andere kwaliteitsaspecten te beoordelen, waarbij toch de professionele autonomie dient te worden gewaarborgd. Is dit voldoende geregeld? Maar ook de patiënt/verzekerde zal inzicht in de kwaliteit van zorg dienen te verwerven. De minister somt in de memorie van antwoord een groot aantal initiatieven ter ondersteuning van de patiënt op. Ik herhaal deze niet, maar de toevoeging dat het hier zal gaan om een meerjarige ontwikkeling stelt ons niet gerust.

De zorgverzekeraars zullen sneller hun achterstand kunnen inlopen dan de patiënten/verzekerden. Hoe stelt de minister zich een en ander voor en zal ook de ondersteuning van de patiënten in dit kader niet veel nadrukkelijker in beeld moeten komen?

Ten slotte: wat beoogt de minister op dit moment met een wijziging van de basissubsidie voor het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, dat met name zo voortreffelijk inzetbaar is gebleken op de terreinen van innovatie, effectiviteit en veiligheid in de zorg? Staat dit niet haaks op het ook door de minister voorgestane beleid? Vanmorgen heb ik nog begrepen dat ook het NivA onder vuur ligt. Dat kan toch niet waar zijn.

Voorzitter. Ik wil vervolgens iets zeggen over het vereveningssysteem. Zowel in de eerste als in de tweede termijn hebben wij bijzondere aandacht gevraagd voor de problematiek rond het vereveningssysteem. Het is, ik herhaal het, een felicitatie waard dat de Europese Commissie het beoogde risicovereveningssysteem als gerechtvaardigde staatssteun beschouwt op grond van artikel 86, lid 2, van het EG-verdrag. Wat de Europeesrechtelijke aspecten betreft sluit ik mij verder aan bij de door mevrouw Swenker gestelde vragen.

Er is echter nog geen afdoend antwoord gegeven op onze diverse vragen, die de bestaande twijfel over de deugdelijkheid van het nu voorliggende vereveningssysteem kunnen wegnemen. Allerwegen bereiken ons berichten dat over de particuliere en publiekrechtelijke verzekerden te weinig gegevens beschikbaar zijn om ze nu op een verantwoorde wijze te kunnen invoeren. Het is ook de vraag of wij met het streven naar perfectie niet te veel hooi op de vork nemen. Het heeft jaren geduurd aler de ziekenfondsen van 2,5% risicodragendheid tot het huidige percentage, nog ver verwijderd van de 100%, zijn gekomen. Dat kunnen wij met 6 miljoen verzekerden meer in 2006 nauwelijks bereiken. De noodzakelijke uitbreiding schept bovendien de mogelijkheid om de vereveningssystematiek als zodanig nog eens op de juiste werking te toetsen. Dit is temeer noodzakelijk daar met name een goed werkend vereveningssysteem van fundamenteel belang is voor de werking van de Zorgverzekeringswet. Bovendien vraagt een aantal specifieke problemen nog om een geëigende oplossing. De minister heeft er al iets aan gedaan, maar ik wil toch nog zeggen dat een systeem van risicoverevening er borg voor dient te staan dat zorgverzekeraars met een ongezonde populatie niet in het nadeel zijn ten opzichte van verzekeraars met een gezonde populatie. Ik ben eigenlijk wel heel erg geschrokken -- ik zal de tekst erover niet uitspreken -- van de uitkomsten van het onderzoek van Van Vliet van de Erasmus Universiteit. Daaruit blijkt dat wij er nog lang niet zijn. De conclusie is gerechtvaardigd dat het toezegde gelijk spelveld tussen verzekeraars er nog niet is en dat is dodelijk, want dat kan risicoselectie in de hand werken. Belangrijker voor de CDA-fractie is echter de recente studie "Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering", in opdracht van de NPCF. Die geeft duidelijk aan dat verdergaande verbetering van het risicovereveningssysteem noodzakelijk is ter wille van de marktmacht van de patiënt. Indirecte risicoselectie moet zoveel mogelijk worden uitgesloten.

Op de vraag van de CDA-fractie om het huidige systeem eerst verder te ontwikkelen en te verfijnen alvorens onomkeerbare stappen te zetten, is een onvoldoende duidelijk antwoord gekomen. Gelukkig is naast de motie-Omtzigt en het amendement Omtzigt/Schippers in de afgelopen dagen ook de motie Omtzigt/Schippers over nieuwe parameters aanvaard. Dit alles betekent dat de eerste jaren nog geen prioriteit zal worden gegeven aan de onderlinge concurrentie totdat het risico van de verdeelfouten zoveel mogelijk is geëlimineerd en ook andere parameters zijn toegevoegd teneinde indirecte risicoselectie uit te sluiten. Dat betekent dat wij het pleidooi voor het handhaven van de nacalculatie de eerste jaren voluit handhaven. Niet alleen

ter wille van een gelijk speelveld voor de verzekeraars, maar meer uit het oogpunt van het welbegrepen patiëntenbelang is dat dé aangewezen weg. Met een duidelijke toezegging ter zake kan de minister een belangrijke hindernis wegnemen. En, mijnheer de minister, op den duur kunt u eraan meewerken dat bij een perfect vereveningssysteem zelfs prof. Van der Ven het ziet zitten, gelet op zijn laatste artikelen. Dan kunnen wij de ministeriële regeling met vertrouwen tegemoetzien.

Dit brengt ons onmiddellijk bij de problematiek die hiermee nauw samenhangt: de risicoselectie. Die kan bij de aanvullende verzekeringen wel degelijk voorkomen. In diepgaande gesprekken met zorgverzekeraars wordt ook toegegeven, dat er door sommige verzekeraars zeker pogingen zullen worden ondernomen om risicoselectie te gaan toepassen. Ziet de minister dit gevaar ook en hoe oordeelt hij tegen deze achtergrond over de waarschuwing van hoogleraar Van der Ven en anderen? Zij pleiten ervoor het risicovereveningssysteem te verbeteren en in ieder geval de aanvullende verzekering niet uit te breiden. In de schriftelijke inbreng heeft de CDA-fractie vragenderwijs het terugbrengen van noodzakelijke zorg in de basiszorg aan de orde gesteld. Is de minister bereid nader te doen onderzoeken of deze waarschuwing al dan niet terecht is? De onlangs in de Tweede Kamer met steun van het CDA aanvaarde motie van de heer Heemskerk om afwijkingen van het basispakket te voorkomen, slaat gelukkig ook een duidelijk piketpaaltje.

Ik kom op het probleem van de onverzekerden, dat naar onze mening tot dusverre veel te laconiek wordt opgevat. Het door het CBS nu reeds geschatte aantal niet-verzekerden in 2006 van ongeveer 360.000 kan, juist vanwege de verplichting om zelf een verzekering af te sluiten, een bedreiging worden voor het goed functioneren van het nieuwe stelsel. De minister meldt dat de groep divers is samengesteld. Ik zal dat allemaal niet herhalen. Naast de groepen die de minister heeft genoemd, denk ik met name aan de psychisch en sociaal kwetsbare groepen die zich niet als vanzelfsprekend zullen verzekeren, omdat zij de regie over hun leven nog niet op orde hebben. Mevrouw Van Es heeft het ons beeldend uitgelegd. Gedacht kan eveneens worden aan de grote groep van de analfabeten, voor wie wij in het kader van de voorlichting al eerder aandacht vroegen.

Hiermee is nog niet alles gezegd. In de zorgthermometer van april 2005 van Vektis wordt dieper op het verschijnsel ingegaan en wordt onderscheid gemaakt tussen tijdelijk onverzekerden en echte onverzekerden. Er blijkt sprake van een piek voor de leeftijdscategorie van 15 tot 30 jaar. Dat laat zich misschien verklaren door de wijzigingen in de levenssituatie, maar dit probleem zouden wij terdege van tevoren met elkaar kunnen tackelen. Het is mogelijk een adequaat antwoord op dat verschijnsel te geven.

Het probleem van de onverzekerden is ook ons probleem, het probleem van de beleidsmakers. Er mag geen sprake zijn van een afschuiven op de zorgaanbieders of de zorgverzekeraars. Meer adequate oplossingen dan thans voorhanden -- ik noem de derden-betalersregeling -- zullen in overleg met hen dienen te worden getroffen. Er mag evenmin worden afgeschoven op de gemeenten, die het uiteindelijk voor de onverzekerden zullen moeten

oplossen. Juist voor kwetsbare groepen zal het zelf moeten afsluiten van een verzekering problemen kunnen geven. Dat geldt ook voor de keuze voor een vrijwillig eigen risico. De CDA-fractie daagt de minister uit tot een meer preventief beleid. Het wapperen met moties heeft voor mij geen zin. Ik probeer altijd na te denken over wat wél mogelijk is. Van een wethouder heb ik een heel goed bespreekbaar initiatief voorgelegd gekregen. Volgens dat initiatief moeten eerst de categorieën goed in beeld worden gebracht. Verder moeten ook de gegevens van het niet-voldoen aan de verzekeringsplicht worden opgenomen in het bestand van het inlichtingenbureau. Als dat zou kunnen, is de gemeente op de hoogte en kan gebruik worden gemaakt van artikel 57 van de Wet werk en bijstand. Er zijn ook andere mogelijkheden denkbaar. De heer Hamel heeft verwezen naar de leerplicht. Ik zeg erbij dat alles wat eruit komt, extra lasten voor de gemeenten met zich mee kan brengen. Dat moet op zijn minst bespreekbaar zijn. Ik wil graag met de minister meedenken om het op deze manier uit te werken. Ik verwacht vandaag de toezegging dat de minister daartoe bereid is.

De CDA-fractie heeft nadrukkelijk bij de negatieve optie stilgestaan. Uit de nadere memorie van antwoord menen wij te moeten begrijpen dat voor de problematiek van de niet-reageerders nog geen overgangsregeling is gevonden, maar dat hieraan wel wordt gewerkt. In het nader rapport naar aanleiding van het advies van de Raad van State verwijst de minister met dezelfde conclusie naar deze nadere memorie van antwoord. Het resultaat van de studie die thans plaatsvindt zal de Kamer zo snel mogelijk worden meegedeeld. Dat wil ik best geloven, maar dat betekent voor ons wel dat dat resultaat in ieder geval vóór de stemming en het liefst nog vandaag bekend wordt. Over een zo belangrijke zaak moet toch vóór de aanvaarding van de wet een oplossing zijn gevonden?

Naar onze overtuiging is er een toereikende wetstekst beschikbaar. De kern is dat de verzekerde die niet voor 1 maart heeft gereageerd, voor de rest van het jaar wordt aangemerkt als verzekerd. De oude verzekeraar wijst dan de nieuwe verzekeraar aan. Daarbij worden de bezwaren van de richtlijn inzake koop op afstand, die een negatieve optie verbiedt, omzeild door een wettelijk aanmerken als verzekerde. Er wordt dus geen normale verzekeringsovereenkomst gesloten, waarbij niet-reageren in strijd zou komen met genoemde richtlijn, maar er wordt een wettelijke oplossing tot stand gebracht die dezelfde effecten heeft als ware een verzekeringsovereenkomst gesloten.

Laten we het goed begrijpen: het gaat erom dat zowel de ziekenfondsverzekerden als de publiekrechtelijk verzekerden die niet automatisch naar de Ziekenfondswet kunnen overgaan, die gelegenheid wel wordt gegeven, door een uitwerking zoals net door mij aangegeven. Het is voor ons van heel groot belang dat er tijdens dit debat een heel duidelijke toezegging komt. Alle burgers in het land, ook de onverzekerden, dienen in dezelfde positie te worden gebracht.

Afgelopen dagen konden wij kennis nemen van de laatste verslagen van de AO's in de Tweede Kamer over privacy. Misschien heeft niet iedereen ze nog kunnen lezen. Vlak voor het weekend bereikte ons een

brief, waarin de overwegend positieve uitkomst werd vastgelegd. Een tweetal onduidelijkheden dient nog opgelost te worden. De minister gaat er nog steeds aan voorbij, dat het sof-nummer zelf als een persoonsgegeven moet worden beschouwd met alle consequenties vanden. Is een zorgidentificatienummer, specifiek voor de zorgsector geen betere oplossing? Het kan nog, ook in de tijd gezien. Op grond van artikel 87, lid 6 Zorgverzekeringswet kan voorts bij ministeriële regeling worden bepaald over welke gegevens de verplichting tot gegevensverstrekking zich uitstrekt. Is de minister bereid de suggestie van het CBP om ook de criteria op te nemen te volgen?

De aanhouder wint. De minister heeft uiteindelijk toch voldaan aan het dringend verzoek onzerzijds het overgangsrecht te beschrijven op basis van het Toetsingskader Overgangsrecht, overeengekomen met de Eerste Kamer. Bij deze beschrijving moet een enkele kritische kanttekening worden gemaakt. Dat het Toetsingskader vooral is geschreven voor wijzigingen binnen de publieke sociale verzekeringswetten is op zich juist. Dat geldt echter evenzeer voor de Ziekenfondswet en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. De keuze voor een privaatrechtelijk ziektekostenstelsel per 1 januari 2006 doet hieraan niet af of toe. Het kabinet kiest voor onmiddellijke werking. Dat viel te verwachten, omdat er is gekozen voor een wet met acceptatieplicht in combinatie met het opvangen van de negatieve inkomenseffecten als gevolg van de te heffen nominale premie. Wat echter voor de publiekrechtelijk verzekerden anders is dan voor de huidige ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden is dat de eersten geen aparte aanvullende verzekering hebben, de andere verzekerden wel. De minister noemt dit "het pakket van de regelingen is ruimer dan het Ziekenfonds-pakket". Op zich juist, maar wel verhullend. Immers, de publiekrechtelijk verzekerden zullen nu ook afzonderlijk premie moeten gaan betalen voor de aanvullende verzekering, terwijl thans hun totale premie niet hoger is dan voor de ziekenfondsverzekerden uitsluitend in het kader van de huidige basisverzekering. Bovendien hebben zij ook altijd de ouderen meeverzekerd. Het gaat ons er dan ook niet om, dat publiekrechtelijk verzekerden geen aanvullende verzekering zullen kunnen afsluiten. Ook voor hen zal een non-select integraal aanbod gelden. Zij zullen door de splitsing echter wel enkele tientallen euro's per maand extra kwijt zijn, die niet meetellen voor de zorgtoeslag. Er kan hierdoor, zeker voor de laagstbetaalden, sprake zijn van een niet aanvaardbaar koopkrachtverlies. Uiteraard voorziet de zorgverzekeringswet niet in compensatie van premies voor aanvullende verzekeringen, maar er is wel terdege sprake van inbreuk op verworven rechten....

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Volgens mij is nu toch "niet aanvaardbaar" gevallen, na "te gek", "laconiek" en "dodelijk". Bedoelt u hier echt niet aanvaardbaar?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het is niet aanvaardbaar om de publiekrechtelijk verzekerden anders te behandelen, zodat er een vorm van overgangsrecht moet komen. De

minister heeft heel duidelijk uitgelegd dat daarvoor geld beschikbaar is, maar hij heeft bepaalde groepen, waarvoor ik pleit dat ze eronder vallen, daar niet in opgenomen.

Er is hierbij sprake een beperkte invulling van de eerbiedigende werking noodzakelijk. Het kan dus niet zo zijn dat de gereserveerde 160 mln ook niet eveneens aan de verzekerden van de publiekrechtelijke ziektekosten ten goede zouden komen. Mochten er achter de schermen andere afspraken zijn gemaakt, zoals verondersteld, dan behoren deze in volle openbaarheid hier aan de orde te komen. Ik verwacht ook dat de minister hiervoor zal zorgen. In ieder geval moeten de gepensioneerde politieambtenaren die thans onder DGVP-regeling vallen, kunnen delen in het gereserveerde bedrag.

Mevrouw de voorzitter. Niet alle punten konden in eerste termijn worden aangesneden. In ieder geval wil de CDA-fractie zich van harte aansluiten bij de behartigenswaardige inbreng van de heer Van den Berg met betrekking tot de palliatieve zorg, mede geënt op de baanbrekende inzet van prof. Krul, en met betrekking tot de geïntegreerde eerstelijnszorg, waarbij de huisarts de poortwachtersfunctie ten volle kan aanvaarden en waarmaken, zoals ook de vorige week in de motie-Van der Vlies is uitgesproken. Wij gaan ervan uit dat deze motie zal worden uitgevoerd. Tegen mevrouw Dupuis zeg ik ten aanzien van het afstemmen van de andere motie, dat het chiquer was geweest, daar het gaat om twee elkaar aanvullende moties, om die motie ook te steunen. Ik ben in ieder geval blij dat de CDA-fractie in de Tweede Kamer zowel motie nr. 88 als motie nr. 89 heeft gesteund. Ik heb vanmorgen van de huisartsen begrepen dat dit een belangrijk stuk lucht geeft.

Het grote goed van één basisverzekering voor de gehele bevolking met acceptatieplicht, behoud van risicosolidariteit en een eigentijdse oplossing voor de inkomenssolidariteit, wil de CDA-fractie niet in de waagschaal stellen. Van de minister mag in dit kader worden verwacht dat hij bereid is met ons de nog steeds bestaande hindernissen te nemen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik wil u toch nog een vraag stellen over de invoeringstermijn. Ik heb bewust gewacht totdat u uw gehele lijst van hindernissen aan ons heeft gepresenteerd. De invoeringsdatum van 1 januari staat nog steeds overeind. Ik hoorde de voorzitter van de CDA-fractie in de Eerste Kamer gisteren in Netwerk zeggen dat er echt een garantie moet komen dat het geen chaos wordt ten aanzien van de invoering van de basisverzekering en de introductie van marktwerking. U heeft zelf aangegeven dat het allemaal heel strak gespannen staat. Het staat zelfs zo strak gespannen, dat het bijna niet te doen is. Waarom zouden wij dan nog vasthouden aan 1 januari 2006? Zou het de zorgvuldigheid van het proces niet ten goede komen als wij hier besluiten om het een jaar uit te stellen? Dan behoeven al die hindernissen niet in haast genomen te worden. Ik weet niet of u wel eens aan atletiek gedaan heeft, maar ik heb dat wel gedaan. Als je in haast een hindernis neemt, dan heb je een grote kans er over te struikelen. Wat is dus de ratio achter de snelkookmethode om het echt op 1 januari 2006 in te voeren? Als je alles overziet en alle opmerkingen in

acht neemt, dan is het vragen om ongelukken. Ik wil nog een keer...

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik weet het zo langzamerhand wel, mijnheer Van der Lans; die riedel heeft u nu wel vijf keer gehouden. Weet u wat mijn inzet is? Ik zie de duizenden patiënten die in het kader van de huidige verzekeringen uitsluitingen hebben. Ik ben zielsblij -- en daar hebben wij met z'n allen jaren voor gevochten -- dat er één wet komt zonder uitsluitingen maar met risicosolidariteit over de gehele linie. Alle brieven die wij ontvangen, geven ook aan hoe de premies in de afgelopen jaren zijn gestegen. Ik snak er dan ook naar dat dit aan de hand van een rechtvaardig systeem tot een oplossing wordt gebracht. Ik weet dat wij een risico lopen met die invoeringsdatum, maar wij zitten er zelf bij. Ik zal er alles aan doen wat de voorlichting betreft. Ik zal avond op avond op sjouw gaan om het aan de ouderen, de gehandicapten en mijn medepatiënten uit te leggen. Ik ben er al volop mee bezig. Ik denk dan ook dat het in dat half jaar moet kunnen lukken, want ik ga ervan uit dat wij na een goede dialoog met de minister een oplossing kunnen bedenken voor de hindernissen die ik genoemd heb.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Over welke uitsluitingen heeft u het?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Heeft u er nooit van gehoord dat als je particulier verzekerd bent...

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Laat ik het dan scherper stellen, mevrouw Van Leeuwen. U neemt nu het risico dat als wij op 1 januari deze wet gaan invoeren, wij straks met grote aantallen onverzekerden zitten. U heeft het over uitsluitingen. Dan weet ik toch niet waar u het over heeft?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Als je particulier verzekerd bent, kun je je vanwege bepaalde risico's die je loopt als patiënt, niet verzekeren. Je hebt dan een uitsluiting voor dat risico. Kankerpatiënten bellen mij elke dag op om te vragen wanneer daar een eind aan komt. Ik noem nu maar één categorie patiënten. MS-patiënten worden ook uitgesloten. Vindt u het dan niet een geweldig groot goed dat wij naar één basisverzekering gaan? Ik geef toe dat wij dan moeten proberen de problemen die er zijn zo goed mogelijk beheersbaar te maken. Daar span ik mij voor in. U houdt een heel verhaal over de onverzekerden, maar concrete oplossingen hoor ik niet van u. Ik probeer een concrete oplossing aan te dragen. Zo zou u er uit kunnen komen, mijnheer de minister. Zo zijn er vele voorbeelden. Ik heb bij elk knelpunt gepoogd aan te geven hoe wij denken dat het opgelost kan worden.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Met alle respect, mevrouw Van Leeuwen. Wij hebben hier gepoogd een fundamentele discussie te voeren over wat de positie is van de zorgverzekeraars en hoe de relaties er uitzien. Volgens mij -- dat blijf ik volhouden -- praat u niet over het casco, maar probeert u het casco dat niet deugt, met allerlei punten en nuances te verbeteren en aan te passen. In mijn

opvatting bent u een slechte zaak aan het verbouwen, die nooit meer goed zal komen. U ontwijkt de discussie over principiële zaken, zoals de macht van de zorgverzekeraars en of de power of balance er wel goed uitziet. Daar moet u een oordeel over vellen. Nu gaat u in op details en probeert u zo veel mogelijk bij te spijkeren. Ik geloof daar gewoon niet in.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mijnheer Van der Lans, nu doet u mij volstrekt onrecht. Ik heb hier nadrukkelijk gesproken over de macht van de zorgverzekeraars en ik heb aangekondigd dat ik van de minister verwacht dat hij de grenzen aangeeft en dat wij daar duidelijk over kunnen praten. Ik neem niet, zoals u doet, afstand van alles wat in het SER-rapport is geschreven en dat daarna door het kabinet-Kok 2 is aanvaard en waarvan wij vinden dat dat een goede oplossing is. Wij zijn nu al jaren bezig te zeggen dat het hele aanbodgestuurde systeem van de zorg niet loopt en niet kan. Wij praten allemaal over wat er op dit moment is, met alle klachten. Wij doen nu een poging om daar een ander systeem tegenover te zetten, waarvan wij denken dat dat meer perspectieven biedt. Dat wil ik volop de kans geven en niemand kan zeggen dat ik één belangrijk en essentieel punt heb overgeslagen. U wilt graag uit mijn mond horen dat ik vind dat deze wet niet op 1 januari moet ingaan, maar dat zult u van mijn niet horen. Ik vecht mij liever kapot om een goede wet te krijgen op 1 januari.

Voorzitter. Ik zal nu spreken over de Wet op de zorgtoeslag. De CDA-fractie hecht eraan eerst enkele algemene opmerkingen te maken. Binnen het CDA heeft er enkele jaren geleden een stevige discussie plaatsgevonden tussen vóór en tegenstanders van het handhaven van de inkomenssolidariteit via een procentuele premie, evenals trouwens binnen de SER. Dat uiteindelijk gekozen is voor een systeem van nominale premies, vergezeld van een robuust systeem voor reparatie van de negatieve inkomenseffecten, heeft alles van doen met de noodzaak tot behoud van solidariteit tussen en binnen de generaties, ook in de toekomst. Hiernaast leefde binnen de CDA-gelederen ook sterk de behoefte de positie van de middeninkomens, met name van de gezinnen met kinderen, meer recht te doen dan toen het geval was en nu nog is. Dit alles heeft geleid tot een passage in het verkiezingsprogramma -- als welbewust gekozen compromis -- die uitging van een kostendekkende premie. Via een inkomensafhankelijke zorgkorting in de fiscaliteit diende te worden gewaarborgd en zekerheid geboden, dat de zorgpolis voor huishoudens met lagere en middeninkomens betaalbaar zou blijven. Draagkracht bleef vooropstaan. De inkomenssolidariteit tussen jong en oud werd gehandhaafd.

Er was en is een tweede randvoorwaarde. De uitvoering van de inkomenssolidariteit zou zodanig moeten geschieden dat de vormgeving van de solidariteit stabiel zou zijn en duidelijk zou zijn neergelegd in de sociale zekerheidswetgeving. Dit laatste was onder meer voor mij, volop betrokken bij de totstandkoming van het compromis, een noodzaak om niet bij enige economische terugval onmiddellijk te worden geconfronteerd met bezuinigingen op de zorgkortingen.

Een derde element was dat de herijking van het zorgstelsel vooraf moest worden gegaan door een gedegen onderzoek naar de exacte gevolgen, hetgeen door de bestaande noodzaak om spoed te betrachten met de ombouw van het financieringsstelsel, nu al "werkende weg" moest geschieden. Dat heeft meer plaatsgevonden, ook onder andere kabinetten.

De noodzaak tot voortvarendheid werd en wordt door de CDA-fractie ook vandaag nog erkend. Immers, de behoefte om ook de risicosolidariteit tussen gezonden en zieken over de gehele linie te handhaven en deze veilig te blijven stellen onder andere via de acceptatieplicht en géén premiedifferentiatie bij een gelijke polis -- dat is overigens in afwijking van het SER-advies, waar de vakbeweging aanvankelijk wel voor had gekozen -- heeft hiertoe een belangrijke impuls gegeven. De snel stijgende kosten, de problematiek rond de wachtlijsten en het niet of moeilijk kunnen traceren van de miljarden extra in de afgelopen jaren hebben ook bij de CDA-fractie de doorslag gegeven, de doorslag om bij een ten volle handhaven van de risicosolidariteit, ook in de toekomst, de inkomenssolidariteit op een andere wijze in te vullen. En dat is ook achteraf gezien, mits technisch uitvoerbaar, een goede keuze. Lezing van het jongste signalement van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bevestigt eveneens de juistheid van deze keuze. In dit signalement "Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg" wordt het steeds grotere beslag van de kosten op het nationale inkomen nog eens duidelijk aangegeven: van 3,3% aan kosten van het bruto nationaal product in 1953 naar 12,6% in 2003. En nog is het einde niet in zicht. Deze stijging behoeft op zichzelf nog geen ernstig punt van zorg te zijn, wel echter in combinatie met het feit dat hierdoor steeds hogere premies moeten

worden opgebracht door met name jongeren. Het zijn ook vooral de CDA-jongeren die in de discussie met mij hebben aangegeven dat in dat systeem toch het een en ander moet wijzigen. De premies moeten ook worden opgebracht door de gezonde mensen, die relatief steeds minder zorg gaan gebruiken. Ook in dat opzicht worden de verschillen groter en dat nu leidt op den duur -- in verzekeringstermen -- tot een overtrokken solidariteit. Ook solidariteit moet ter wille van de houdbaarheid grenzen erkennen. Gelet op de uitkomst, in het bewuste signalement weergegeven, dat de duurste 10% van de verzekerden 70% van het beschikbare budget gebruikt, kunnen we niet om deze discussie heen. In 1953 was dat percentage nog 43%. Dit alles laat zich weer vertalen in de harde werkelijkheid dat in 2003 bijna de helft van elke extra verdiende euro naar de gezondheidszorg is gegaan. Ook bij een positieve benadering, bijvoorbeeld inzake de omvang van de werkgelegenheid in deze sector, wil de CDA-fractie rekening houden met andere prioriteiten, zoals onderwijs, veiligheid en milieu.

De CDA-fractie staat dan ook ten volle achter de keuze van het kabinet om spoed te willen maken zowel met de structuurveranderingen als met de stelselwijziging. Wie inzake de toegankelijkheid wil blijven vasthouden aan het adagium "geen tweedeling in de zorg", dus geen uitsluitingen op grond van leeftijd en risico, moet bereid zijn oplossingen te vinden voor het structurele betaalbaarheidsprobleem. Dat betekent voor de CDA-

fractie bepaald niet dat de diverse suggesties voor een doorontwikkeling van eigen betalingen van de RVZ nu worden aanvaard. Het zijn slechts bouwstenen voor een discussie die naar onze overtuiging breed moet worden gevoerd om maatschappelijk draagvlak voor toekomstige beslissingen, welke dan ook, te verwerven. De RVZ doet immers zes aanbevelingen. De minister zelf gaat in zijn jongste brief slechts op drie aanbevelingen beknopt in: gezond gedrag, eigen betalingen en zorgsparen. Waarom eigenlijk maar op drie?

Voor de CDA-fractie betekent dit dat ook tegen de achtergrond van de actuele ontwikkelingen een nieuw systeem voor het invullen van de inkomenssolidariteit aanvaard moet worden.

Het eerste dat in het wetsvoorstel opvalt, is dat de principiële discussie van weleer over het niet aanvaarden van inkomenssolidariteit binnen het stelsel een verrassende wending heeft genomen. Binnen de SER was juist ter wille van dit principiële verzet van de werkgevers de volledige nominale premie onder randvoorwaarden aanvaard. De vakbeweging is voor dat argument van de werkgever gezwich, tot mijn grote verrassing. Wat heeft de minister gedaan? Die brengt de discussie terug tot een pragmatische keuze, namelijk plusminus 50% inkomensafhankelijk via een werkgeversbijdrage aan de werknemers en 50% nominaal. Anders en meer is niet haalbaar, zo stelt de minister. Het zal al moeite genoeg kosten om deze nominale premie in combinatie met een adequate zorgtoeslag inhoud te geven. Er is terdege verzet van werkgevers, al loopt het langzamerhand wat terug. Het verzet kent zeker niet de felheid van enkele jaren geleden. In ieder geval zal dit punt geen breekpunt meer zijn.

Ook de CDA-fractie erkent dat een volledig kostendekkende premie geen haalbare zaak is. Met de huidige vertaling van deze plusminus 50%, in combinatie met een zorgtoeslag, moet hiernaast op voorhand worden toegegeven dat mogelijkerwijze met betrekking tot de uitwerking nog aanpassingen noodzakelijk zijn. Dat is bepaald geen schande gezien de ingewikkeldheid van de materie. Daarom was het ook niet mogelijk in de Tweede Kamer om binnen enkele maanden tot reparatie van het oorspronkelijke wetsvoorstel te komen. De CDA-fractie heeft het op bekwame wijze opgelost in de Tweede Kamer met de motie-Omtzigt. Hierop kon ook in de Eerste Kamer verder worden geborduurd. Omdat het gezamenlijke standpunt met vereende krachten duidelijk is gemaakt, is het kabinet bereid gebleken tot een aanzienlijke bijstelling. Het gaat om €600 mln. meer voor het repareren van negatieve inkomenseffecten. Hiervoor is nu bij elkaar bijna €3 mld. beschikbaar. Hiermee kan in belangrijke mate de verkiezingsbelofte worden ingelost, namelijk om niet meer dan 10% van de zorgkosten van de basispolis voor een huishouden als gevolg van de 50% werkgeversbijdrage terug te brengen tot 5% en 3,5% voor alleenaanden. Een aantal groepen zal ook dan nog met negatieve inkomenseffecten worden geconfronteerd. Het kabinet neemt dit probleem, zoals vastgelegd in de memorie van antwoord, mee in de integrale afweging die in de zomer wordt gemaakt over het inkomensbeeld 2006. De CDA-fractie rekent hierop. Wij gaan ervan uit dat de CDA-fractie in de Tweede Kamer in de discussie over het inkomensbeeld 2006 hieraan aandacht zal geven. Hetzelfde

geldt voor de mensen met een Wajong-uitkering en degenen die nog niet het minimumloon verdienen en voor enige specifieke groepen waaraan de minister in zijn brief aan de Tweede Kamer bij de I&A-wet aandacht heeft gegeven. Het voortouw ligt bij de Tweede Kamer. Eventuele open eindjes neemt de CDA-fractie mee naar de behandeling van de I&A-wet. Wij rekenen echter volstrekt op de Tweede Kamer en op de dialoog met het kabinet.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind het mooi dat mevrouw Van Leeuwen veel vertrouwen heeft in de CDA-fractie in de Tweede Kamer. Zij noemt in haar betoog echter een enorme hoeveelheid open eindjes bij de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag. Ik vraag mij af waarop haar vertrouwen is gebaseerd dat het bij invoering van deze wet beter zal gaan. Wij zitten nog steeds met het traject.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik ken het bezwaar van mevrouw Slagter. De Zorgverzekeringswet is heel snel, in drie maanden tijd, door de Tweede Kamer aangenomen. Dat is wellicht wat kort. Wij doen er wat langer over. Wij hebben echter gezien dat de Tweede Kamer aan een forse inhaalslag bezig is. Zij vergaderen bijna wekelijks, met heel goede uitkomsten. Ik noemde een aantal voorbeelden, zoals de motie-Omtzigt/Schippers en amendementen en een motie van de heer Heemskerk. Van week tot week wordt de voortgang van de Zorgverzekeringswet bewaakt. Ik heb, gelet op het verleden, over de Wet op de zorgtoeslag uitvoerige en indringende gesprekken gevoerd met mijn collega's aan de overkant.

Ik ben er volstrekt van overtuigd dat zij het stokje bij de bespreking van het koopkrachtbeeld zullen overnemen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP) Wat is het CDA zonder mevrouw Van Leeuwen, zou ik bijna zeggen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik zeg nu juist dat de Tweede Kamer het doet.

Rond 1 oktober moet de Belastingdienst Toeslagen als uitvoerder van de Zorgtoeslag weten met welke premiepercentages rekening moet worden gehouden bij de berekening van het eerste voorschot van de zorgtoeslag dat nog in december aanstaande zal worden uitbetaald. Met beperkte wijzigingen hierna moet rekening worden gehouden. De CDA-fractie erkent dat dit tot enige discrepantie tussen deze inschatting en de feitelijke uitkomsten kan leiden. Met correctie achteraf in combinatie met heldere publieksvoorlichting kan hiermede worden geleefd.

Blijft over de kwetsbaarheid in de uitvoeringssfeer. De bewindslieden -- ik spreek nu naast de minister ook nadrukkelijk de staatssecretaris van Financiën aan -- zullen zich realiseren dat er in feite niets mis mag gaan. Een hernieuwde garantie op dit moment en inzicht in de feitelijke situatie behoort ook bij deze plenaire behandeling tot de noodzakelijke verantwoording aan het parlement. De volle verantwoordelijkheid voor het slagen van deze gigantische operatie ligt bij de bewindslieden.

Tot slot dient nog aandacht te worden gegeven aan de budgetten voor tegemoetkoming aan de 65-plussers

voor overheidssectoren, die volgens de nadere memorie van antwoord in vijf jaar zullen worden afgebouwd. Dit is een fatsoenlijke termijn. Het overgangsrecht heb ik bij de Hoofdwet al behandeld, zodat ik nu kan volstaan met de opmerking dat onder de overheidssectoren dan ook de 65-plussers uit de publiekrechtelijke regelingen moeten worden verstaan. Gelet op de mogelijke uitkomst van de discussie bij de Zorgverzekeringswet geldt dit in ieder geval voor de politieambtenaren boven de 65 jaar die exact in dezelfde situatie verkeren als de interim-ambtenaren waarvan de minister stelt dat zij gemiddeld genomen slechtere inkomenseffecten ondervinden dan andere categorieën, terwijl het bij hen nog gaat om een zelf gekozen situatie.

De CDA-fractie gaat ervan uit dat de inkomenseffecten door de invoering van de Wet op de zorgtoeslag zo klein mogelijk zullen zijn en dat de solidariteit in het zorgstelsel zo goed mogelijk zal worden gewaarborgd. Dit al dan niet met nog onvoorziene kleine reparaties. De CDA-fractie heeft echter nog wel het vastleggen van de percentages in de WZT gemist. Wanneer zal dit plaatsvinden? Na het eerste jaar van reparaties of nog dit jaar?

Tenslotte willen wij de minister volgen in zijn stelling dat de zorgtoeslag de drager is van de inkomenssolidariteit in het nieuwe stelsel en daarmee een belangrijk onderdeel van de sociale zekerheidswetgeving dat niet zo maar kan worden gewijzigd. Hiermee is ook gekozen voor de door ons beoogde stabiele vormgeving.

De vergadering wordt van 15.40 uur tot 17.00 uur geschorst.

*N

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Degene aan wie ik mijn eerste woorden zou willen wijden, mevrouw Van Leeuwen, is niet aanwezig.

O, ik zie haar toch staan.

De **voorzitter**: Zij is altijd alom aanwezig, zo kan ik u verzekeren, dus ook in dit geval.

**

Minister **Hoogervorst**: Ik was al perplex.

Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de zeer uitgebreide en grondige inbreng in eerste termijn. Dit onderwerp verdient die grondigheid en uitgebreidheid ook. Ik dank de Kamer er eveneens voor dat zij dit belangrijke wetsvoorstel nog voor het zomerreces in behandeling heeft willen nemen en in de plenaire vergadering heeft willen laten komen. Ik had wel enige aarzeling om het woord te nemen in deze termijn. Toen ik namelijk luisterde naar het interruptiedebatje tussen mevrouw Van Leeuwen en de heer Van der Lans, aan het eind van de ochtendsessie, wist ik zeker dat ik het wetsvoorstel niet mooier zou kunnen verdedigen dan mevrouw Van Leeuwen in die paar heel korte zinnen deed. Als zij mij nu ook gaat helpen bij het aan de man brengen van de wet, dan zal het allemaal nog wel goed komen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik neem daarmee aan dat u mevrouw Van Leeuwen als uw officiële adviseur hebt aangesteld ...

Minister **Hoogervorst**: Dat is zij officieus al heel lang.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): ... conform de daarvoor geldende tarieven.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik neem aan dat de minister wel heel duidelijk heeft begrepen onder welke condities de CDA-fractie eventueel tot die boodschap zou komen.

Minister **Hoogervorst**: Dat weet ik ook.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Niet alleen de CDA-fractie heeft condities gesteld, maar een heleboel andere partijen ook. Zij zien eveneens uit naar antwoord.

Minister **Hoogervorst**: Dat is mij bekend.

Voorzitter. Ik dank de Kamer voorts voor de in het algemeen constructieve toon die zij heeft gekozen. Er is natuurlijk ook heel veel kritiek geleverd en er zijn nog veel punten van onzekerheid over. Ik zal proberen om ze zo serieus en nauwgezet mogelijk te adresseren in mijn eerste termijn.

Een groot aantal woordvoerders heeft gewezen op het historisch karakter van het debat dat wij vandaag hebben. Daarbij is gerefereerd aan het grote aantal eerdere pogingen dat een keur aan bewindslieden heeft ondernomen. Ik beschouw het persoonlijk als een eer om in hun gelederen te mogen worden opgenomen. Zo mag ik mij onder andere naast de heer Joekes scharen, minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in het kabinet-Drees. Hij zag in het begin van de jaren vijftig pogingen tot hervorming stranden op een gebrek aan bijval van de SER en op de heer Swenker van de SAZ (Stichting Autonome Ziekenfondsen). Zijn naam waart hier nog steeds rond. Wat betreft de steun van zorgverzekeraars en van de SER zit het mij gelukkig wat meer mee. Ik wil er nog op wijzen dat ik zonder de eerdere pogingen en zonder het unanieme SER-advies uit het jaar 2000, hier niet zou hebben gestaan.

Het is vaker gezegd, maar de plannen van Dekker, Simons, mevrouw Borst en de heer Dees – hij heeft er ook hard aan gewerkt en hij is hier aanwezig – verdienen niet het predikaat dat ze mislukt zijn geweest. Een niet-onaanzienlijk deel van de plannen heeft immers gaandeweg de afgelopen decennia zijn beslag gekregen. Ik bouw daarop nu voort.

Ik wijs nog maar eens op het gaandeweg risicodragender worden van de ziekenfondsen en de gelijktijdige ontwikkeling van het risicovereveningssysteem. Als dat er niet was geweest, dan had ik deze hervorming nooit durven ondernemen. Kortom: zonder de voorbereiding van mijn voorgangers en de investeringen die vijftien jaar lang zijn gedaan, had ik dit plan nooit aan deze Kamer kunnen voorleggen. Dat is geen valse bescheidenheid, maar dat is de realiteit.

In eerste termijn zijn natuurlijk veel vragen gesteld en zorgen geuit. Vallen er geen mensen buiten de boot? Krijgen verzekeraars niet te veel macht? Gaat de invoering niet te snel? Op zichzelf zijn dit allemaal terechte vragen. Ik zal proberen om die vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Eerst sta ik echter stil bij de vraag waar het hier allemaal om gaat. Het belangrijkste is dat het kunstmatige verschil tussen ziekenfonds en particuliere verzekering gaat verdwijnen. Dat betekent dat de zorgconsument gemakkelijker van verzekeraar kan veranderen. En dat betekent dat de verzekeraar beter voor de belangen van zijn verzekerden moet opkomen, want anders houdt hij die verzekerde niet vast. Dat zal ook de zorgaanbieder tot betere prestaties aan moeten zetten. Dat is in feite de bedoeling van de zorgverzekeringswet in een notendop.

Ik denk dat mevrouw Swenker in haar eerste termijn de spijker op de kop heeft geslagen toen zij zei dat het erom gaat een "balance of power" te bereiken. In het Nederlands zou ik dat in dit geval een krachtsevenwicht willen noemen tussen patiënt en zorgverzekeraar enerzijds en tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder anderzijds. Het gaat dus om de driehoek patiënt, zorgverzekeraar, zorgaanbieder. Laat ik beginnen met de zorgverzekeraar, want de arme zorgverzekeraar heeft de afgelopen weken wel heel veel over zich heen gekregen. De zorgverzekeraar krijgt te veel macht, is alleen maar uit op geld in plaats van op het belang van zijn cliënten en zit alleen de artsen maar dwars. Dat is ongeveer de kritiek. Die kritiek heeft mij enigszins pijn gedaan en ik vind die kritiek ook in grote mate onjuist. Dat neemt niet weg dat ik genoeg met de zorgverzekeraars te verhapstukken heb en ik nog een paar voorstellen heb om ze wat beter in de tang te houden.

Toen ik aantrad als minister van VWS en ik de stukken tegenkwam met de term "regisseur" heb ik gezegd: ik wil dat woord nooit meer zien of in ieder geval niet meer in verband met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is niet de baas of de regisseur, maar hij is een van de spelers in het veld die ook scherp gehouden moet worden. Nu is het zo dat de meeste zorgverzekeraars geen winstoogmerk hebben. De heer Hamel heeft gezegd dat veel commerciële zorgverzekeraars nu ook het veld ruimen. Er blijven veel zorgverzekeraars zonder winstoogmerk over en ik weet dat deze ook niet-winstbeoogend willen blijven. Dat ligt anders dan bij vele zorgaanbieders die wel winst maken, en vaak dikke winst. Dit zijn ook zorgaanbieders die klagen over de te grote macht van de zorgverzekeraar.

Het is ook zo dat de zorgverzekeraar de meeste concurrentie te verduren krijgt door de toegenomen macht van de consument, namelijk door de acceptatieplicht. Ook is er sprake van meer concurrentie door het groeiende kostenbewustzijn van de consument door de hogere nominale premie en de toegenomen transparantie van de markt. Wij gaan namelijk van allerlei deelmarkten naar één grote markt met een level playing field.

U moet ook niet vergeten dat juist door de privaatrechtelijke vormgeving van deze wet de zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2006 onder het mededingingsrecht vallen terwijl dat nu volgens het

Europees Recht en het Europees Hof niet het geval is. De KNMP heeft daar zorgen over.

De concurrentie tussen zorgverzekeraars zal niet alleen intenser worden, maar ook kwalitatief moeten verbeteren. Particuliere zorgverzekeraars concurreren nu vooral op één ding, namelijk risicoselectie. Risicoselectie is straks verboden. Men zal het moeten doen op service, op kwaliteit en op kwaliteit van de inkoop van zorg. Zelfs als de zorgverzekeraars niet tot inkoop en selectieve contractering zouden overgaan, blijft een positief kenmerk van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel dat wij autonome risicodragende zorgverzekeraars hebben die verantwoordelijk zijn voor hun eigen centjes en die van hun premiebetalers en daarom een belangrijke prikkel hebben om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders waar voor hun geld leveren. Een belangrijke zorgverzekeraar in dit land die in grote financiële problemen was geraakt, is er alleen al door een striktere naleving van de contracten die hij met ziekenhuizen had in geslaagd om zijn financiële problemen weg te werken en de ziekenhuizen scherp te houden. Daarmee is deze verzekeraar erin geslaagd om de premies voor de premiebetalers laag te houden.

De heer **Hamel** (PvdA): U zei net dat u zelf gelukkiger bent als de verzekeraars alleen op restitutie zouden drijven. Dan zouden zij niet de onderhandelingen met de aanbieders hebben, maar dan doen zij het met restitutie. Wat hebben zij dan voor andere taken dan premieheffen en uitbetalen als er een risico wordt gelopen?

Minister **Hoogervorst**: Dat heb ik net uitgelegd met een concreet voorbeeld. In de wetenschap dat hij zijn schade zal moeten doorberekenen aan zijn cliënten, die weg kunnen lopen, is het erg belangrijk voor de zorgverzekeraar om goed in de gaten te houden dat het ziekenhuis en de artsen goed met hun middelen omgaan en dat zij waar voor hun geld leveren. Dat gebeurt nu al in de praktijk. Vergelijk wat er gebeurt in het ziekenfondsgedeelte in de cure nu eens met de AWBZ waar geen sprake is van risicodragendheid van de zorgverzekeraar. Dan ziet men dat zij zich heel anders opstellen.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik neem niet aan dat een verzekeraar met elke aanbieder in het land een discussie kan hebben over de prijs en kwaliteit die hij wenst als een verzekerde van hem bij die aanbieder komt. Daar zou ik dan vanuit gaan. Dat is toch bijna ondoenlijk?

Minister **Hoogervorst**: Ik begrijp uw vraag niet.

De heer **Hamel** (PvdA): U sprak net over het geval dat een verzekeraar alleen op restitutiebasis werkt. Laten wij dat als uitgangspunt nemen. Dat was een verrijking van het huidige systeem. Als er op restitutiebasis wordt gewerkt, zijn de verzekerden vrij om naar elke aanbieder te gaan die er in dit land is. Ik vraag mij af of die verzekeraar dan een discussie kan voeren met al die aanbieders.

Minister **Hoogervorst**: Dat is natuurlijk niet mijn ideaal. Daarom hebben wij ook eerder de HOZ in deze Kamer besproken. Ik vind selectieve contractering belangrijk als

aanvulling. Ik heb gezegd dat het, zelfs als dat niet gebeurt, goed is dat een verzekeraar een gevoel van financiële verantwoordelijkheid heeft en niet alleen een betaalkantoor is zoals de oorsprong is van de ziekenfondsen.

Er wordt vaak gezegd dat de verzekeraars het niet zo nauw nemen met de kwaliteit. Een verzekeraar kan zich absoluut geen gerommel met kwaliteit veroorloven omdat hij daar zeer ernstige reputatieschade mee kan oplopen. Dat is voor een verzekeraar net zo belangrijk als voor een ziekenhuis. Kwaliteitsbeleid blijft overigens ook in mijn beleid voor 90% de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren zelf. Er zijn verschillende initiatieven genomen in het kader van het actieprogramma Sneller Beter. Ik geloof dat er nog nooit zo veel initiatieven geweest tot kwaliteitsverbetering. Die doe ik allemaal samen met de beroepsgroepen en de ziekenhuizen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat is natuurlijk het probleem niet. Bij de huidige Ziekenfondswet kunnen de zorgverzekeraars ook al de kwaliteit beoordelen. Daarvoor krijgen zij met de onderhavige wet dezelfde ruimte. Het probleem is evenwel dat het scharniert bij de vraag hoe zij de kwaliteitsbeoordeling gaan uitvoeren. Dat is namelijk het snijvlak van het zich bemoeien met de professionele autonomie van de zorgaanbieders. Het is ook de grote angst van iedereen dat zij zich op een oneigenlijke manier bemoeien met de kwaliteit van zorg. Daarom heb ik gevraagd wat de grenzen in dezen zijn. Waarschijnlijk komt u daar nog over te spreken.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal daarvan straks enkele heel interessante voorbeelden geven.

Ik meen dat ik de positie van de verzekeraar genoegzaam heb uiteengezet. Ik vind dat de verzekeraar de afgelopen weken in de publieke discussie echt onterecht als boeman is neergezet, terwijl die een van de sterke pijlers van ons systeem is.

Voorzitter. Ik kom te spreken over de positie van de patiënt. Die wordt in dit wetsvoorstel onmiskenbaar verbeterd. Ook om die reden krijgt deze wet op hoofdlijnen, zij het wel met de nodige punten van kritiek, de steun van de patiëntenbeweging, de Consumentenbond en de vakbeweging. Dat is niet zo gek, want ik voer min of meer het SER-plan uit.

Door de acceptatieplicht kan iedereen van verzekeraar veranderen, dus ook chronisch zieken en ouderen die een particuliere verzekering hebben. Zij hebben vaak helemaal niet zo'n hoog inkomen; zij hebben eerder een middeninkomen of een laag middeninkomen. Zij betalen op het ogenblik torenhoge premies en zij kunnen geen kant op. Het jaarlijks switchen wordt gemakkelijk, wat op het ogenblik in de publiekrechtelijke regeling niet mogelijk is. De keuzemogelijkheden worden dus versterkt.

Wat zo aardig is, is dat door de risicoverevening, die de verzekeraars krijgen als compensatie voor het aanvaarden van hogere risico's, het voor verzekeraars ook aantrekkelijk geworden is om juist voor chronisch zieken speciale zorg in te kopen. Zij zagen de chronisch zieken oorspronkelijk alleen maar als een grote schadepost. Het aantal diabetesprojecten in ons land waarin zorgverzekeraars een belangrijke rol spelen, is niet meer

op de vingers van twee handen te tellen. Dit zie je ook niet in het buitenland.

Ja, er komt een hogere nominale premie voor de ziekenfondspatiënten. Die gaat 1050 tot 1100 euro bedragen, terwijl men nu gemiddeld ongeveer 500 euro betaalt. Ik durf echter staande te houden dat het nieuwe systeem een grotere en betere solidariteit bevat dan het huidige. Waarom? Allereerst is er een wettelijk basispakket voor iedereen, conform ongeveer het ziekenfondspakket. Dat pakket is er niet alleen voor ziekenfondspatiënten, maar ook voor particulier verzekerden. Er geldt een acceptatieplicht, zonder uitzondering. Dat heb ik zojuist al genoemd.

Ik noem de inkomenssolidariteit, waarover veel te doen is. De heer Van den Berg heeft daaraan gerefereerd. Nu is die gebaseerd op het individuele inkomen en dat heeft heel rare gevolgen. In de toekomst wordt die gebaseerd op het huishoudinkomen. Dat levert mijns inziens een grotere solidariteit op. Ik kan u verzekeren dat er mensen op achteruit zullen gaan. Toe die groep behoort ik. Mijn situatie is een goed voorbeeld. Ik heb een goed inkomen, maar mijn partner heeft een kleinezelfstandigestatus met een gering inkomen. Zij is voor een appel en een ei verzekerd in het ziekenfonds. Dat scheelde mij meer dan 1000 euro per jaar. Dat is natuurlijk een vreemde situatie. Zo zijn er meer situaties: in tweeverdienersgezinnen heeft iemand een zeer hoog inkomen en zit de partner met een baantje van één dag per week in het ziekenfonds. Dat is straks dus afgelopen. De solidariteit met chronisch zieken en ouderen als gevolg van die acceptatieplicht gaat erop vooruit. U hebt in de statistieken kunnen zien dat ouderen met een niet zo hoog inkomen er tot 8% in inkomen op vooruit kunnen gaan. Dat is niet zomaar een cadeautje; die mensen betalen zich nu gewoon blauw.

Verder worden de kinderen van middeninkomens met kinderen vrijgesteld van premie. Ook daarvan heeft de PvdA in de Tweede Kamer gezegd dat dit misschien te zien is als een cadeautje voor de middeninkomens, maar dat deze gezinnen het vaak heel moeilijk hebben en dat men dit daarom een goede zaak vindt. Op een aantal fronten is er dus echt sprake van verdieping en versterking van de solidariteit in het stelsel.

Daarbij komt nog dat deze operatie om de inkomenseffecten te versoepelen gepaard gaat met een netto lastenverlichting van €900 mln. Dat is een heel belangrijke zaak voor de Nederlandse samenleving. Ik zal straks nog terugkomen op verdere voorstellen voor de rol van de patiënt en voor de versterking daarvan.

Ik kom nu bij de zorgaanbieders. Ik begrijp dat er onzekerheid is bij sommige partijen, hoewel de rol van de verzekeraar eigenlijk niet wezenlijk verschilt van die op dit moment. Ik denk dat er behoorlijk wat koudwatervrees bestaat en dat er indianenverhalen zijn geweest.

Ik heb uw Kamer een brief gestuurd over het beroepsgeheim. Het is echt klinkklare onzin dat dat zou worden opgeheven. Wij regelen dit nu beter dan in de Ziekenfondswet.

Het is ook onzin – dit is weer een voorbeeld in de richting van mevrouw Van Leeuwen – dat de verzekeraar het voorschrijfgedrag van de arts zou mogen gaan dicteren. Dat is en blijft bepaald in artikel 1 van de

Geneesmiddelenwet. Daarvoor is alleen de arts verantwoordelijk. Zelfs het preferentiebeleid van verzekeraars mag in individuele gevallen door een arts worden doorbroken. Als hij vindt dat zijn patiënt dat nodig heeft, kan hij afwijken van het preferentiebeleid.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): De minister constateert dus hier dat dit als een afwijking van de wet zal worden ervaren, dus dat verzekeraars zich gaan bemoeien met het voorschrijfgedrag van de zorgaanbieder.

Minister **Hoogervorst**: Nee, dat is een andere kwestie. Ik zal straks drie precieze voorbeelden noemen om aan te geven hoe ik de rol van de verzekeraar zien. Je ergens mee bemoeien is iets anders dan op de stoel van de arts gaan zitten. De professionele autonomie van het voorschrijfgedrag wordt niet aangetast.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het is maar net hoe u het zegt. Ik zie mijn fractievoorzitter, die er minstens zo veel van weet als ik, ook al met zijn hoofd schudden. Het luistert hier heel nauw. De huisartsen en wij zijn met voorbeelden overvallen waaruit toch blijkt dat de verzekeraars zich gaan mengen in wat wij beschouwen als de professionele autonomie van de zorgaanbieders. Daarover moet helderheid bestaan.

Minister **Hoogervorst**: Laat ik vaststellen dat de medicijnconsumptie in Nederland in vergelijking met het buitenland laag is. De Nederlandse huisarts en de Nederlandse specialist zijn terughoudend in het voorschrijven van medicijnen. Daarover heb ik in het algemeen dan ook niet veel te klagen.

Ik verwijs ook naar een recent onderzoek door de Volkskrant, dat wellicht een beetje overdreven was, maar waaruit helder bleek dat er nog verdere vooruitgang kan worden geboekt bij het voorschrijven van generieke medicijnen.

U weet ook dat er op grote schaal overleg plaatsvindt tussen artsen onderling, en dat daarbij ook verzekeraars betrokken zijn, om te analyseren hoe dit nu eigenlijk gebeurt. Ik vind het volkomen terecht dat verzekeraars ook kunnen worden betrokken bij overleg over voorschrijfgedrag, maar wel met dien verstande dat het uiteindelijk alleen de arts is die het pennetje vasthoudt.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik begrijp het onderscheid dat de minister maakt enigszins. De verzekeraar kan zich laten adviseren door een aantal hoogleraren. Zij kunnen bepalen welk geneesmiddel obsoleet is, welk geneesmiddel wel heel duur, maar niet goed is. Je zou kunnen stellen dat dat leidt tot een bepaald beleid. Mevrouw Van Leeuwen heeft zojuist bedoeld te zeggen dat de verzekeraar niet tot de zelfstandige actie komt die ertoe leidt dat ten minste eisen worden gesteld, zodat sprake is van een professioneel oordeel en men op professionele gronden kan zeggen wat het meest goede medicijn is.

Minister **Hoogervorst**: Het zou natuurlijk zeer onverstandig van de zorgverzekeraar zijn als hij zich de

houding aanmeet van: ik weet precies hoe het moet. Zeker als het om individuele gevallen gaat, kan dat gewoon niet.

De heer **Hamel** (PvdA): We hadden het al over de polissen, maar wij komen daar nog over te spreken. Een verzekerde zou kunnen weten dat de polis dit soort verborgen aspecten kan hebben. Dat moeten wij niet hebben, op geen enkele manier.

Minister **Hoogervorst**: Maar de wet is heel erg helder. Niet voor niets heb ik verwezen naar het gestelde in de Geneesmiddelenwet. Artikel 1 van de Geneesmiddelenwet zegt: er is er maar één die de pen hanteert. Daarmee wordt anderen niet verboden om ook een oordeel te geven en om te zeggen: gaat dit wel of niet goed? Het is echter uiteindelijk de arts die de pen vasthoudt.

De heer **Hamel** (PvdA): Ook als het om de dubbeltjes gaat?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dit is een kwestie van verantwoordelijkheden.

Minister **Hoogervorst**: De verantwoordelijkheden liggen inderdaad anders.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Er kunnen dus financiële consequenties voor de patiënt zijn.

Minister **Hoogervorst**: Niet als de arts bepaalt welk medicijn nodig is.

Voorzitter. Ik kom straks uitgebreid te spreken over het punt van de vrije artskenkeuze. Daarover ging een van de argumenten. Ik zal straks betogen waarom naar mijn mening die keuze volop zal blijven gelden. Tegelijk wijs ik erop dat thans de vrije artskenkeuze in de praktijk volledig ongeclausuleerd is. Zoals bekend is het voor sommige mensen heel moeilijk om überhaupt aan een huisarts te komen, laat staat dat het gemakkelijk is om van huisarts te wisselen, om een huisarts te vinden die dichterbij woont. Voor de tandarts geldt hetzelfde. Verder wijs ik erop dat als je in een ziekenhuis komt voor een operatie, je te maken hebt met de organisatie van het ziekenhuis. De meeste mensen hebben geen flauw benul wie in een ziekenhuis als arts werken of wie de beste artsen zijn. Daarnaast heeft men als patiënt te maken met de organisatie van het ziekenhuis. In artikel 2 van het handboek van de KNMG, die begrijpelijkerwijze heel bezorgd is over het punt van de vrije artskenkeuze, staat: de patiënt heeft met inachtneming van wettelijke en organisatorische beperkingen -- hier wordt bedoeld op de organisatie van het ziekenhuis -- het recht van vrije artskenkeuze. Dit betekent dat het als regel niet zo kan zijn dat de patiënt de facto slechts de keus heeft uit één arts.

Zuinig geformuleerd! Maar zoals ik zei, kom ik hierover straks nader te spreken. Ik heb al gezegd dat het kwaliteitsbeleid wat mij betreft het domein van de beroepsbeoefenaren blijft.

Er is vaak gezegd: laat artsen en patiënten er zelf uitkomen. En: mogen de zorgverzekeraars op afstand daarvan blijven? Over het algemeen ben ik zeer tevreden over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg.

Zojuist heb ik een van de sterke punten genoemd. Straks zal ik nog uitgebreid spreken over de poortwachtersfunctie van de huisarts. Daar hecht ik zeer aan. Deze functie is een prachtig onderdeel van onze gezondheidszorg, maar het is ook duidelijk dat nog steeds grote gaten vallen en het dichtenvan die gaten zal niet alleen het werk van de verzekeraars kunnen zijn, maar ik zie daarbij wel een rol voor ze weggelegd. Ik geef een voorbeeld. Uit allerlei onderzoek weten wij dat van de honderdduizenden diabetici slechts 30% adequate zorg ontvangt. Dat wordt door de beroepsgroep erkend. Morgen zal ik daarover een groot congres toespreken. Ik meen dat verzekeraars een heel belangrijke rol hebben. In de huidige praktijk vervullen zij die ook. Zij kunnen dan ook helpen om ketenzorg te ontwikkelen, zodat diabetici wel de zorg krijgen die ze toekomt. Ik weet bijvoorbeeld dat in Amsterdam de lokale verzekeraar op een ongelooflijke goede manier met de huisarts een coöperatie heeft georganiseerd. Hoezo heeft de verzekeraar geen rol te spelen?

Over het voorschrijfgedrag hebben wij zojuist gesproken. Wij weten dat het met de patiëntveiligheid in de wereld, maar ook in Nederland nog steeds niet goed is gesteld. Er zijn veel onnodige medische missers en veel mensen overlijden onnodig in het ziekenhuis vanwege die medische missers. Met de NVZ en met de Orde van Medisch Specialisten ben ik hard bezig om daar een integraal veiligheidsplan voor te ontwikkelen. Daar moeten verzekeraars zich niet te veel mee bemoeien. Ik kan mij wel voorstellen dat de verzekeraar er in zijn contracteerbeleid eisen aan gaat stellen. Als over twee jaar de meerderheid van de ziekenhuizen over zo'n integraal veiligheidsplan beschikt, zou de verzekeraar dit als een eis voor een contract kunnen stellen. Wat is daar nou mis mee? Niets.

Ik kom op de laatste reden waarom deze wet er moet zijn: het onderscheid tussen particuliere verzekering, publiekrechtelijke verzekering en ziekenfonds is steeds kunstmatiger geworden. In de afgelopen decennia zijn de ziekenfondsen gedwongen om steeds meer met elkaar te concurreren. Wij hebben een schaarbeweging gezien bij de particuliere verzekeraars. Ze zijn een toenemend deel van hun risico gaan verplaatsen naar wettelijke regelingen, de WTZ. Ouderen, chronisch zieken, alles wat te duur was ging naar de collectiviteit. De ziekenfondsen zijn steeds meer gaan lijken op de particulieren en de particulieren zijn steeds meer gaan lijken op de ziekenfondsen. Tegelijkertijd zien wij wel dat het naast elkaar bestaan van die verzekeringsvormen tot gevolg heeft dat er een totaal ondoorzichtige markt is ontstaan. Rond de loongrens is sprake van zeer ongerijmde inkomenseffecten en administratieve lasten voor werkgevers en werknemers. De totstandkoming van deze wet zal leiden tot een vermindering van administratieve lasten voor de burger met 22%, ondanks het moeten aanvragen van een zorgtoeslag. Voor zorgverzekeraars en werkgevers is zelfs sprake van een teruggang met 80%, gelijk aan 384 mln. Ik erken dat de uitvoeringskosten voor de overheid als gevolg van de invoering van de zorgtoeslag met 66 mln. toenemen. Wij proberen echter een reusachtige efficiëncyslag te slaan door alle toeslagen in één hand te leggen, namelijk die van de Belastingdienst.

Kortom, ik zie de wet als een logische mijlpaal in een evolutionair en niet een revolutionair proces. Er is sprake van een zorgevoluitie met een, naar ik hoop, intelligent design erachter. Niet voor niets staat in de eerste zinnen dat het gaat om een sociale verzekering met een goede balans tussen publieke waarborgen en private prikkels. Het wordt geen vrije markt. Ik geloof niet in een vrije markt in de zorg, ik geloof in het op de juiste plek neerleggen van prikkels. Dat heeft de Kamer in de afgelopen twee jaar gemerkt. Ik ben zeer voorzichtig met het vergroten van de marktwerking in de zorg. Ik heb een aantal dingen toegezegd. Ik zal de mogelijkheid van vrije prijzen in de DBC's niet eerder vergroten dan na een evaluatie en na het totstandkomen van een zorgautoriteit. In een brief heb ik heel strakke voorwaarden verbonden aan het toelaten van winsttoegmerk in de ziekenhuissector. Ik ben zeer zorgvuldig, ik heb een open oog voor marktfalen. Ik geloof wel dat het goed is om de prikkels beter neer te leggen. Er moet een beter krachtsevenwicht ontstaan, het krachtsevenwicht van mevrouw Swenker, tussen cliënt, zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dat zal de noodzaak van centrale regelgeving verminderen en meer ruimte kunnen scheppen voor spelers in de zorg.

Ik sprak van een evolutie, maar ik wil de mijlpaal niet al te veel bagatelliseren. De loongrens, die vele generaties wetgeving heeft overleefd en die wij met dit wetsvoorstel afschaffen, vindt namelijk zijn oorsprong in 1846, toen het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam werd opgericht. Door dokters nog wel, hetgeen misschien een deel van de commotie verklaart.

Artsen waren toen bereid genoeg te nemen met lagere tarieven, op voorwaarde dat de rijkere geen toegang zouden krijgen tot het ziekenfonds. Onder druk van de artsen namen de ziekenfondsen een welstandsgrens op. Van dat verschijnsel nemen we met deze wet hopelijk afstand. Daarom kijk ik toch ook nog steeds met een blik van hoop in de richting van de PvdA, die er veel aan gelegen moet zijn om één van de laatste standsverschillen in Nederland op te ruimen!

Velen hebben terecht vragen gesteld over de invoeringsproblematiek van deze wet. Het gaat hier natuurlijk om een forse, veelomvattende taak, waaraan een hoop moet gebeuren. Ik begrijp iedereen die buitengewoon hecht aan een zorgvuldige overgang. Dat zal een enorme inspanning van iedereen vergen. Zeker na wat er vanmorgen naar voren is gebracht, voel ik dat zeer goed. Ik ervaar dat als een heel zware politieke opdracht. Als hieruit chaos ontstaat, heeft Nederland een probleem, maar ik ook. Ik voel dat als een heel zware politieke en individuele verantwoordelijkheid, waaraan de Kamer niet hoeft te twijfelen. Wij hebben daarom zeer veel energie gestoken in het goed voorbereiden van die overgang. Al zeer geruime tijd overlegt mijn departement met organisaties van verzekeraars, patiënten, aanbieders, sociale diensten, zbo's et cetera. Ik neem signalen vanuit de uitvoeringspraktijk zeer serieus, waarbij ik verwijs naar de afspraken die ik heb gemaakt met ZN, na het onderzoek van PricewaterhouseCoopers en de besluitvorming over de fasering van de GGZ-overheveling.

Invoering per 1 januari moet haalbaar zijn. Ik ben de afgelopen weken op bezoek geweest bij een aantal verzekeraars, waarbij ik heb gezien dat men daar keihard

aan het werk is. Zij gaan dat klusje klaren, zeggen ze. Ik merk aan ze dat dat geen geforceerde, krampachtige taal is, maar dat ze er echt van overtuigd zijn dat ze dat gaan doen. Wie op 16 december zijn aanbod niet op de mat heeft liggen, heeft een groot probleem: die datum wordt niet opgeschoven naar 1 januari 2006. 16 December is 16 december!

De wetgevingstrajecten liggen op schema. De voornaamste zorg die ik vanmorgen heb gehoord, en die ik ook deel, is die van de onverzekerden. We dachten tot nu toe dat het er 400.000 waren, maar nieuw onderzoek van CBS heeft aangetoond dat dat wat meevalt: het zijn er ongeveer 225.000 in 2004. Maar die meevallende cijfers zijn voor mij niet voldoende reden om gerust te zijn. Het is waar, voor ziekenhuispatiënten gaat de premie fors omhoog. Ik ben dan ook in gesprek met instanties en partijen om te bezien, hoe het aantal nieuwe gevallen zoveel mogelijk kan worden beperkt. Wij zijn in gesprek met Divosa, we kijken of we voorlichtingsbijeenkomsten kunnen organiseren met onder andere Cedris en GGZ-Nederland, en we gaan met Nibud en CWI praten. Ik neem graag de suggestie van mevrouw Van Leeuwen ter harte om nog eens apart met de VNG te gaan praten. Ik hoorde van haar een paar heel interessante suggesties. We kunnen daarmee veel zorgen opvangen, maar wat echt veel helpt, is als ik de negatieve optie in de I & A-wet ga regelen. Deze komt erop neer dat men de verzekering na een aanbod stilzwijgend verlengt. De verzekerde die voor 16 december 2005 een aanbod voor een zorgverzekering van een zorgverzekeraar heeft gekregen maar daarop niet heeft gereageerd, heeft met ingang van 1 januari een zorgverzekering volgens dat aanbod, en wel met de in het aanbod aangewezen zorgverzekeraar.

Zij kunnen deze van rechtswege tot stand gekomen zorgverzekeringsovereenkomst tot 1 maart 2006 ontbinden en zij hebben vervolgens tot 1 mei 2006 om zich met terugwerkende kracht bij een andere zorgverzekeraar te verzekeren. Met ZN heb ik overeenstemming over deze regeling voor de huidige ziekenfondsverzekerden en de huidige particulier verzekerden. Op verzoek van KPZ zullen de desbetreffende bepalingen ook voor de publiekrechtelijke regelingen gaan gelden.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat betekent dus dat voor alle publiekrechtelijkverzekerden hetzelfde zal gelden als voor de ziekenfondsverzekerden?

Minister **Hoogervorst**: Wellicht dat ik het juridisch iets anders zal moeten regelen, aangezien het natuurlijk toch gaat om een sui generis, maar dat is wel mijn intentie.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat is uw intentie. Dus dat voert u uit?

Minister **Hoogervorst**: Ja. Ook belangrijk is dat ik hierover overeenstemming met het NPCF en de Consumentenbond heb. Op deze manier behoeven wij in ieder geval niet een schoksgewijze sprong van het aantal onverzekerden te verwachten per 1 januari 2006. Dat is voor mij persoonlijk een grote geruststelling en ik denk voor iedereen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dan zal inderdaad het aantal onverzekerden zich beperken tot de groepen die er nu al zijn. Desalniettemin houd ik vast aan uw toezegging dat u met de VNG gaat praten en dat u wanneer uit het voorstel dat ik heb gedaan enige financiële consequenties voortvloeien, u niet op voorhand afkapt dat deze bespreekbaar zouden moeten zijn. Het vergt namelijk ook nieuwe inspanningen en een nieuwe opvang van onverzekerden die er op het ogenblik al zijn. Het grote voordeel zou zijn dat wij hiervoor dan een oplossing voorhanden hebben.

Minister **Hoogervorst**: Ja.

Voorzitter. Mevrouw Van Leeuwen maar ook enkele andere woordvoerders hebben gezegd dat er eigenlijk geen goed gehoor is gegeven aan de wens van ZN naar aanleiding van de audit van PWC wat betreft het bieden van duidelijkheid over het pakket voor 1 juni. Ik heb geen meningsverschil met ZN over de datum van 1 juni. Zoals de heer Wiegel schrijft in zijn brief van 12 april jongstleden, heb ik aan ZN aangegeven dat er per 1 juni voldoende duidelijkheid bestaat over het pakket maar dat de formele besluitvorming op een later moment zal plaatsvinden. Dat is iets waar ZN goed mee kan leven.

Mevrouw Slagter en ook anderen hebben gevraagd of er niet een onafhankelijke audit over de voorbereidingen van de verzekeraars zou moeten komen. Ik meen dat de zorgverzekeraars echt zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen organisatie. Zij hebben dat onderzoek ook gedaan. Het PWC-onderzoek was een glashelder en hard onderzoek. Ik zou de zorgverzekeraars dan ook niet met weer een ander onderzoek willen opzadelen. Zij weten hoe zuur de druiven zullen zijn als zij hun termijnen niet halen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het gaat mij er ook om, te weten hoe ver het veld is. Het is mij wat te weinig om te veel op de zorgverzekeraars te focussen. Ik heb van de Consumentenbond begrepen dat niet eenzijdig naar de zorgverzekeraars moet worden gekeken maar dat het gaat om de gehele invoering. Ik meen dat wij goede argumenten moeten hebben om dit idee van de Consumentenbond af te doen als niet relevant.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb met alle partijen in het veld regelmatig contact en ik zal dat contact opvoeren nu wij verdergaan. Ik zal de frequentie van onze contacten verder opvoeren en zal de vinger aan de pols houden.

De heer **Schouw** (D66): Je zou kunnen zeggen dat de minister voor ons als het ware de vooruitgeschoven post is; hij houdt zich de gehele dag bezig met het beoordelen of de invoering correct zal kunnen verlopen. Ik heb in mijn eerste termijn gevraagd of hij de politieke toezegging kan doen, met de kennis van nu en wetende wat er zich allemaal tot in detailniveau afspeelt in het veld, dat die invoering correct en zorgvuldig kan gebeuren. Daarmee heb ik dan genoeg om te kunnen beoordelen of 1 januari een goede datum is. Ik heb de minister dat nog niet horen toezeggen, maar het is wel van enorm belang voor mijn fractie om dat te horen.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb al gezegd dat als het fout loopt, ik weet dat er vreselijk zwaar weer komt, niet alleen voor de samenleving, maar ook voor mij. Ik heb voldoende comfort om hiermee door te gaan. Ik heb ook aan de belastingdienst gevraagd -- die zorgtoeslag is namelijk van eminent belang -- of men dat per 1 januari kan doen. Het antwoord daarop was "ja".

De heer **Hamel** (PvdA): Het gaat nu steeds over de techniek, maar het gaat ook om de burger, die voor een voor hem of haar niet onbelangrijke keuze wordt gesteld. Het gaat dan om een polis die in december komt. In de periode tussen nu en dan moeten wij de burgers laten wennen aan een systeem dat zij absoluut nog niet kennen.

Minister **Hoogervorst**: Maar u begrijpt toch ook wel dat ik niet aan de publieksvoorlichting kon beginnen voordat ik het akkoord van deze Kamer heb. U had heel vreemd opgekeken als ik dat had gedaan.

De heer **Hamel** (PvdA): Dan hadden wij u daar vragen over gesteld. Ik vraag het nu heel bewust, want het heeft een bepaalde tijd nodig voordat mensen aan dit soort dingen zijn gewend. Het gaat hier juist om groepen mensen waarvoor het allemaal niet zo helder is, omdat zij zich daar tot nu toe niet in hoefden te verdiepen.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben mij daar heel goed van bewust. Wij hebben een heel uitgebreid draaiboek. Ik heb hier acht pagina's tekst over de voorlichting die wij gaan verstrekken. Het lijkt mij niet zinnig om dat helemaal voor te lezen. Ik zal u die informatie daarom schriftelijk doen toekomen. Dan kunt u zich daar een oordeel over vormen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Wij zijn hier al een half jaar mee bezig, ook omdat het wetgevingstraject zo ingewikkeld is en er steeds weer aanvullingen kwamen. Ik hoor nu weer dat er aan wijziging komt van de Invoeringswet. Er komt dus nog steeds meer. Daarom hebben wij gezegd dat het niet mogelijk zal zijn om het het volk, de bevolking, allemaal duidelijk te maken. Je kunt ook niet eerder gaan voorlichten, dan wanneer je weet wat je duidelijk moet maken. Tot nu toe is nog steeds niet duidelijk wat je duidelijk moet maken.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal u de informatie doen toekomen. Het heeft overigens helemaal geen zin om bijvoorbeeld in januari mensen te gaan inlichten over een verandering die zich in december of januari van het volgend jaar gaat voltrekken. Dan gaat het langs de mensen heen. Je moet dat niet te ver voor de gebeurtenis zelf gaan doen. Ik denk dat wij het volgende half jaar nog tijd hebben. Het is krap, maar het kan wel. Wij hebben daar een goed plan voor. Ik zal u dat schriftelijk doen toekomen.

Mevrouw **Slagter** heeft nog gevraagd hoe in de overgangperiode tot 1 mei de betaling van zorgkosten zal geschieden. Moet de patiënt eerst zelf betalen of gaat het via de verzekeraar? Men krijgt allemaal een aanbod van de verzekeraars dat aansluit bij de huidige praktijk, bij de

huidige polis. Voor iemand die een naturapolis heeft, zal de verzekeraar gewoon blijven betalen. Heeft iemand een restitutiepolis, dan zal het hij zelf moeten voorschieten, zoals dat nu voor particulier verzekerden ook geldt.

Mevrouw **Slagter** heeft ook nog gevraagd of er voldoende duidelijkheid is over de toetsingscriteria van het CTZ en de modelovereenkomst. CTZ heeft een toetsingskader vastgesteld en dat zowel met mijn ministerie als met de zorgverzekeraars kortgesloten. Daar is voldoende over bekend bij de verzekeraars. Het toetsingskader is uitgangspunt bij de ontwikkeling van de, wat wij noemen, model-modelpolis. De verzekeraars weten dus precies wat er in die modelovereenkomst moet komen te staan.

Mevrouw **Slagter** heeft mij ook nog gevraagd welke criteria ik hanteer om te beoordelen of de overgang geslaagd is. Het allerbelangrijkste is dat het aantal onverzekerden niet explosief stijgt en dat mensen weer goed verzekerd zijn in het volgende jaar. Zoals u uit mijn inleiding heeft kunnen opmaken, doe ik alles om dat te bewerkstelligen.

Ik zal nu enkele korte opmerkingen maken over de Europeesrechtelijke aspecten.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik had in dit kader ook nog gevraagd hoeveel soorten polissen aan het CTZ ter toetsing zullen worden voorgelegd en of al bekend is hoe groot dat aantal is. Dat is een van de dingen waar wij ons nogal zorgen over maken.

Minister **Hoogervorst**: Men verwacht dat het ongeveer vijf polissen per verzekeraar zullen zijn. Ik hoor van alle verzekeraars dat men het aantal polis drastisch wil saneren. De verhalen over 14.000 polissen zijn dus niet erg realistisch.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De zorgverzekeraars hebben dit verhaal zelf in de wereld geholpen.

Minister **Hoogervorst**: Ik weet niet van wie het komt. Dat is ook niet interessant. Ik heb gehoord dat men wil saneren.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Wij moeten een goed onderscheid maken tussen het jaar 2006 en de jaren daarna. In 2006 mag ik de minister toch houden aan hetgeen de verzekeraars ook tegen ons hebben gezegd, namelijk dat het dan zal gaan om een non select integraal aanbod?

Minister **Hoogervorst**: Precies.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat betekent dat het bestaande aantal polissen in feite zo wordt aangeboden. Wie een restitutiepolis heeft, krijgt een restitutiepolis en wie een naturapolis heeft, krijgt een naturapolis. Dat is het dan. Zonder selectie. Dat is afgesproken. Over meer polissen na 2006 zijn wij nog niet uitgediscussieerd. Ook in onze schriftelijke inbreng hebben wij onze wens geuit om het aantal polissen zo beperkt mogelijk te houden. Als je de huidige goed telt, kom je altijd al aan achttien, maar

er gaan ook verhalen over honderden polissen. Dat wordt het natuurlijk nooit.

Minister **Hoogervorst**: Nee.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Is de minister het daarmee eens?

Minister **Hoogervorst**: Ik had het niet beter kunnen zeggen. Dat is overigens wel vaker het geval.

De heer **Schouw** (D66): Het is wel leuk dat de minister het daarmee eens is, maar in theorie kan het wel voorkomen dat het er honderd worden. Ik draai de vraag daarom even om. Stel dat het er honderd of tweehonderd worden, is de minister dan bereid om dat aantal te reduceren?

Minister **Hoogervorst**: Daar ga ik niet over. Twee dingen zijn belangrijk. Voor de cliënt is het belangrijk dat de zorgverzekeraars hebben beloofd dat zij iets aanbieden dat zeer nauw aansluit bij hetgeen de cliënt nu heeft. Dat geldt zowel voor de basisverzekering als de aanvullende verzekering.

Ik denk dat het aantal polissen niet zal prolifereren, maar zal condensereren.

De heer **Schouw** (D66): Mijn vraag is of de minister het ongewenst vindt als er tweehonderd polissen in dit land zijn.

Minister **Hoogervorst**: Mijn wens is dat de markt transparant is. Met allerlei nepvarianties schieten wij niet zoveel op.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): De minister moet toch helderder zijn. Het gaat ons erom dat de markt niet ontspoord. Dat gebeurt wel als er te veel polissen komen. Dan is het voor de patiënten niet meer te behappen. De minister zal dus met criteria moeten aangeven wanneer de markt volgens hem ontspoord. Dan moet de minister immers ingrijpen. Voor een kan-bepaling bestaat immers de AMvB.

Minister **Hoogervorst**: Dan zou de zorgautoriteit moeten ingrijpen. Ik stel vast dat de sector afwil van de proliferatie van polissen. Dat is voor hen ook niet doelmatig.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dan moet de zorgautoriteit wel operationeel zijn.

Minister **Hoogervorst**: Ja. Voor 2006 is men in ieder geval verzekerd van een aanbod dat aansluit bij de huidige praktijk.

Voorzitter. Dan kom ik op de Europeesrechtelijke aspecten. Mevrouw Swenker heeft gevraagd of wij in het ziekenfonds vervallen als het op Europees niveau misgaat. Je moet gewoon afwachten of zaken aan het Hof van Justitie worden voorgelegd. De Nederlandse rechters kunnen in geschillen over Europeesrechtelijke kwesties prejudiciële vragen aan het Hof voorleggen. Indien een zaak bij het Hof wordt aangediend, hebben de Nederlandse overheid én de Europese Commissie altijd inbreng.

Nederland heeft dan een heel mooie brief op zak van de heer Bolkestein waarin heel duidelijke taal wordt geëist. De Commissie zal die brief ook op zak hebben en niet van haar eigen standpunt afwijken. Ik denk dat er zelden zo'n ingrijpend wetsvoorstel naar de Kamer is gegaan met zoveel comfort vanuit de Europese hoek.

De Europese Commissie heeft een heel duidelijke uitspraak gedaan over de staatssteun. Op dat gebied is er ook helemaal geen reden tot zorg. De Commissie vergunt een lidstaat die gedwongen is zijn wetgeving aan te passen, altijd een redelijke termijn. Zij is niet uit op heel drastische ingrepen.

Overigens is in het verleden uit hoofde van de Europese rechtsspraak wetgeving op onderdelen aangepast. Tot instorting van systemen heeft een Hofuitspraak echter nooit geleid. Bovendien hebben wij de wetenschap een aantal heel belangrijke uitspraken van de heer Bolkestein op zak te hebben. Dat geeft mij een grote mate van comfort.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik heb gevraagd of er een reële mogelijkheid is van terugkeer naar het publieke systeem. Wij hebben het amper gehad over de commerciële verzekering. Daarvan zijn er nog niet veel. Er komen er meer. De vraag is of deze ontwikkeling omkeerbaar is.

Minister **Hoogervorst**: Ik wil niet zeggen dat er ruimte is om terug te keren naar een ziekenfondssysteem. Er is echter altijd ruimte voor aanpassing in de publiekrechtelijke sfeer. Ik kan dat niet precies aangeven.

De heer **Hamel** (PvdA): Dat vraag ik niet. Er zijn verzekeraars die zeggen dat de kosten zullen meevallen bij een terugkeer. Er zijn ook verzekeraars die spreken van enorme bedragen als de stekker eruit wordt getrokken. Wij hoeven geen discussie over Europa te voeren. Ik vraag of er een reële mogelijkheid tot terugkeer is als er sprake is van waanzinnige kosten. Is daarover nagedacht? Bestaan er scenario's? De minister hoeft geen bedragen te noemen. Is het een reële optie?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb er geen getalsmatige analyse van gemaakt. Wij hebben echter de voors en tegens bekeken. Stel dat wij gekozen hadden voor een publiekrechtelijke regeling. Wat zou er dan gebeurd zijn met de privaatrechtelijke verzekeraars? Dat is een heel interessante vraag.

De heer **Hamel** (PvdA): Dan zou de prijs een stuk lager zijn.

Minister **Hoogervorst**: Dat is de vraag.

De heer Schouw vraagt naar de reserves van de ziekenfondsen. Die behouden zij zolang zij zonder winstoogmerk werken. Hij acht het zorgelijk dat het benutten van deze reserves door de niet-commerciële verzekeraars tot concurrentievervalsing kan leiden. Zij hebben deze kapitalen nodig om een beetje positie in de markt te verwerven. Zonder die reserves lukt dat niet. Wij hebben er stringente voorwaarden aan gesteld. Er moet tien jaar op non-profitbasis worden gewerkt voordat de reserves gehouden mogen worden. Over tien jaar is de

betekenis van de reserves in het totale kapitaal van de dan bestaande verzekeraars tot een veel geringer bedrag gereduceerd.

Mevrouw Slagter vraagt naar de consequenties van uitzondering van de gezondheidszorg van de dienstenrichtlijn. Nederland krijgt als enige lidstaat een privaat stelsel. Wat betekent dat voor de concurrentie van ziekenhuizen en zorgaanbieders? Kunnen Nederlandse zorgaanbieders zich op de buitenlandse markt begeven? De dienstenrichtlijn heeft geen consequenties. De in Nederland geldende eisen blijven gelden voor buitenlandse aanbieders die zich hier vestigen. De zorgverzekering heeft sowieso niets van doen met de dienstenrichtlijn. Die valt onder de schaderichtlijnen.

Nederlandse aanbieders kunnen zich ook in de toekomst in andere lidstaten vestigen respectievelijk diensten aanbieden. De interne markt verhindert dat deze aanbieders buitengesloten worden. Ook daar verandert er niets.

Door veel fractiewoordvoerders zijn vragen gesteld over de privacy. Kan het CBP instemmen met het burgerservicenummer? Wordt de gedragscode door het CBP bekrachtigd? Kan ik in algemene zin uitleggen hoe het met de privacy zit?

Ik vind het ontzettend jammer dat de kwestie van het beroepsgeheim is gaan spelen. Heel veel mensen zijn door de discussie van de afgelopen weken ervan overtuigd geraakt dat het beroepsgeheim op de tocht staat. Dat is echter op generlei wijze het geval. Ik vind het een pijnlijke zaak. De mensen die dit bericht hebben verspreid, hadden de moeite moeten nemen om er met ons over te praten. Dan had dit niet hoeven gebeuren.

Ik heb u afgelopen vrijdag een brief gestuurd waarmee ik het misverstand hopelijk heb kunnen wegnemen. De Zorgverzekeringswet zal -- ook op aandringen van het CPB -- de privacy beter regelen dan de huidige Ziekenfondswet. In artikel 87 is bepaald onder welke voorwaarden een arts bepaalde informatie aan de zorgverzekeraar moet verstrekken.

Ik zal een voorbeeld geven van de praktijk. Een huisarts hoeft als hij een declaratie indient bij de zorgverzekeraar alleen maar te verklaren: consult voor dit tarief en inschrijving voor dit tarief. Dat is alles. Hij hoeft verder geen enkele informatie te verschaffen over de persoon in kwestie. Voor kleine onderdelen van de speciale huisartsenzorg zoals kleine operaties waarvoor een separaat contract is gesloten met de zorgverzekeraar en de zorgverzekeraar voor specifieke dienstverlening aan de arts betaalt, moet de zorgverzekeraar wel weten wat de aard van de verleende dienst is geweest. Het is in orde dat dit wordt gedeclareerd en dat er wordt aangegeven wat er ongeveer is gebeurd. Het is echter volstrekt duidelijk dat het de zorgverzekeraar wettelijk verboden is om de wetenschap die hij daaruit zou kunnen destilleren, te gebruiken voor andere redenen dan voor het betalen van de rekening. Dit is waterdicht geregeld.

Het CPB heeft ons wel gevraagd om een en ander specifiek vast te leggen in een ministeriële regeling. Wij zullen dit doen; het CPB wordt hierbij betrokken. Het is een bespottelijke gedachte dat wij afstand zouden doen van het beroepsgeheim.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind het een prima gedachte dat het CPB hierbij wordt betrokken, maar is de minister ook bereid om hierover met de KNMG van gedachten te wisselen? De KNMG heeft dit punt ook duidelijk naar voren gebracht. Ik vind het belangrijk dat zo iets ook door de koepel van beroepsverenigingen wordt gedragen.

Verder vraag ik de minister of de Kamers inzage krijgen in deze ministeriële regeling.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal de Kamers in kennis stellen van hetgeen wij nader gaan regelen. Ik denk niet dat u het zichzelf moet aandoen om daar nog een besluit over te nemen. Ik zal u goed op de hoogte houden, dan kunt u altijd aan de bel trekken.

Ik zal dit graag met de KNMG bespreken, want ik vind het jammer dat zij onder dit misverstand hebben geleden.

Ik heb in mijn brief geschreven dat het CPB het gebruik van het Sofi-nummer niet nodig vindt. Voor het oordeel van het CPB maakt het niet uit dat het burgerservicenummer herleid kan worden tot individuele gegevens. Ik heb aangegeven waarom het Sofi-nummer naar mijn oordeel wel degelijk nodig is voor risicoverevening en controle. Ik heb nu een afspraak met het CPB gemaakt om na te gaan of wij via versleuteltechnieken dit probleem kunnen oplossen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Wil de minister nog eens heroverwegen dat het Sofi-nummer op zich een persoonsgegeven is en dat hij het daarom in de zorg beter niet kan gebruiken? In plaats daarvan zou hij gebruik moeten maken van het zorgidentificatienummer. Er is nu nog tijd om dit te doen en hij moet voorkomen dat hij zichzelf later tegen komt.

Minister **Hoogervorst**: Er wordt een burgerservicenummer ingesteld dat anders is dan het Sofi-nummer. Wij zullen dit servicenummer gebruiken voor de zorg.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Als de wet naar het oordeel van juristen niet toereikend is, is er dan nog gelegenheid om een en ander zo tijdig terug te draaien dat alsnog aan de vereisten wordt voldaan?

Minister **Hoogervorst**: Ik denk het wel.

Zoals ik al heb geschreven, verwacht het CPB -- enkele punten daargelaten -- inhoudelijk te kunnen instemmen met de gedragscode van ZN.

De heer Schouw heeft gevraagd of ik de Kamer op de hoogte wil stellen als ik afwijk van de adviezen van het CPB. Ik vrees dat ik daar niet aan kan ontkomen; ik zal dit graag doen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het CBP zag niets in een aparte gedragscode en drong aan op integratie. Wat zijn de argumenten om het wel of niet te doen?

Minister **Hoogervorst**: Zal ik daarover nog eens praten met ZN? Ik heb begrepen dat het CBP inderdaad wat moeite heeft met de zelfstandige status. Ik zie het liever als

een addendum bij de bestaande code van de Nederlandsche Bank en het Verbond van Verzekeraars. Ik heb begrepen dat de heer Wiegel er bovendien wat moeite mee heeft om bij de heer Overmars op de bagagedrager te zitten. Laat ik daarover nog eens even praten met hem.

Voorzitter. De heer Hamel heeft in dit verband maar ook in verband met de zorgfraudewet gevraagd op welke wijze de verzekerde die zorg wil, zijn identificatiebewijs moet overleggen aan zijn zorgaanbieder. Waarom moeten aanbieders naast het identificatiebewijs ook het soft-nummer van de verzekerde registreren? De verzekerde moet de hulpverlener zijn identificatiebewijs tonen en dat is niet in strijd met de Wet op de identificatieplicht. De hulpverlener stelt vervolgens aan de hand van de pasfoto vast of de hulpvrager inderdaad degene is die hij zegt te zijn. Daarna neemt hij het soft-nummer in zijn administratie op. Dat zet hij vervolgens in de declaratie aan de zorgverzekeraar. Zo weet de zorgverzekeraar dat de arts werkelijk iemand heeft geholpen die bij hem is verzekerd. Voor dit proces is gekozen om zorgfraude door verzekerden te voorkomen en om te voorkomen dat niet-verzekerden die proberen mee te liften op de verzekering van anderen, de verkeerde zorg krijgen. Dat gebeurt namelijk ook.

De heer Hamel heeft in dit verband ook gevraagd op welke manier wordt voorzien in het afschrijven van dubieuze debiteuren bij niet-gebudgetteerde instellingen. Hoe handhaaft het CTG de beleidsregel? Door de toezegging die ik heb gedaan over de negatieve optie, zal de onverzekerdenproblematiek beheersbaar zijn. De debiteurenproblematiek zal daardoor eveneens beheersbaar zijn. Voor de ziekenhuizen is het een verschil of de oninbare vordering deel uitmaakt van segment A of segment B. In segment A kunnen de kosten worden afgeschreven op grond van de richtlijn inzake dubieuze debiteuren van CTG-ZAio. Voor segment B, de vrije prijzen, geldt dat ziekenhuizen oninbare vorderingen in de prijs kunnen opnemen. Eerstelijnszorgaanbieders die meer dan evenredige zorg bieden aan illegalen, kunnen een beroep doen op de koppelingsfondsen. Ik weet dat af en toe strijd is over die regelingen, maar ze functioneren toch naar behoren. Met de additionele garanties die ik heb gegeven over de onverzekerdenproblematiek, blijft het allemaal overzichtelijk.

De heer Van den Berg heeft gevraagd op welke manier wordt getoetst of de persoonsgegevens worden gebruikt voor andere doeleinden dan waarvoor ze worden ingeleverd. Organisaties dienen hun computerinfrastructuur voor de verwerking van persoonsgegevens zo in te richten dat gewaarborgd is dat van die gegevens alleen gebruik kan worden gemaakt overeenkomstig het toegestane doel. Alleen medewerkers die zijn geautoriseerd kunnen er inzage in hebben. Verder dient het toezicht binnen de verzekeraar zo te zijn georganiseerd dat ongeautoriseerde kennisneming, gebruik voor een ander doel, is uitgesloten. Er worden dus strenge eisen gesteld aan de interne administratie.

Er zijn ook vele vragen gesteld over de risicoverevening. Wellicht kan ik een aantal daarvan schriftelijk beantwoorden, vanwege het technische karakter van veel van die vragen. Er zijn een paar wezenlijke vragen gesteld. Wij gaan nu naar een nieuwe

situatie. Vooral de particuliere verzekeraars hebben minder goed inzicht dan de ziekenfondsen in de kosten van hun patiënten en de vereveningstechniek die daaronder komt te liggen. Mij is gevraagd daarmee rekening te houden en te blijven gebruikmaken van het instrument van nacalculatie om ervoor te zorgen dat er geen brokken uit voortkomen. De Kamer zal begrijpen dat ik ernaar streef om zo veel mogelijk een ex-antevereveningssysteem te organiseren. Ik zeg evenwel toe dat ik geen onverantwoorde risico's zal nemen. Als gebruik van nacalculatie daarvoor nodig is, zal ik dat instrument niet schuwen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dit lokt natuurlijk een nieuwe vraag uit. Wat vindt u dan een onverantwoord risico? Na behoorlijk navraag te hebben gedaan, hebben wij geconstateerd dat het op het ogenblik niet mogelijk is om de gegevens van de particulier en publiekrechtelijk verzekerden op de juiste manier in te voeren in het vereveningssysteem. Dat is een. In de tweede plaats is er een motie-Omtzigt aangenomen die iets zegt over de generieke verevening over tien jaar. In de derde plaats is er in het afgelopen debat een motie-Omtzigt/Schippers aangenomen waarin over de overige parameters wordt gesproken. Ik ben weliswaar dankbaar voor het door u genoemde voorbeeld van diabetes mellitus type 2 dat nu ook als een voorspelbaar risico zal worden meegenomen, maar er zijn nog talloze andere ziekten die op dezelfde manier moeten worden ingevoerd. Daarom zeggen wij dat wij erg bang zijn -- en ik wil dan ook die harde toezegging -- dat u te snel gaat met het ex ante vereveningssysteem waardoor wij gewoon uitlokken dat de zorgverzekeraars hogere premies gaan vragen omdat zij zich willen indekken en wij indirecte risicoselectie krijgen. Dat wil ik per definitie uitgesloten hebben door een harde uitspraak dat die vereveningsmethodes zeer geleidelijk in orde worden gemaakt en dat er voorlopig sprake zal zijn van nacalculatie op de manier die wij kennen.

Minister **Hoogervorst**: Wij hebben het meest geavanceerde vereveningssysteem van de wereld. Ik was onlangs bij mijn Zwitserse collega op visite die ook een vereveningssysteem heeft, eveneens met acceptatieplicht. Dat is een veel ruwer systeem. Hij zei: jullie zijn helemaal gek in Nederland, wat dat is veel te verfijnd en als je spreekt van miljoenen verzekerden dan is de wet van de grote getallen toch al zo dat verevenen nauwelijks zin heeft. Ik heb hem ervan weten te overtuigen dat het wél een heel belangrijk systeem is en ik ga verder met verfijnen. Ik zeg toe dat ik ieder jaar stappen zal blijven zetten. Er zit nacalculatie in het systeem en ik zeg toe dat ik daarvan ook gebruik zal maken.

Ik zal ook geen onverantwoorde risico's nemen, ook niet met de huidige particuliere verzekeraars. Als zij hun risico's te hoog inschatten, dan ontstaat er premiestijging en dat vind ik niet wenselijk. Ik kan alleen op dit moment niet met een schaarje knippen waar dat precies zal liggen. De technici zijn daarmee bezig. Er is goed overleg met ZN. Wij komen daar op een fatsoenlijke manier uit. Ik zeg toe dat ik dat op een verantwoorde

manier ga doen. Ik ben daar niet dogmatisch in, maar ik ga dat pragmatisch aanpakken.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik probeer het nog één keer. In een eerdere inbreng heb ik gesteld dat het bij het vereveningssysteem gaat over de achilleshiel van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Als wij dat niet op de juiste manier regelen, dan is de Zorgverzekeringswet bij voorbaat mislukt. Ik denk dat de minister van iemand in de Eerste Kamer moet begrijpen dat hij wil weten waar hij aan toe is voordat hij "ja" zegt tegen deze wet. Daarom wil ik een klip en klaar antwoord op de vraag wat de minister ziet als bandbreedte voor 2006. Ik zeg: laat het maar bij het oude, met het systeem van nacalculatie. Op een later moment voor het volgende jaar wil ik dan wel opnieuw de discussie voeren, maar ik wens niet te aanvaarden dat ik word geconfronteerd met een vereveningssysteem waarin elementen zijn ingebracht waarvan ik zeg: dat roept narigheid op.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb net gezegd dat ik het instrument van nacalculatie zal blijven gebruiken, zoals wij ook in de afgelopen jaren steeds hebben gedaan. Daarmee zal ik veel recht kunnen zetten wat nog niet goed in het vereveningssysteem zit. Ik wil precies hetzelfde als u. U hoeft zich daar echt geen zorgen over te maken. Ik zeg u heel eerlijk dat ik niet de technische kennis op zak heb om precies te kunnen zeggen waar het begint en eindigt. Daar zijn mijn technici samen met die van ZN nog hard mee aan de slag. Ik weet zeker dat als ZN vindt dat ik een onverantwoord risico neem, dat men aan de bel zal trekken en dan kan ik daarover later met de Kamer spreken.

Ik zie de kwalitatieve noodzaak van het gebruik van het instrument van nacalculatie. Ik erken dat er in de overgang naar de nieuwe wet additionele onzekerheden zijn en ik zal daar rekening mee houden.

Ik ken het rapport van de heer Van der Ven. Ik heb persoonlijk met hem gesproken en ik ken zijn kritiek. Ik werk nog steeds aan verdere verfijning van het vereveningssysteem. Ik denk dat de toevoeging van diabetes type 2 een heel belangrijk is omdat het een ziekte is die heel breed voorkomt, anders dan een paar zeldzame ziektes. Heel kostbare zeldzame ziektes worden al in het systeem gepakt door de hogekostenverevening. Ik ga door met verdere verfijning van het systeem. Daar kunt u op rekenen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Als diabetespatiënt vind ik dat prachtig. Ik denk echter evenzeer aan de reumapatiënten en mensen met vele andere soorten ziekten. Die aandoeningen moeten in de verevening worden meegenomen, wil het geen rotzootje worden met het verevenen.

Minister **Hoogervorst**: Ik neem echt afstand van het woord "rotzooi", want dan zou het nu al een rotzootje zijn. De ziekenfondsen hebben de afgelopen jaren gewerkt met een vereveningssysteem dat aanzienlijk minder verfijnd is dan het huidige en zij hebben daar heel fatsoenlijk mee

kunnen werken. Wij hebben het alleen maar verbeterd en ik zeg toe dat wij het verder gaan verbeteren.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik had gevraagd hoe verzekeraars kunnen worden gestimuleerd om zich in te laten met risicogroepen. Het moet via verevening aantrekkelijk worden gemaakt voor verzekeraars om zorg aan te bieden voor bijvoorbeeld diabetici of reumapatiënten. Als elk jaar moet worden afgewacht wat het bedrag per verzekerde wordt voor mensen uit een risicogroep, is het niet erg stimulerend omdat verzekeraars nooit weten waar zij op kunnen rekenen. Het wordt pas stimulerend als het om een vast bedrag gaat. Is het bedrag proportioneel of kan een verzekeraar ervan uitgaan dat hij voor een diabeetus bijvoorbeeld de komende vijf jaar €50 per jaar krijgt?

Minister **Hoogervorst**: U hebt een heel goed punt. Een vereveningssysteem moet stabiel zijn. Er kan wel wat worden verfijnd, maar de bedragen moeten niet om het jaar worden veranderd. Voordat een verzekeraar een beslissing neemt om voor een langere periode diabeteszorg of reumazorg in te richten, moet hij een zekere mate van voorspelbaarheid kennen. Ik ben dat met u eens.

De heer **Hamel** (PvdA): Het hangt dus niet af van het budget dat over een jaar wordt verdeeld? Als het bedrag is vastgesteld, kan de verzekeraar er dan voor een reeks van jaren op rekenen?

Minister **Hoogervorst**: Het moet een voorspelbaar systeem zijn.

De heer Schouw heeft zorgen over risicoselectie en over de collectieve contracten. Hij zegt dat ik in de schriftelijke behandeling duidelijk hebt gemaakt dat de kortingen voor collectieve contracten eigenlijk voornamelijk zouden moeten slaan op administratieve besparingen en dat die maar 4 à 5% zijn. Dat heb ik zelf aangegeven. Wij hebben nu vrijheid om tot 10% te gaan met die kortingen. Die kortingen van 10% kunnen alleen worden gegeven op de nominale premie. De nominale premie bedraagt ongeveer de helft van de totale kosten, dus dan komt de korting over te totale kosten uit op 5%. Dat ligt in elkaars verlengde. Ik heb in de Tweede Kamer al gezegd wat ik wil als het uit de hand loopt met de collectieve contracten. Stel bijvoorbeeld dat de collectieve contracten allemaal op een korting van 10% terechtkomen en dat de rest van Nederland 10% meer betaalt. Het kan zijn dat wij daarbij sterk de indruk krijgen dat er sprake is van kruissubsidiëring. Dat moet dan natuurlijk wel goed worden onderzocht. Ik heb al gezegd dat ik het dan wel een prettige gedachte vind dat ik een instrument in handen heb om daar te kunnen ingrijpen. Ik zeg ook toe dat ik dat zal doen.

De heer Schouw heeft gezegd dat mensen hun basisverzekering en aanvullende verzekering bij verschillende verzekeraars mogen onderbrengen. Hij vroeg of dat geen optische oplossing is en of dat niet heel veel heisa betekent. Ik ben het wel met hem eens dat in de praktijk heel weinig mensen daarvan gebruik gaan maken. Inderdaad ontstaan er dan heel ingewikkelde relaties met twee verzekeraars. Voor een verzekeraar zal het heel

aantrekkelijk zijn om de verzekerden onder één dak te houden. Het is bekend dat ik het desbetreffende amendement in de Tweede Kamer niet heb toegejuicht, hoewel het ook geen drama is.

De heer Schouw heeft nog geïnformeerd naar de verplichtstelling van de motivatie van de collectiviteitskortingen. Ik denk dat dit veel administratieve lasten met zich brengt. Ik heb zojuist toegezegd dat ik nauwkeurig in de gaten zal houden of het daarmee niet uit de hand loopt. Ik hoop dat deze toezegging de heer Schouw gerust stelt.

Ook aan het adres van de heer Hamel merk ik op dat de collectieve contracten niet alleen maar werknemers hoeft te betreffen, maar dat het ook patiëntenverenigingen kunnen zijn. Ik denk hierbij aan de chronisch zieken. Ik ben heel benieuwd of dat gaat gebeuren. Ik weet wel dat er verzekeraars zijn die daarin best geïnteresseerd zijn. Dat zou toch een heel onverwacht positieve ontwikkeling kunnen zijn.

Ik kom te spreken over de positie van de patiënten en hun organisaties. Ik heb al gezegd dat ik het gevoel heb dat die positie door deze wet versterkt wordt, voornamelijk ten opzichte van hun verzekeraar door de vrije keuze van verzekeraar. Dat is een goede zaak. Veel woordvoerders hebben ervoor gepleit om de patiëntenbeweging een handje te helpen, zodat het empowerment van de patiënt in de toekomst wat vergroot wordt, niet alleen ten opzichte van de verzekeraar, maar ook ten opzichte van de zorgaanbieder. Daardoor kan men bijvoorbeeld een stem krijgen in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Ook kan men zich ten opzichte van de zorgaanbieders beter ontwikkelen. Mevrouw Van Leeuwen heeft gevraagd om een bedrag van 5 miljoen hiervoor. Ik wil mij niet vastleggen op een bedrag, maar ik ben wel bereid om een substantiële bijdrage te leveren, ondanks dat mijn middelen vreselijk krap zijn. Ik zal kijken of ik wat vrij kan maken. Ik zie het belang hiervan in. Ik zie ook dat er zich voor de patiëntenbeweging een heel nieuwe tijd aandient. Men zal meer tijd nodig hebben om zich daarin sterk te maken. Ik zeg dus toe dat ik hen daarbij financieel zal helpen. Ik laat de uitkomst weten.

Ervaringsinformatie van patiënten op individueel niveau is ook belangrijk om de zorgsector transparant te maken. Ik ben bereid om hierover op korte termijn afspraken te maken. Ik ben reeds bezig om in overleg met betrokken partijen te komen tot één landelijke, gestandaardiseerde methode van het meten van patiëntenervaringen. Ik verwacht in de tweede helft van 2005 hierover afspraken te kunnen maken. Die ervaringsinformatie gaan wij toegankelijk maken via www.kiesbeter.nl, de onvolprezen website.

De Kamer wil van mij een duidelijker uitspraak over de invloed van de verzekerde, met name op het inkoopbeleid. In ieder geval komt er ten opzichte van de huidige situatie een massa cliënten bij die ook hun invloed kunnen doen gelden, namelijk de particulier verzekerden, die er nu helemaal niets over te vertellen hebben. Dat is alweer vooruitgang met deze wet. Ik zeg de Kamer toe dat ik het gesprek met ZN inga om dit te bewerkstelligen. Als dat onbevredigend verloopt, zal ik mijn middelen gebruiken om dit steviger te verankeren.

Velen hebben gevraagd naar de stand van zaken bij de geschillencommissie. Er is overleg gestart tussen ZN en het CVZ over een centrale, onafhankelijke geschilleninstantie. ZN heeft een draaiboek opgesteld, gericht op het operationeel zijn van die instantie per 1 januari 2006. Die instantie wordt ondergebracht in een aparte rechtspersoon. De bedoeling van ZN is om de Consumentenbond en de NPCF in het bestuur te laten participeren. Ik meen dat dat een goede stap is. In de werkwijze van de geschilleninstantie krijgt de verplichte advisering bij geschillen over zorg door het CVZ een plaats. Ik zal de voortgang blijven volgen. De uitspraken van deze geschillencommissie zullen de vorm krijgen van een bindend advies.

De heer Schouw heeft nog gevraagd naar de stand van zaken rond de consumentenwet. Ik heb in de nadere memorie van antwoord toegezegd dat ik zal bezien of een bundeling mogelijk is van de verschillende bepalingen die de rechtspositie van de patiënt en/of de verzekerde verankeren. Zij staan verspreid in tal van wetten. Voor de herkenbaarheid zou het goed zijn om deze bepalingen centraal in een wet vast te leggen. Mijn medewerkers zijn hierover in overleg getreden met onder andere de NCPF, waar men een eerste verkenning heeft laten verrichten. Het beeld is nog niet zo duidelijk voor bundeling van verschillende rechten. Wel is het duidelijk dat dit geen gemakkelijke materie is en dat het zinvol is om goed te laten uitzoeken op welke terreinen een bundeling mogelijk is, en in welke vormen dit zou moeten worden gegoten. Ik ben ook in overleg met ZonNw om deze zaak nader te onderzoeken. Wij werken hier hard aan, maar dit is een complexe materie.

De heer **Schouw** (D66): Het helpt wel om een beetje de richting aan te geven, omdat alle verschillende partijen zeggen dat de consument er in de driehoek zorgaanbieder-zorgverzekeraar-consument slecht van afkomt. Wij moeten dat niveau een beetje opkrikken. Ik neem toch aan dat wij medio 2006 wel zicht zullen krijgen op de zorgconsumentenwet.

Minister **Hoogervorst**: Dat is volgend jaar. Ik verwacht wel dat dat moet kunnen. Ik wil in ieder geval op korte termijn iets doen, door eind 2005 op de website die ik heb genoemd een vraaggericht overzicht van de rechten van patiënten en verzekerden te doen plaatsen. Ik meen dat dat voor de korte termijn goed kan helpen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Begrijp ik nu dat er in ieder geval zo'n wet komt, of dat er onderzoek komt naar het nut van zo'n wet?

Minister **Hoogervorst**: Wij zijn dit heel serieus aan het bekijken. Als het goed kan, doen wij het. Soms moet ik een slag om de arm houden. Het eerste onderzoek heeft uitgewezen dat dit geen eenvoudige zaak is, maar de wil is er.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Op mij komt dit over alsof u hierover zelf geen mening hebt maar dit doet omdat het wordt aangereikt. Ik ben ook benieuwd naar uw eigen interpretatie van het nut hiervan.

Minister **Hoogervorst**: Nee, ik wil het.

De heer Schouw heeft nog een aantal vragen gesteld over good governance, ook in de verzekeringssector. Ik zeg in ieder geval toe dat ik zal bevorderen dat zorgverzekeraars hun salarissen in het kader van de maatschappelijke verantwoording openbaar gaan maken. Ik zal dit zo nodig verplicht opleggen in een ministeriële regeling bij het uitvoeringsverslag.

Op de vraag naar een code-Tabaksblat voor de zorgverzekeraars antwoord ik dat de verzekeraars reeds gedragsregels hebben opgesteld, die zij zelf gaan handhaven, terwijl er ook een taak ligt bij De Nederlandsche Bank.

Mocht een en ander niet voldoende zijn, dan zullen de regels worden opgenomen in het uitvoeringsverslag.

De heer Schouw heeft gevraagd of het wisselen van verzekeraar niet is te vereenvoudigen en of het mogelijk is bij dat wisselen met één pagina te volstaan. Ik ben heel graag bereid om met ZN naar die mogelijkheid te zoeken. Ik ben daar voor.

De heer Van den Berg heeft gevraagd of er iets op tegen is om een zorgbijsluiters te ontwikkelen die bij de polis gevoegd kan worden. Ik meen dat de polis voor de verzekerde duidelijk genoeg moet zijn. De verzekeraar schrijft al een toelichting bij de polis. Mocht onverhoopt blijken dat polissen onvoldoende transparant zijn, dan kan de Nederlandse zorgautoriteit ingrijpen.

Wat de vrije artskeuze betreft heb ik zojuist al duidelijk gemaakt dat die in de huidige praktijk niet helemaal ongeclausuleerd is. Met de HOZ, die ook deze Kamer is gepasseerd, is de contracteerplicht beperkt. Er kan een afruil zijn tussen selectieve contractering en doelmatigheid. Dat is door deze Kamer onderschreven. Wij hebben nu echter een nieuwe situatie en die noopt ons nog eens heel goed aandacht aan dit punt te besteden.

Welke ervaringen hebben wij tot nu toe met de vrije artskeuze, gelet op de beperkingen van de contracteerplicht die wij in de afgelopen tien jaar hebben aangebracht? De contracteerplicht voor de vrije beroepsbeoefenaren is in de jaren negentig afgeschaft. Daardoor zijn geen problemen ontstaan. De huisarts is niet verplicht gecontracteerd door de zorgverzekeraar en toch kan iedereen naar een huisarts dicht bij hem in de buurt. Misschien is de huisarts niet zo dicht in de buurt als iedereen zou willen, maar iedereen kan nog steeds zijn huisarts kiezen. Ik verwacht niet dat dat in de toekomst zal veranderen. Welke zorgverzekeraar gaat de helft van de huisartsen in een bepaalde stad niet contracteren? Als hij dat doet, krijgt hij gigantische problemen. Dit jaar is het zogenaamde B-segment ingevoerd. Voor dat segment geldt geen contracteerplicht, maar ook dit heeft niet tot praktische problemen geleid, dus niet tot de situatie dat men voor bepaald operaties niet breed geholpen kan worden.

Nieuw in deze zorgverzekeringswet is dat de positie van de verzekerde ten opzichte van de verzekeraar is versterkt en dat de verzekeraar extra moet opletten en geen gekke dingen moet doen. Er is een vrije verzekeraarskeuze. Ik verwacht dan ook dat ook volgend jaar door verzekeraars een zeer ruime contractering zal

plaatsvinden van zorgaanbieders. Dit zegt ZN mij en dit zeggen de verzekeraars mij. Niettemin ben ik bereid om met ZN nog eens officieel te praten over de vraag: wat willen jullie doen? Althans, voor zover zij daarover uitspraken kunnen doen.

Verder wijs ik erop dat de verzekeraars een wettelijke zorgplicht hebben. Die zorgplicht zal zorgen voor een ruime contractering. Die zorgplicht is niet getalsmatig ingevuld, maar de zorgverzekeraar zal niet kunnen volstaan met het zeer minimaal contracteren van ziekenhuizen of artsen. Ik zal het CTZ verzoeken bij de overgang naar het nieuwe zorgstelsel daarop zeer nauwlettend toe te zien. Ik heb dan ook het gevoel dat met de contractering geen problemen zullen ontstaan. Ik begrijp evenwel dat er onrust is en daarom wil ik deze Kamer en de verzekerden het gevoel van comfort geven. Ik ben in dat licht bereid de volgende toezegging te doen. Ik verwacht het niet, maar stel dat na de opheffing van de tweedeling met aan de ene kant ziekenfondsverzekerden en aan de andere kant particulier verzekerden, een nieuwe tweedeling ontstaat met aan de ene kant restitutiepolissen met vrije keuze voor de rijken en aan de andere kant armeluispolissen, polissen voor mensen met een smallere beurs en dat die laatste polissen een zeer minimale keus met zich brengen, een keus voor een beperkt aantal artsen en een beperkt aantal ziekenhuizen.

Als dat zou ontstaan, ben ik bereid om artikel 12 van deze wet in te roepen. Dat artikel biedt mij de mogelijkheid om bij AMvB de contracteerplicht op te leggen aan bepaalde sectoren in de zorg. Dat kunnen deelsectoren zijn, dat kan de hele zorg zijn. Als minimaal huisartsen worden gecontracteerd en heel veel verzekerden hun neus stoten, ben ik in staat om de contracteerplicht weer in te voeren. Ik ben bereid deze toezegging te doen. Als wij een tweedeling krijgen tussen restitutie voor de rijken en armzalige naturapolissen voor de mensen met een smalle beurs, zal ik dit wapen benutten.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Zou dat überhaupt nog wel kunnen bij private zorgverzekeraars?

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Swenker heeft mij gewezen op het aantal kan-bepalingen in de wet. Die bepalingen heb ik achter de hand voor onvoorziene omstandigheden. Dit is precies zo'n situatie die niet in overeenstemming is met het doel van de wet en waarin ik toepassing van dit artikel op zijn plaats vind. Ik zeg dat hier in deze Kamer, waarmee het onderdeel is van de wetsgeschiedenis. Nogmaals, ik verwacht niet dat dit gaat gebeuren. Ik zal het instrument niet nodig hebben, omdat de zorgverzekeraars er door de marktwerking niet toe zullen overgaan om zeer selectief te contracteren. Men zal goede contracten sluiten en men zal een afdoende aanbod aan de cliënt moeten doen. Anders kan men in deze markt niet overleven.

Mevrouw Swenker zegt dat er een premiekorting tegenover moet staan als een naturapolis minder biedt dan een restitutieverzekering.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Wij kennen thans de vrijheid van artskeuze. De minister zegt dat die vrijheid er niet is als er schaarste is, maar over dat probleem hadden wij het

niet. Wij hadden het erover dat mensen de keuzevrijheid moeten hebben tussen zorgaanbieders. Nu staat de keuzevrijheid gelijk aan de normale premie. Het kan niet zo zijn dat extra premie door zorgverzekeraars wordt gevraagd vanwege de vrije artskenkeuze. Het is wel mogelijk om de contracteerplicht weer in te voeren, waardoor de keuze bij het natuursysteem wordt vergroot.

Minister **Hoogervorst**: Vanwege de betaaltechniek zijn restitutiepolissen voor verzekeraars sowieso duurder dan naturopolissen. Ik ben er dus van overtuigd dat naturopolissen goedkoper worden.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ook nu zijn er particuliere verzekeringen met restitutie en administratiekosten. Daar gelden gewoon premies voor. Dat zou de basis moeten zijn.

Minister **Hoogervorst**: Als een verzekeraar de ouderwetse particuliere restitutieverzekeringsspolis biedt en daarnaast een naturopolis die qua zorgaanbod niet onderdoet voor die restitutiepolis, zal die naturopolis vanwege de administratievoordelen goedkoper zijn.

De heer **Schouw** (D66): Als de minister artikel 12 "uit de kast moet trekken", dan is er al heel wat gebeurd. Het gaat daarbij om heel praktische dingen, waarvan ik een voorbeeld geef. Mijn huisarts werkt vanuit een antroposofische inslag. Het is heel goed denkbaar dat de zorgverzekeraars straks bepalen dat die ene huisarts met antroposofische inslag hen een hoop problemen oplevert en mij naar Dordrecht verwijzen, waar een goede, geavanceerde huisartsenpraktijk is, met wel 20 aangesloten huisartsen. De zorgverzekeraars kunnen daar meer grip op hebben, en er meer sturing aan geven, waardoor de kans aanwezig is dat de verzekeraars mijn huisarts niet meer vergoeden. Dát is volgens mij het risico dat iedereen ziet aankomen, en dat is wat wij niet willen. Hoe kijkt u aan tegen dit voorbeeld?

Minister **Hoogervorst**: Ik weet niet of dit nu zo'n realistisch scenario is. Ik denk namelijk niet dat uw verzekeraar vanwege één huisarts problemen met u wil hebben. U kunt altijd naar een verzekeraar gaan die dat wel vergoedt. In de aanvullende sfeer wordt antroposofie door bijna alle verzekeraars vergoed, zodat ik niet goed inzie waarom zij daarvan afkerig zouden zijn.

De heer **Schouw** (D66): Het heeft te maken met het principe van de vrije artskenkeuze: die begint daar. Ik zou niet graag – en met mij vele anderen – door mijn zorgverzekeraar worden gedwongen om mij aan te melden bij zo'n grote collectieve huisartsenpraktijk, omdat dat voor hen beter is om aan te sturen.

Minister **Hoogervorst**: Het zou zeer onverstandig zijn van uw verzekeraar om dat bij u te gaan afdwingen, want dan gaat u daar weg.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dit is een erg belangrijk onderwerp, ook gezien vanuit de patiënten. Het voorbeeld van de heer Schouw komt volgens de minister niet voor. Daarom noem ik een ander voorbeeld, namelijk mijzelf. Ik

was kankerpatiënt, met een heel bijzondere kankercel. Er zijn maar een paar specialisten die dat kunnen behandelen. Mijn huidige verzekeraar, IZA – prima – vergoedt die hulp. Maar in de toekomst moet ik dat maar afwachten, want er is sprake van een heel andere regio. Het gaat erom dat ik als patiënt de vrijheid van keuze wil hebben als ik opnieuw kanker krijg, en dat moet ook gelden voor de man met de kleine beurs. Daarmee kies je voor restitutiepolissen, en draait alles om de vraag of daarvoor meer moeten worden betaald dan voor de naturopolissen. Wij willen de uitspraak dat dat niet het geval zal zijn. De beste waarborg is dat je het omkeert, en de restitutiepolissen als normpremie neemt, wat meewerkt voor de zorgtoeslag, waarmee je de mensen met de smalle beurs beschermt. De naturopolissen zullen natuurlijk worden afgenomen door jonge, gezonde mensen, en die krijgen dan korting.

Minister **Hoogervorst**: De zorgverzekeraars moeten iedereen nemen die zich aanmeldt. Momenteel is er 10% vrije markt in deze sector. Daarmee hebben we nu een half jaar gedraaid, en er heeft niemand gemeld dat er problemen bij de acceptatie zouden zijn. De ernstige ziektes zitten nog steeds voor 90% in het A-segment. Daar zijn vaste prijzen, daar is geen marktwerking, en daar zullen de zorgverzekeraars zeer breed gaan contracteren, zo heeft men mij gezegd. Dat punt wil ik nog met hen gaan bespreken, en daarbij verwacht ik helemaal geen problemen. Ik doe wel de volgende toezegging: mochten er problemen ontstaan, waardoor je alleen door het aanvaarden van een restitutiepolis tot acceptabele resultaten komt, en waarbij de rest van Nederland in armetierige polissen vervalt, dan ben ik bereid om artikel 12 in te zetten en via een AMvB de sector te verplichten alsnog in nature te contracteren.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik zou nog graag antwoord willen krijgen op mijn eerdere vraag over de mogelijkheid om van verzekeraar te wisselen als er sprake is van een behandelaar waarmee de patiënt vertrouwd is maar die echter niet is gecontracteerd door zijn huidige verzekeraar.

Minister **Hoogervorst**: Ik meen dat de mogelijkheid om één keer per jaar van verzekeraar te wisselen afdoende is. Als je bij elke gelegenheid dat je ziek wordt, van verzekeraar zou mogen wisselen, dan nodigt dat uit tot zelfselectie. Dat kan je ook niet van verzekeraars vragen.

De heer **Hamel** (PvdA): Laat ik helder zijn. Van onze kant zeggen wij: laat eventueel de mogelijkheid om een keer per twee jaar te wisselen. Het gaat ons om het cruciale moment dat mevrouw Van Leeuwen ook al aangaf, namelijk dat je een bepaalde behandelaar wilt die echter niet in het pakket zit van je zorgverzekeraar. Die ruimte zou er wat ons betreft moeten zijn. Dan heb ik het natuurlijk niet over elk wisselwase. Het moet dan gaan om echte behandelingen die je graag van een bepaalde arts wilt krijgen. Ik vraag mij af of dit technisch nu zo'n groot

probleem is. Bovendien los je er het restitutieprobleem voor een niet onbelangrijk deel mee op.

Minister **Hoogervorst**: Ik denk niet dat dit een eerlijke propositie is ten opzichte van de verzekeraar. De ervaringen van de afgelopen jaren met de vrije contractering tonen aan dat zich daarbij geen bijzondere praktische problemen voordoen. Ik heb u reeds de verzekering gegeven dat mochten er zich ongewenste situaties gaan ontwikkelen, ik het wettelijk instrument in handen heb om dat probleem op te lossen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De collega's van CDA en VVD hebben duidelijk aangegeven dat er een grote wens is dat iedereen vrij kan kiezen. Er is gezegd dat als er te weinig gecontracteerd wordt, de minister zou kunnen ingrijpen. Tevens is gezegd dat de restitutiepolis mogelijkserwijs de norm zou moeten worden voor het berekenen van de standaardpremie, hetgeen consequenties heeft voor de zorgtoeslag. Als wij ervoor zouden kiezen om de restitutiepolis als basis te nemen, vervalt de prikkel die wij eerder hebben benoemd voor zorgverzekeraars om te contracteren en om afspraken over kwaliteit te maken. Als je restitutie als norm hanteert vanwege de vrije artskenkeuze, zal dat wel inhouden dat het allemaal veel duurder wordt en zal er bovendien een prikkel wegvallen voor zorgverzekeraars om zorg goedkoop in te kopen.

Minister **Hoogervorst**: Dat is ook zo. Als het een puur restitutiesysteem zou worden, wordt de zorgverzekeraar inderdaad niet meer geprikkeld om selectief en goed in te kopen en wordt het systeem vreselijk duur. Dan gaan de kosten omhoog in plaats van omlaag. Dat is ook de reden waarom voorafgaand aan deze wet de HOZ hier is aangenomen, die de verzekeraars specifiek de mogelijkheid gaf om selectief te contracteren. Dat hebben wij met open ogen gedaan. Ik heb wel gezegd dat mocht een en ander onverhoopt tot een nieuwe tweedeling in het zorgstelsel leiden, ik bereid ben om in te grijpen en ervoor te zorgen dat er op bepaalde onderdelen sprake is van verplichte contractering.

De heer Schouw heeft gevraagd hoe ik het risico denk af te dekken dat verzekeraars bijvoorbeeld om hoogrisicopatiënten te weren, niet of onvoldoende dure zorg voor zeldzame aandoeningen zullen contracteren. Verzekeraars moeten alle zorg die nodig is contracteren. Dat valt onder hun zorgplicht en dat geldt ook voor dure zorg voor zeldzame aandoeningen. De toezichthouder zal daarop moeten toezien.

Velen van u hebben gesproken over de positie van de huisarts. De heer Van den Berg heeft mij gevraagd mijn visie te geven op de toekomst van de zorg. Voor mij hangt het een sterk met het ander samen. Het is duidelijk dat de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg er eentje is, waarin de centrale vraag is hoe wij omgaan met het grote aantal en toenemende aantal chronisch zieken in ons land; COPD, hartfalen, reuma, diabetes. Ik ben ervan overtuigd dat als wij die problematiek beheersbaar willen houden in Nederland, wij ervoor moeten zorgen dat veel van die zorg die nu nog voor een belangrijk deel in de tweede lijn plaatsvindt, zo veel mogelijk naar de eerste lijn wordt

getrokken, dat wij de positie van de huisarts niet verzwakken, maar juist versterken en dat er zo veel mogelijk substitutie plaatsvindt van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg. Dat is mijn vaste overtuiging. Daarom ben ik voor die sterke huisarts.

Als ik daar al geen voorstander van was, zijn mijn ogen voorgoed geopend gedurende mijn recente reis naar China. Daar is geen eerstelijnszorg van betekenis. De mensen gaan daar allemaal direct naar het ziekenhuis en gaan dan met grote zakken medicijnen naar huis. De ziekenhuizen zijn ook in eigendom van de farmaceutische industrie. Dat is allemaal goed geregeld daar. Dat is ronduit een drama. Dit is een van de sterkste punten van de Nederlandse gezondheidszorg en daar wil ik op voortbouwen. Daar hoeven de Nederlandse huisartsen zich ook geen enkele zorg over te maken, want als men niet gelooft dat ik dat echt meen, kan ik zeggen dat ik het ook om financiële redenen buitengewoon belangrijk vind.

Er zijn twee moties ingediend in de Tweede Kamer rond de poortwachtersfunctie van de huisarts. Wij hebben natuurlijk ook nog de bedrijfsarts die mag doorverwijzen en ook de verloskundige mag in bepaalde mate doorverwijzen. Ik ga ervoor zorgen dat ik dat wettelijk regel. Ik denk eerlijk gezegd niet dat het nodig is, omdat de verzekeraars zelf een enorm belang hebben om dat in hun polissen te regelen. Gezien de ontstane situatie ben ik echter bereid om dit als een bijdrage aan verbetering van de sfeer tussen huisartsen en het ministerie, te gaan regelen. Dat ga ik dan ook gewoon goed doen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (GroenLinks): U bent klaar met de huisartsen? U sprak over substitutie van de tweede naar de eerste lijn, maar in de plannen gaat het ook over substitutie binnen de eerste lijn. De huisartsen zijn bang dat dat leidt tot versnippering van zorg door de functionele omschrijving. Er is uitgesproken dat zorgverzekeraars zouden kijken waar zij huisartsenzorg in gaan kopen. Daar hebben mensen in het land veel zorgen over? Heeft u daar nog commentaar op?

Minister **Hoogervorst**: Ik denk dat die zorgen onterecht zijn. Als er één beroepsgroep is die op succesvolle wijze bezig is geweest met taakafsplitting richting praktijkondersteuners en dokterassistenten, is het de huisartsenzorg. Daar heeft men altijd een regierol in gehouden. Ik ben daar dan ook helemaal niet benauwd voor. Het is wel duidelijk dat voor de beheersbaarheid van het systeem en ook voor de verbetering van de zorg voor de patiënt, een betere taakverdeling een trend is die wij verder moeten volgen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (GroenLinks): Het visioen van de hoestende werkende diabeet die langs drie verschillende kantoren moet als hij klachten heeft, is een luchtbel?

Minister **Hoogervorst**: De discussie van de afgelopen weken heeft vele spookbeelden gekend. Dit is daar één van. De verzekeraar heeft er echter totaal geen belang bij om versnipperde zorg te creëren. Ik heb het voorbeeld al genoemd van de keurige wijze waarop Agis dat in Amsterdam heeft georganiseerd met zijn diabetespatiënten.

De huisarts heeft daar een centrale rol en er zijn praktijkverpleegkundigen. Dat is goedkoper en biedt de cliënt meer service. Wie zou dat nu willen versnipperen?

Dan ga ik in op het toezicht. Ik hoop dat ik de Wet marktordening gezondheidszorg binnen niet al te lange tijd naar de Staten-Generaal kan sturen. Ik heb nooit kunnen garanderen dat deze precies op 1 januari kan ingaan. Dat is nog steeds mijn intentie, maar ik heb nooit gezegd dat dit echt zou gebeuren. Ik heb in wetgeving gewaarborgd dat er in de tussenliggende periode een sluitend systeem van toezicht is. De Nederlandsche Bank houdt het financieel toezicht, het CTZ houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AFM houdt toezicht op het gedrag van de zorgverzekeraar jegens de consument bij verkoop van verzekeringen. De Kamer ontvangt het wetsvoorstel dus binnenkort. Een belangrijke toezegging tegenover de beide Kamers is dat ik geen verdere stappen zet in de richting van meer marktwerking zolang de zorgautoriteit er nog niet is.

Veel leden, waaronder mevrouw Swenker, hebben gevraagd naar een soort laagdrempelig klachtenmeldpunt. Het gaat daarbij om de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Hoewel ik vind dat de zorgverzekeraars in de afgelopen weken onterecht zijn bejegend, ken ik ook genoeg voorbeelden van onnodige bureaucratie die het gevolg kan zijn van het handelen van zorgverzekeraars. Ik zie ook dat er tussen partijen veel wantrouwen is. Ik vind het een goed idee om een soort laagdrempelige voorziening te treffen waardoor partijen beter met elkaar kunnen communiceren. Ik zit eraan te denken om voor de komende maanden samen met zorgverzekeraars en andere partijen een soort implementatieplatform in te richten, waar concrete problemen besproken kunnen worden. Hoever kun je bijvoorbeeld gaan bij een gezamenlijke inkoop of een gezamenlijke aanbesteding, hoe zit het met de bagatelbepaling, tot welk bedrag kun je gezamenlijk onderhandelen, hoe gaan de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars met elkaar om? Daarnaast staan nog alle middelen open voor de toezichthouders; de NMA krijgt een rol bij de zorgverzekeraars. Dit zie ik als een soort laagdrempelige voorziening om partijen op een constructieve manier met elkaar te laten omgaan. Ik zal daar graag het initiatief toe nemen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister zegt dat de zorgverzekeraars onheus zijn bejegend of niet geheel terecht zijn aangevallen. Het gaat daarbij om een stuk of twintig verzekeraars. Vanmorgen hebben 500.000 mensen hun handtekening hier neergelegd. Dat is toch niet niks. Hoe kijkt de minister daar dan tegenaan? Ik neem aan dat de minister bedoelt dat de zorgverzekeraars onterecht door die 500.000 mensen zijn bejegend. Dat vind ik best wel een boude uitspraak.

Ik wil graag nog eens duidelijk het standpunt van de minister horen over het onderhandelen. Ik verwijs hierbij naar het bezwaarpunt van mevrouw Swenker. De minister heeft gezegd dat hij probeert te bewerkstelligen dat niet met meer dan drie zorgverzekeraars onderhandeld hoeft te worden. Voorzover ik dat heb begrepen, heeft de NMA dat afgewezen. Als ik dan naar mijn persoonlijke

onderhandelsituatie kijk, word ik toch wel een beetje gallisch.

Minister **Hoogervorst**: Op het kaartje dat die mensen hebben ingestuurd, werd volgens mij geen lelijk woord tot de zorgverzekeraars gericht. Daar stonden andere dingen in. De mensen hebben zich daarmee niet tegen de zorgverzekeraar gekeerd.

Ik wil op een praktische manier met de partijen om tafel om de praktische problemen op een goede manier op te lossen. Er komt ook een Zorgautoriteit. Eveneens komt de NMA in beeld. Die is nu nog niet in beeld voor de zorgverzekeraars. Daar kunnen onheuse toestanden worden aangekaart. Ik heb een beeld willen rechtzetten. Ik zeg niet dat zorgverzekeraars heilige boontjes zijn. Daar worden fouten gemaakt. Ik maak die ook. Ik heb echter het beeld willen rechtzetten of alleen zij een probleem veroorzaken.

De heer Schouw vond dat ik niet precies genoeg was over de toekomst van de zbo's. Misschien heb ik het niet helder opgeschreven. De nieuwe taken van het CVZ vanaf 2006 zijn geheel uitgeschreven en lopen gelijk op met de invoering van de Zorgverzekeringswet. De toekomst van het CTZ is ook helder. Die gaat op in de Zorgautoriteit. De SUO verdwijnt na invoering van de Zorgverzekeringswet. Het werk van deze organisatie zal na 2008 waarschijnlijk worden afgewikkeld. Aan de oprichting van de Zorgautoriteit wordt hard gewerkt. Alles is dus in beweging, met vrij precieze tijdstabellen daarbij.

De heer **Schouw** (D66): Ik heb in eerste termijn de minister complimenten gemaakt over het geweldige stuk. Het is echter vooral een processtuk en geen resultaatstuk. Mijn vraag is wat er op 1 januari 2006 klaar is. Wat levert de minister dan? Dat was de portee van mijn opmerking in eerste termijn.

Minister **Hoogervorst**: Dat heb ik zo-even proberen te beantwoorden. De toekomst van de CVZ is uitgelijnd. De CTZ gaat op in de Zorgautoriteit. Wij moeten afwachten wanneer dat precies gebeurt. Dat hangt af van de parlementaire behandeling. Voor belangrijke organisaties zoals CVZ, CTZ en de SUO is de naaste toekomst echter vrij helder omschreven.

Over de zorgtoeslag zijn veel vragen gesteld. Is de Belastingdienst er klaar voor? Krijgt iedereen die er recht op heeft ook de zorgtoeslag? De Belastingdienst weet als geen ander dat het van levensbelang is dat dit goed wordt uitgevoerd. De staatssecretaris van Financiën rapporteert maandelijks aan de Tweede Kamer over de voortgang van de voorbereiding van de toeslagen. Verder vinden er regelmatig audits plaats door de diensten van Financiën en VWS. Tot dusver zijn er geen problemen naar voren gekomen die tijdige invoering van de zorgtoeslag in de weg staan.

De formuleren zijn gereed. Die zien er eenvoudig uit. Naar het zich laat aanzien zal 55% van de mensen, vooral mensen met lagere inkomens en huursubsidies, een voorbedrukt formulier krijgen waarbij vrijwel alleen een handtekening hoeft te worden gezet.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Er bestaat een duidelijke afspraak dat alles wat in verband met deze wetten naar de Tweede Kamer wordt gestuurd ook bij de Eerste Kamer terechtkomt. Een rapportage van de staatssecretaris van Financiën heb ik nog nooit gezien. Dit is echter een zeer aangelegen punt. Misschien kan het nog in orde worden gemaakt. Ik zal daar dan de komende week kennis van nemen.

Minister **Hoogervorst**: Als hier sprake is van een verzuim, zal ik dat graag herstellen.

De heer Van den Berg heeft gevraagd of de mensen een inzicht kunnen krijgen in de inkomensgevolgen van de Zorgverzekeringswet. Het is heel moeilijk om dat individueel uit te rekenen. Wij zullen bij de presentatie van het inkomensbeeld op Prinsjesdag specifiek aandacht besteden aan de inkomensgevolgen van de Zorgverzekeringswet voor verschillende groepen. Wij zullen voorzieningen creëren zodat mensen kunnen bekijken hoe het voor hen uitpakt.

Mevrouw Van Leeuwen vraagt wanneer het vastleggen van de percentages van de toeslag plaatsvindt.

De nieuwe percentages worden in de I&A-wet opgenomen, want deze bevat een wijziging van de Wet op de zorgtoeslag waarin dit is geregeld.

De heer Hamel heeft gevraagd of ik de garantie kan geven dat deze wetsvoorstellen niet leiden tot een groter beslag dan 3,5 tot 5%. Zoals u weet neemt de zorgtoeslag de genommerde kosten voor een basisverzekering in aanmerking. Burgers betalen dus niet meer dan 3,5 respectievelijk 5% van hun inkomen aan premie zoals bepaald aan de hand van het marktgemiddelde. Voor aanvullende verzekeringen en andere zorgkosten kan men een beroep doen op de buitengewone uitgaven en de Tbu.

Mevrouw Dupuis heeft nog gevraagd of de werkelijke kosten van de gezondheidszorg na de invoering van de zorgtoeslag nog wel transparant genoeg zijn. Aangezien de zorgtoeslag alleen de gemiddelde premie vergoedt, zal een burger altijd blijven kijken naar de hoogte van de werkelijk betaalde premie. Dit is nu juist de bedoeling van het nieuwe systeem. De impliciete inkomenssubsidie in de ziekenfondspremie wordt nu overgeheveld naar de zorgtoeslag. Daardoor wordt een grote groep mensen meer dan nu het geval is, geconfronteerd met de werkelijke kosten van de zorg. De transparantie zal dus toenemen.

De heer Van der Berg heeft gevraagd of ik kan garanderen dat AOW'ers een even grote verhoging van de AOW krijgen als zij extra aan werkgeversbijdrage moeten betalen. De systematiek van de ZVW is voor AOW'ers hetzelfde als die van de huidige Ziekenfondswet. De procentuele werkgeverspremie ZFW en de inkomensafhankelijke bijdrage ZVW verschillen nauwelijks van elkaar. Er verandert dus eigenlijk niet veel voor de AOW'ers.

Blijft de toeslag wel betaalbaar nu de zorgtoeslag een openeindconstructie is; zal er geen enorme druk tot kostenverhoging ontstaan als zes miljoen mensen een zorgtoeslag krijgen, vroeg mevrouw Dupuis. Ik ben het met haar eens dat ook in de toekomst kostenbeheersing

heel belangrijk zal zijn. Daarom ook moeten zorgverzekeraars een instrument in handen krijgen om die doelmatigheid te bevorderen; met selectieve contractering kunnen zij invloed uitoefenen op zorgaanbieders om de doelmatigheid te bevorderen. Wij kunnen dit doel echter niet alleen met financiële prikkels bereiken. Daarom hecht ik zoveel belang aan een van de belangrijkste elementen in ons stelsel, de poortwachterfunctie van de huisarts. Ik beschik natuurlijk ook nog over een aantal instrumenten zoals het prijsbeheersinginstrument. Ik heb toegezegd dat voorlopig 90% van bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg onderhevig blijft aan prijsbeheersing tot ik de evaluatie heb en tot de Zorgautoriteit is ingesteld.

Verder is er gevraagd of de zorgtoeslag niet tot grote bureaucratie zal leiden en of mensen moeten worden gedwongen tot belastingaangifte. Voor het ontvangen van zorgtoeslag is geen aangifte inkomstenbelasting nodig. Ik erken wel dat dit een extra handeling van mensen vergt; zij moeten het formulier invullen en ondertekenen. Wij doen er echter alles aan om het voor de mensen zo makkelijk mogelijk te maken. Zelfs in het eerste jaar zullen wij er waarschijnlijk al in slagen om voor 55% van de mensen een voorbedrukt formulier te maken zodat zij niet allerlei ingewikkelde berekeningen hoeven te maken.

De heer **Hamel** (PvdA): Mag ik een heel concreet voorbeeld gebruiken? Hoe krijgt een dak- of thuisloze zijn zorgtoeslag?

Minister **Hoogervorst**: Dit is een van die onderwerpen die ik met de VNG wil bespreken. Deze mensen moeten nu ook via de Sociale Dienst worden verzekerd; de dienst maakt daarvoor speciale arrangementen. Als dit in het verleden kon, zie ik niet in waarom dit niet in de toekomst zou kunnen.

De heer **Hamel** (PvdA): Daarin zit nu net het verschil. De sociale dienst kan het op dit moment regelen met de verzekeraar, maar straks mag het niet. Daar gaat het om.

Minister **Hoogervorst**: Ook dan kan men overeenkomen dat de verzekerde zijn zorgtoeslag overlaat aan bijvoorbeeld de zorgverzekeraar.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb een voorstel gedaan waarvoor inderdaad een kleine wetswijziging nodig is, maar daardoor kan het naadloos lopen. Ik heb een heel concrete vraag gesteld. Als de minister daarover met de VNG gaat praten, dan moet er een oplossing komen waardoor de gegevens worden doorgesluisd naar het inlichtingenbureau. Dat gebeurt in het kader van de Wet werk en bijstand. Op grond van artikel 57 kan de gemeente dan dat doen waar de Hamel en ik op hopen, namelijk dat geen dakloze en geen verslaafde verstoken zal zijn van medische zorg. In dat geval worden immers de premies betaald.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Over de stapeling van no-claim en eigen risico is een aantal vragen gesteld. Vooral de heer Schouw heeft daarvoor aandacht gevraagd. Het zijn twee instrumenten die hetzelfde beogen, maar die

technisch heel anders in elkaar zitten. Ik heb destijds de no-claim heel doelbewust ingevoerd op de manier waarop ik dat heb gedaan. Zo wilde ik de liquiditeitsproblemen voor mensen met een smalle beurs zo klein mogelijk te houden. Dat wringt een beetje met het eigen risico. Ik denk dat het minder problematisch is om een en ander aan de klanten uit te leggen dan af en toe wordt geschetst. De heer Schouw heeft echter gevraagd om nog voor de invoering van de I&A-wet een studie te maken van de manier waarop je beide instrumenten zou kunnen laten samensmelten tot één instrument. Wat zijn nu de voors en tegens? Ik zal graag aan dat verzoek voldoen. Voorts zal ik beide Kamers voor het zomerreces informeren over het onderzoek naar de haalbaarheid van het VVD-plan tot doorontwikkeling van de no-claim.

Over de evaluatie van de no-claim zeg ik het volgende. De ziekenfondsen moeten uiterlijk 1 april 2006 de no-claimteruggave over 2005 uitkeren. Die informatie hebben wij natuurlijk wel minimaal nodig om over de no-claim en de effectiviteit ervan te kunnen oordelen. De evaluatie zal dus op zijn vroegst kort na april 2006 beschikbaar kunnen komen. Ik zal echter alles in het werk stellen om het binnen zeer korte tijd te doen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Van verschillende kanten is opgemerkt dat het onmogelijk uit te leggen is en dat het een heel lastige constructie is, namelijk eerst de no-claim en dan het eigen risico. Volgens mij hebben wij vrij breed gezegd dat wij het eigenlijk anders zouden willen. Ik hoor echter meer over een evaluatie en een monitor.

Minister **Hoogervorst**: Wetstechnisch is het niet meer mogelijk om dit voor het eind van het jaar te veranderen. Zelfs als het wel zou kunnen, dan zouden de verzekeraars met de handen in het haar zitten. Zij hebben namelijk aan ons gevraagd om het aantal veranderingen tot een minimum te beperken, omdat zij anders volgend jaar hun werk niet kunnen doen, vanwege al die veranderingen. Ik zeg toe om nog voor de bespreking van de I&A-wet de zaken voor nadere besluitvorming op een rij te zetten.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Doelt u op de bespreking van de I&A-wet aan de andere kant? Dat is deze maand al.

Minister **Hoogervorst**: Dat zal niet lukken. Ik doel op de bespreking hier.

Voorzitter. Ik kom nu te spreken over de integratie van de zorgtoeslag en de fiscale regeling. Ik heb daarover op 12 april een brief gestuurd met een onderscheid tussen de kortere en de lange termijn. Per 2006 zal de tijdelijkheid van de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven worden opgeheven. De I&A-wet bevat daar inmiddels een bepaling toe.

Daarnaast heb ik ook opgeschreven dat de integratie van de zorgtoeslag met de fiscale buitengewone uitgavenregeling een heel ingewikkelde zaak is. De heer Van den Berg heeft in zijn bijdrage gezegd dat hij voor bepaalde groepen mensen de buitengewone lastenaf trek wil handhaven. Dat is niet eenvoudig, want je komt voor een heleboel politieke en technische vragen te staan om die samenvoeging, die ik op zichzelf wenselijk acht, te

regelen. Daar is echt grondig onderzoek naar nodig. Ik zeg in alle eerlijkheid dat daar ook bij komt dat de Belastingdienst onder ongelooflijk zware druk staat om alles goed te doen en de wetgever bij te houden. Het is ook evident dat het niet kan lukken voor 2006 en dat heb ik de Kamer al eerder duidelijk gemaakt. Voor het Belastingplan 2007 kan het wel een rol spelen. Het gevraagde onderzoek moet daartoe tijdig tot de beschikking van de Kamer staan. Hoewel dat nog een enorme "tour de force" zal zijn, zal ik mij tot staatssecretaris Wijn wenden om ervoor te zorgen dat wij het onderzoek tijdig klaar hebben, zodat wij daar tijdig over kunnen discussiëren.

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik begrijp dat de minister ook de problematiek die ik op zijn tafel heb gelegd, meeneemt in dat onderzoek.

Minister **Hoogervorst**: Dat zal ik graag doen.

Tot slot kom ik bij de afdeling "diversen", maar dat zijn er nog een hoop. Ik geloof dat het de heer Schouw was die mij vroeg nader onderzoek te doen naar het terugbrengen van noodzakelijke zorg in de zorgverzekering. Bij de vraag of noodzakelijke zorg in het pakket moet zitten, gaat het er niet alleen om of de zorg medisch aangewezen kan zijn, maar ook om de vraag of het noodzakelijk is om de zorg collectief te financieren of dat deze zorg voor eigen rekening en verantwoording kan komen. Op basis van die criteria zijn de afgelopen jaren diverse pakketmaatregelen genomen, die ik overigens nauwkeurig monitor. Als ik echter evidente tekenen kreeg dat er iets mis kon gaan, bijvoorbeeld rond het zittend ziekenvervoer en de zelfzorgmedicijnen, dan heb ik ook aanpassingen laten aanbrengen. De effecten van de maatregelen inzake IVF, sterilisatie en psychotherapie worden nog geëvalueerd en ik zal daar zorgvuldig mee om blijven gaan.

Mevrouw Slagter heeft gevraagd of het risico bestaat dat mensen de facto onverzekerd zullen zijn omdat zij een te hoog vrijwillig eigen risico nemen. Dat vrijwillig eigen risico is vrijwillig, dus men hoeft dat niet te nemen. Ik verwacht daar ook geen grote problemen bij, aangezien de neiging van Nederlanders eerder is om zich uitbundig te verzekeren, dan zich te kaal te verzekeren. Ik verwacht dat alleen mensen die gezond denken te zijn en dat geld denken terug te verdienen, voor dat vrijwillig eigen risico zullen kiezen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Mijn angst is juist dat mensen die het niet kunnen betalen, een hoog eigen risico zullen nemen en daarmee "pennywise, poundfoolish" handelen. Ik zou het op prijs stellen als u probeert zich daarin te verdiepen om te kijken wat je daaraan zou kunnen doen. Ik denk dat het juist een taak van de overheid is om dit soort dingen tegen te gaan.

Minister **Hoogervorst**: Misschien is dit een goed punt om mee te nemen in de evaluatie. De heer Schouw heeft een groot aantal punten naar voren gebracht die na één jaar geëvalueerd moeten worden.

Ik vind dat een goede zaak dus dat zeg ik toe. Ik zeg ook toe om ernaar te kijken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Er is toch onlangs gepubliceerd dat mensen zich niet meer aanvullend verzekeren en daardoor bijvoorbeeld noodzakelijke tandartszorg mislopen of daar te weinig gebruik van maken?

Minister **Hoogervorst**: Het valt vooral op dat het tandartsbezoek van kinderen afneemt terwijl dat volledig is verzekerd.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat kan ik u zo uitleggen. Kinderen gaan met de ouders mee en omdat de ouders niet meer gaan, gaan de kinderen ook niet meer.

Minister **Hoogervorst**: De heer Van den Berg vroeg hoe ik de €500 stijging van de ziektekosten voor ziekenfondsverzekerden met studerende kinderen ga opvangen. Hij vroeg of die studenten zorgtoeslag krijgen en hoe de compensatie via de studiebeurzen plaatsvindt. Studenten hebben net als ieder ander recht op zorgtoeslag als zij achttien jaar of ouder zijn. Daarnaast is er voor compensatie €33 mln. beschikbaar en dat zal via de aanvullende beurs plaatsvinden. Ik denk dat er daarmee al met al sprake is van een adequate compensatie, ook voor gezinnen met studerende kinderen.

Mevrouw Swenker heeft aandacht gevraagd voor de schottenproblematiek rond de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de WMO. Zo lang wij verschillende verzekeringen houden, zal er altijd een zeker probleem zijn. Wij zijn ons van dat probleem bewust en wij laten ons bij onze beslissingen echt leiden door de gedachte om die afwentelingsproblemen zo veel mogelijk te voorkomen. Bij de WMO is de gedachte om de huishoudelijke zorg zo veel mogelijk integraal over te hevelen om te voorkomen dat gemeenten de huishoudelijke zorg weer verplaatsen naar de AWBZ. Wij kijken daar heel erg zorgvuldig naar. Zo lang er schotten zijn, zal het echter altijd een beetje blijven wringen. Wij hebben er in elk geval aandacht voor.

Mevrouw Van Leeuwen vroeg of er in de Zorgverzekeringswet een PGB-systematiek kan worden ontwikkeld. Ik denk dat die vraag echt actueel wordt als wij grotere porties van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet zouden willen gaan overhevelen. Dan wordt die vraag onontkoombaar. Voordat wij dat soort stappen nemen, moeten wij dat zeer nauwkeurig bestuderen. Mevrouw Swenker vroeg hoe het zit met toezicht op tussenpersonen en wat de relatie tussen de Zorgverzekeringswet en de Wfd is. Dat is simpel. Regels ten aanzien van afsluitings- en verleningsprovisies zijn vastgelegd in de Wfd en die gelden ook voor zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren. Over de uitgangspunten voor het vaststellen van de provisie onderhandelen de organisaties van verzekeraars en assurantiebemiddelaars. Over de inhoud van de Wfd bestaat geen enkel verschil van inzicht tussen Financiën, EZ en VWS.

Mevrouw Van Leeuwen heeft erop gewezen dat werkgevers van publiekrechtelijke regelingen kunnen meebetalen aan premies voor aanvullende verzekeringen. Zij vroeg of dat ook voor andere werkgevers geldt. Zij stelde dat de gereserveerde €160 mln. ook ten goede

moeten komen aan de publiekrechtelijke regelingen en dat politieambtenaren in elk geval moeten kunnen delen in het gereserveerde bedrag. De aanvullende verzekering is een individuele keuze en in het geval van de lagere overheden een zaak van de sociale partners. Zij zijn dit in het verleden overeengekomen en zij moeten nu besluiten hoe zij de aanvullende verzekering al dan niet gaan vormgeven vanaf 1 januari 2006. Invoering van de Zorgverzekeringswet leidt tot een vrijval van financiële middelen, ongeveer €160 mln. Daar kunnen de sociale partners mee doen wat zij willen. Er is ook naar de politie gekeken. Daar werkten de plussen en de minnen precies neutraal uit. De VNG heeft per brief aan de minister van BZK laten weten dat zij zichzelf verantwoordelijk acht voor het oplossen van dit probleem in eigen huis. Men heeft dus geen gooi gedaan naar de €160 mln.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): En de politieambtenaar?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb zojuist gezegd dat die meedeelt in de berekeningen. De plussen en de minnen waren daarbij in evenwicht.

Voorzitter. Mevrouw Van Leeuwen heeft gevraagd wat ik beoog met de basissubsidie van het CBO, dat zulk voortreffelijk werk verricht. Ik ben ook zeer tevreden met het werk van het CBO. Bij de uitwerking van het subsidiebeleid hebben wij de relaties met tal van instellingen echter herzien: minder instandhoudingssubsidies en meer projectsubsidies. Ik wil ZonMw een sterkere coördinerende rol geven in de uitvoering van het beleid. Momenteel zijn wij dan ook in gesprek met het CBO over het afbouwen van de instellingssubsidie onder het gelijktijdig opbouwen van meerjarige kennis, innovatie- en demonstratieprogramma's bij ZonMw. Ik verwacht dat het CBO daarin een heel belangrijke rol blijft spelen. Men hoeft zich geen zorgen te maken dat deze club ten onder gaat. Daarvoor doe ik er gewoon te veel mee.

Bij palliatieve zorg gaat het om zorg die zowel onderdeel uitmaakt van de Ziekenfondswet, straks de Zorgverzekeringswet, als de AWBZ. Ook nu is palliatieve zorg geen apart soort zorg; het is reguliere zorg. Die zorg maakt daarom ook integraal onderdeel uit van een zorg die ook nodig kan zijn in situaties waarbij er sprake is van een te genezen aandoening. In de Zfw en de AWBZ is dan ook niets apart geregeld over palliatieve zorg, evenmin in de Zvw. Palliatieve zorg hoort gewoon bij goed medisch handelen.

De zorgverzekeraar moet ook bij de Zvw de toegang tot zorg in palliatieve situaties waarborgen. Hij koopt deze zorg integraal in dan wel waarborgt hij dat de kosten van die zorg vergoed worden. De staatssecretaris en ik stimuleren de afstemming tussen de palliatieve terminale zorg die op grond van de AWBZ en de Zfw/Zvw verleend wordt. Dit gebeurt doordat de integrale kankercentra via de premiegelden Zfw in een opslag van de ziekenhuistarieven extra geld krijgen voor de samenwerking en consultatie van de verschillende zorgverleners en zorgsectoren. Dat blijft zo bestaan.

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik denk dat wij wat langs elkaar heen praten. Ik ben blij dat de minister dit punt in overleg met de staatssecretaris regelt. Dat is al staand beleid. Het gaat om de vraag of je de kwaliteit van de palliatieve zorg op een hoger niveau wilt brengen. Dat is internationaal ontzettend belangrijk. Dat is dus nodig. Er zijn nog een aantal onduidelijke beslismomenten bij specialisten. Moet je daarin investeren op wetenschappelijk niveau? Dat doet een ziekenhuis. Ik heb begrepen dat er nog een ziekenhuis mee bezig is. Onze zorg is dat verzekeraars geen interesse zullen hebben in de contracten die gesloten worden op grond van de wet die wij nu behandelen. Ik heb geprobeerd om dit aan de hand van voorbeelden duidelijk te maken. Het gaat erom dat wij er op de een of andere wijze voor zorgen dat het wetenschappelijk onderzoek voortgezet kan worden. Als wij dat niet doen, zakt de kwaliteit van de palliatieve zorg weg. Wij lopen dan weer achter bij de ons omringende landen. Die jaren hebben wij gekend en dat moeten wij ten koste van alles voorkomen.

Minister **Hoogervorst**: Ik begrijp uw inzet. Inderdaad maken academische ziekenhuizen afspraken met elkaar om kenniscentra tot stand te brengen voor palliatieve zorg. Er wordt op zich dus aan gewerkt. Wellicht is het beter dat u dit verder bespreekt met de staatssecretaris. Die is veel meer ter zake kundig.

De heer **Van den Berg** (SGP): Wij behandelen nu een wet waarin dat geregeld moet worden. Het gaat nu niet over de care, maar over het wetenschappelijke onderzoek naar verbetering van de palliatieve zorg tot een heel hoog niveau. Dat moeten de ziektekostenverzekeraars betalen. Het is geen AWBZ-aangelegenheid en evenmin staand beleid.

Er is echter wel heel veel inzet gepleegd om die palliatieve zorg in dit land op de rails te krijgen en tot ontwikkeling te brengen. Dat is goed, maar daarmee moeten wij blijven doorgaan om de zorg om dat niveau te kunnen houden.

Minister **Hoogervorst**: Ik kan u in ieder geval garanderen dat er geen verslechtering ten opzichte van de huidige situatie zal plaatsvinden.

De heer **Van den Berg** (SGP): De huidige situatie is niet voldoende om het niveau op peil te houden. Vandaar die palliatieve leerstoel.

Minister **Hoogervorst**: Ik meen toch dat dit een te specifiek punt is.

De heer **Van den Berg** (SGP): Als u nu toezegt dat u dit meeneemt en dat u eens in overleg treedt met een academisch ziekenhuis, wordt er in ieder geval een gesprek gevoerd. Mocht het noodzakelijk zijn, dan kunt u altijd nog besluiten om daarvoor ook een DBC op te starten. Dan bent u echter in gesprek met de enkele ziekenhuizen die hierin op dit moment veel investeren, nota bene uit eigen middelen.

Minister **Hoogervorst**: Zodra de academische ziekenhuizen met elkaar tot afspraken zijn gekomen, zal

mijn staatssecretaris of ik graag een gesprek met hen voeren. Ik kan nu niet toezeggen dat daaruit een DBC zal voortvloeien, maar het door u gevraagde gesprek zeg ik graag toe.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dit vind ik een beetje weinig, want bij palliatieve therapie hoort net zo goed dat huisartsen er extra tijd aan besteden. Dat is nu flexzorg. Hoe wordt die dan straks geregeld? Als u er iets mee doet, vind ik wel dat u het veelomvattender moet doen dan wat de heer Van den Berg nu suggereert. Ik vind dat wij dan met elkaar moeten bezien wat er nu belangrijk is in dit dossier. Ik meen niet dat wij daaraan vanavond nog heel veel tijd moeten besteden.

Minister **Hoogervorst**: Het laatste ben ik met u eens.

Over de prijsstijging door DBC 's heeft mevrouw Dupuis een vraag gesteld. Ik heb gisteren een brief terzake aan de Tweede Kamer gestuurd. Ik weet niet zeker of ik die brief ook in kopie aan de Eerste Kamer heb gestuurd. Mocht dat niet het geval zijn, dan zal ik dat alsnog doen. Dit is een heel technische kwestie. Er is geen sprake van dat er zomaar uit de lucht zeer grote prijsstijgingen komen. Dit heeft te maken met het feit dat in het verleden grote delen van de kosten in verpleegdagtarieven zaten, waar zij eigenlijk helemaal niet hoorden, terwijl er nu een veel betere toedeling van kosten is. Dit is een technische kwestie. Ik zal de Kamer graag deze informatie toesturen.

Mevrouw Slagter heeft nog gevraagd hoe hoog volgend jaar de premie zal worden voor de aanvullende verzekering. Ik heb al gezegd dat het wettelijk pakket grosso modo gelijk is aan het huidige pakket, dus dat het aanvullend pakket ook niet sterk van vorm zal veranderen. Ik heb ook geen aanwijzing om aan te nemen dat de kosten daarvan sterk zouden toenemen.

Wat de kosten van acute zorg betreft, is het klip en klaar dat de zorgverzekeraar verplicht is om acute zorg van patiënten zo dichtbij mogelijk aan te bieden. Acute zorg voor patiënten is het dichtstbijzijnde adequate ziekenhuis. De zorgverzekeraar is gewoon verplicht om 100% te vergoeden.

Mevrouw Slagter heeft verder gevraagd in welke situaties verzekeraars aanvullende verzekeringen mogen beëindigen. Op aanvullende verzekeringen ziet de ZWW niet, dus daarvoor geldt het algemeen verzekeringsrecht. Dat wil zeggen dat verzekeraars de verzekering mogen beëindigen in een aantal wettelijk omschreven situaties, bijvoorbeeld wanbetaling en fraude, en daarnaast in alle gevallen die in de polis zijn omschreven. In het wetsvoorstel over het algemeen verzekeringsrecht dat bij uw Kamer in behandeling is, worden wel enkele, de verzekeringnemer beschermende voorwaarden gesteld aan het in de polis opnemen van opzegmogelijkheden voor de verzekeraar. In dit wetsvoorstel wordt dus duidelijk gemaakt welke voorwaarden de verzekeraar mag opnemen onder welke hij mag opzeggen.

De heer Hamel heeft gevraagd of het mogelijk is om een verzekerde pas te royeren nadat hij elders een zorgverzekering heeft gesloten. In principe zou de eerste zorgverzekeraar daartoe kunnen besluiten, maar het is natuurlijk wel de vraag of hij dat zal doen, want het vergt

wel een heel altruïstische instelling als er sprake is van wanbetaling of fraude.

De heer **Hamel** (PvdA): De verzekeraars zouden dat ook onderling kunnen regelen.

Minister **Hoogervorst**: Maar dat kan de verzekerde het idee van moral hazard geven. Overigens kan niet direct geroyeerd worden. De verzekeraar moet de verzekeringsnemer eerst manen binnen 14 dagen te betalen. Dat bepaalt het nieuwe, algemene verzekeringsrecht, waarover ik zojuist sprak. Een verzekeringsnemer kan die periode benutten om een nieuwe zorgverzekeraar te zoeken.

De heer **Hamel** (PvdA): Deze oplossing bespraken wij dus ook toen wij het hadden over de meer draagkrachtigen en de bijstandsregeling.

Minister **Hoogervorst**: Ja.

Er is mij gevraagd te reageren op het plan-Leers, het fit-burger-plan, waarmee men de verzekeraars wil verplichten om een percentage van de omzet te storten in een nationaal preventiefonds. Ik zou natuurlijk net zo goed uit de rijksbegroting een som geld voor preventie ter beschikking kunnen stellen. Dan zou ik die preventie wettelijk verplicht kunnen maken. Verzekeraars kunnen tot op zekere hoogte belang hebben bij het versterken van preventie, ook ten behoeve van hun eigen schadebeheersing. Bij bijvoorbeeld diabetes kan dat zeer lonend zijn. Andere vormen van preventie kunnen niet lonend zijn. Daarom blijf ik vinden dat op het gebied van preventie de overheid een belangrijke taak blijft houden.

Voorzitter. Ten slotte wil ik ingaan op de vraag van de heer Van den Berg over de gemoedsbezwaarden. De gemoedsbezwaarden kunnen onder de ZFW gebruik blijven maken van de AWBZ-zorg, zoals de gehandicaptenzorg. Het is nu echt een kwestie van kiezen: of wel voor allebei betalen en meedraaien in het systeem of dat niet doen. Men kan echter niet voor het een kiezen, maar niet meedoen aan het ander. Dat is niet consequent.

Voorzitter. Ik heb getracht zoveel mogelijk vragen te beantwoorden. Misschien zijn er vragen niet beantwoord, maar er komt een tweede termijn. Daarnaast heb ik een brief toegezegd. Wellicht kunnen daarmee ook nog vragen worden beantwoord.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik heb nog gevraagd of particuliere zorgverzekeraars winst mogen blijven maken.

Minister **Hoogervorst**: Ja, dat mogen zij.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De zorgverzekeraar is voor zijn cliënt ook uitvoerder voor de AWBZ. Wat gebeurt er als die cliënt van zorgverzekeraar wisselt?

Minister **Hoogervorst**: Men blijft bij hetzelfde zorgkantoor. Op dat punt verandert er niets.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Heeft de uitgestelde overheveling van de AWBZ naar de Ziekenfondswet gevolgen voor de koopkracht?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb geschreven dat ik volgend jaar een deel van de AWBZ-zorg betaal uit de kas voor de Zorgverzekeringswet. Dat doe ik om te voorkomen dat de mensen volgend jaar weer met een geheel nieuwe situatie worden geconfronteerd en er weer een koopkrachtschok is.

De **voorzitter**: Ik dank de minister hartelijk voor zijn reactie in eerste termijn. Ik schors de vergadering voor de dinerpauze en voor fractieberaad.

De vergadering wordt van 19.40 uur tot 21.15 uur geschorst.

*N

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de antwoorden die hij wél heeft gegeven. Ik merk op dat wij bezig zijn met een voor de burger uitermate belangrijk wetsvoorstel, maar er gaat nogal wat onduidelijkheid over tafel: er wordt veel toegezegd, "er zal nog worden gekeken naar", er komen nog wetsvoorstellen, er komen regelingen die nog moeten worden uitgewerkt, er moet nog handen en voeten aan worden gegeven. Ik zal in tweede termijn een aantal van onze vragen opnieuw aan de minister voorleggen.

Ik begin met de patiënt. Wij zien beperkte mogelijkheden in het "stemmen met de voeten". Wij verwachten daar niet de marktwerking van die de minister ons soms voorspiegelt. Een van onze belangrijke zorgen is dat de hele discussie zal leiden tot een reductie tot een keuze in prijs, waarbij de kwaliteit al snel een te verwaarlozen goed zal zijn. Ziekenfondsen hadden al een verantwoordelijkheid inzake de kwaliteit, maar die verantwoordelijkheid is niet altijd even merkbaar geweest. De situatie zal veranderen. Wij gaan het nu over prijs én kwaliteit hebben. Ook daar zit een relatie. Indirect is dat ook door de huisartsen aangegeven. Er kan best op een aantal punten kwaliteit worden geboden voor een lagere prijs, in een andere vorm, maar het is wel de vraag of daar bewust voor gekozen wordt. Daarmee komt de kwaliteit in een heel ander daglicht te staan. Kan de patiënt een en ander beoordelen, kan hij dat bij zijn naturopolis inzien? Stel dat de kwaliteit hem niet bevalt. Kan hij dan na een jaar van die polis af? Dat kan, maar meestal is dat pas essentieel op het moment dat er behandeld moet worden. Daarom hebben wij heel uitdrukkelijk gevraagd naar de zeggenschap. Bij de HOZ heeft de minister al aangegeven dat hij daarover met ZN zou praten. Wat verstaat de minister onder een invloed "in redelijke mate"? Wij hebben gezegd dat wij hogere verwachtingen hebben van patiëntenorganisaties voor chronisch zieken. Zij moeten direct betrokken zijn bij het beleid van de verzekeraar richting de aanbieders. De mate waarin deze organisaties over de kwaliteit kunnen praten, kan hun invloed belangrijk doen toenemen.

Ik kom op de verevening. Ik heb gevraagd hoe het precies gaat lopen bij een verzekeraar die een bepaalde categorie van chronisch zieken aan zich wil binden. In de memorie van antwoord staat dat dat goed kan, want de verzekering zou zo afgewogen zijn, dat daarvoor een extra bedrag beschikbaar zou zijn. Betekent dat dat een verzekeraar gedurende een langere tijd, meerdere jaren, op een vast bedrag kan rekenen, dat dus niet wisselvallig is? De minister gaf het antwoord dat hij ook vond dat er continuïteit moet zijn.

Wij hebben een voorstel gedaan. Een verzekerde moet eens in de twee jaar kunnen kiezen voor een nieuwe verzekeraar en daarnaast de mogelijkheid krijgen om naar een andere verzekeraar te gaan op het moment dat hij een behandeling of een behandelaar wil die niet in het pakket zit van zijn huidige verzekeraar. Wij kunnen ons niet goed voorstellen dat dat element niet haalbaar is. Daarmee zou in belangrijke mate de vrije artskeuze zijn gered, terwijl de naturapolis een reële positie zou gaan innemen en het restitutieprobleem een behoorlijk stuk dichterbij een oplossing zou worden gebracht. Immers, als je er statistisch naar kijkt, zie je dat je eens per twee jaar kunt kiezen, zonder dat het risico voor de verzekeraar groter wordt. Op het moment dat een patiënt een behandeling wil, zal dat over het algemeen niet aan het eind van een ziekteproces zijn, maar aan het begin daarvan. Hij wordt dus pas risicopatiënt op het moment dat hij ziek is. Daarvoor heeft de andere verzekeraar geen hoog bedrag gehad, maar dat krijgt de nieuwe verzekeraar wel. Wij begrijpen dat niet, omdat wij denken dat hierdoor de mogelijkheden voor hen die voor een naturapolis kiezen aanzienlijk worden verruimd.

Privacy lijkt een beetje het stiefkind van het departement te zijn, terwijl dat nu juist zo'n belangrijk en wezenlijk onderdeel is van de zorg. Daarmee hadden we het al over het beroepsgeheim, maar eenieder weet uit de praktijk hoe belangrijk het is dat mensen hun ziekte al dan niet willen weten voor de buitenwereld. Iedereen weet ook dat mensen toevallig Pietje kennen, waarvan de gegevens net langskwamen. De minister heeft aangegeven dat de gegevens uitsluitend mogen worden gebruikt voor de verevening. Als we de Wet bescherming persoonsgegevens goed kennen, denken wij dat dat alleen bij AMvB mag. Dat mag geen regeling zijn die door de minister zomaar wordt getroffen. Wij denken ook dat het goed is, want bij AMvB zal duidelijker uitdrukking worden gegeven dat het alleen geldt voor die verevening.

Op de vraag wat de minister gaat doen als het budgettaire kader wordt overschreden, heb ik geen antwoord gehad. Het ging er daarbij om, wat de relatie is tussen het budgettaire kader, de markt en de premiestelling. Als dit kader wordt overschreden, wordt dan de zorgtoeslag verlaagd, de premie verhoogd, het basispakket beperkt, het eigen risico verhoogd of de inkomensafhankelijke premiegrens verhoogd? Wij zouden dit praktijkvoorbeeld aan de minister willen voorleggen, want dat is de crux van dit wetsvoorstel. Op dit moment gaat het om het pakket zoals het er nu ligt. Maar wat als het budgettaire kader onvoldoende wordt gevonden? Op welk onderdeel wordt dan ingegrepen? Dat zijn belangrijke vragen, waarbij het gaat om het evenwicht in dit

wetsvoorstel. Het aanvullende pakket kan groter worden, maar daarmee wordt de solidariteit aanzienlijk kleiner.

Prachtig was, in eerste termijn te horen dat sommige collegae de minister vroegen wat hij gaat doen. Het antwoord was dat de minister niet veel ging doen, want dat is nu net de taak van de verzekeraar, die volstrekt in lijn met het wetsvoorstel denkt. Maar daar zit precies de kern van de discussie tussen privaat-publiek en publiek-privaat. Is de overheid, het publiek, de kadersteller, de regisseur, zij het dan niet de regisseur van de zorg zelf, maar van de kaders waarbinnen dat moet plaatsvinden? Of wordt dat aan anderen overgelaten? Dat blijft voor mijn fractie een belangrijk punt: een publieke verantwoordelijkheid moet ook door publieke regie handen en voeten krijgen. Een deel wordt als uitvoerders bestempeld, en een ander deel als marktpartij. Maar om alles binnen een marktverhouding te regelen, daarmee heeft mijn fractie toch grote problemen.

Wij vinden het jammer dat weer een onderzoek wordt ingesteld naar een inkomensafhankelijk risico, dan wel een eigenbijdrageregeling. Er is al een onderzoek ingesteld, waarbij te veel en te letterlijk is gekeken naar hoe de regeling bij een ander was. Ik refereer aan de IZA. Daarbij is heel letterlijk gekeken naar de IZA, terwijl de vraag van mijn fractie heel simpel was.

Wat zijn de kosten ervan als je zo'n regeling inkomensafhankelijk wil implementeren? Daar hebben wij helaas in het eerste onderzoek geen antwoord op gekregen. Als er een onderzoek wordt ingesteld in het kader van de no claim, vragen wij om ook uitdrukkelijk te kijken of er bij de bij no-claimregeling een inkomensafhankelijk eigen risico kan worden geïntroduceerd en wat daar eventueel de bezwaren tegen zijn.

Los van het oordeel over het wetsvoorstel staat het oordeel over het invoeringstraject. Ik heb al eerder aangegeven dat wij denken dat wij het daar nu over moeten hebben en dat wij dat niet over drie of vier maanden kunnen doen. Als je dat traject inzet, moet je dat niet meer halverwege onderbreken. Ik behoef hier niet alle regelingen op te sommen die nog moeten worden getroffen en ik behoef ook niet te wijzen op het overleg dat nog moet plaatsvinden voordat wij kunnen spreken van een effectief functionerende wet. Het maakt het beeld van de consequenties er niet duidelijker op. Dat is ook herhaaldelijk in de eerste termijn aan de orde geweest. Bij vele vragen werden er toezeggingen gedaan dat het nog geregeld zou worden, dat het nog tot uitdrukking zou worden gebracht. Dat maakt het niet duidelijker in het oordeel hier, maar dat maakt het nog minder duidelijk voor de burger. Ik zeg hiermee niet dat de burger alle onderdelen moet kennen, maar uiteindelijk zal het beeld van deze wet toch zijn vorm krijgen als dit alles op z'n plaats zit. Wij hebben te maken met een ingrijpend wetsvoorstel dat iedereen raakt en velen meer dan dat, omdat ze ervan afhankelijk zijn. Daarbij denk ik met name aan de niet gezonde Nederlanders die echt afhankelijk zijn van zorg. Wij vinden het niet acceptabel dat deze mensen op zo korte termijn worden geconfronteerd met een wet die zeer ingrijpend voor hen zal zijn. Dan kan hier misschien het technisch oordeel zijn dat het wel mee zal vallen, maar u hoeft maar om u heen te vragen om te weten dat het

veel verder gaat. Mensen die met de zorg worden geconfronteerd, voelen over het algemeen alles wat er om hen heen gebeurt als bedreigend, al raakt het ze van geen kant. Waarom moet het nu zo geforceerd worden? Wat is het doel ervan? Er zijn nog zo veel dingen die zorgvuldig moeten worden geregeld. Waarom wordt daarvoor niet de tijd genomen? Al heeft de minister zijn hoofd eraan verbonden en geloven wij hem dat hij zijn uiterste best zal doen en zich er ten zeerste voor zal inspannen, wij hebben er een heel zwaar hoofd in of dit echt gaat lukken en of het zal lukken om de burgers in het land op het juiste moment echt klaar te maken om om te kunnen gaan met deze wet en om de keuzes te kunnen maken die van hen worden verwacht, waarvan ze dan ook nog de consequenties moeten kunnen overzien. Ik noem bijvoorbeeld het omgaan met het eigen risico. Wij zeggen dat niet alleen op eigen gezag. Wij weten ook dat bureaus zijn gevraagd of het allemaal zal lukken per 1 januari. Zij hebben laten weten dat het niet gaat lukken. Het zal uiterst moeilijk zijn om met name degenen die minder bereikbaar zijn, degenen die behoren tot de lagere-inkomensgroepen op een verantwoorde wijze hierop voor te bereiden. Daarom menen wij dat het verstandig zou zijn om de invoeringsdatum met een jaar uit te stellen. Ik dien daarover een motie in.

*M

De **voorzitter**: Door de leden Hamel, Putters, Noten, Van der Lans en Slagter-Roukema wordt de volgende motie voorgesteld:

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat voor een verantwoorde invoering van de Zorgverzekeringswet nog veel regelingen noodzakelijk zijn;

constaterende dat de burger nog onvoldoende kennis heeft van en duidelijkheid heeft over de ophanden zijnde wijzigingen in het zorgstelsel;

constaterende dat een goede voorlichting essentieel is om te komen tot voldoende draagvlak en dat het creëren van draagvlak tijd nodig heeft;

verzoekt de regering, bij aanvaarding van het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet de invoering hiervan een jaar uit te stellen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt nr. D (29623,29762,29763).

**

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

Basisverzekering: ja. Maar deze uitvoering nog steeds: nee. Het is een riskante dag wat dat betreft, want je moet er te veel bijnemen, de marktwerking en de regie die bij zorgverzekeraars ligt. Het curieuze is dan weer -- daar is de discussie niet zo erg over gegaan -- dat marktwerking misschien toch niet zo'n goed idee is en dat de regie toch weer niet bij de zorgverzekeraar ligt. Er zijn dus nog steeds veel dingen onduidelijk. Ik probeer tegelijk de minister en mevrouw Van Leeuwen toe te spreken. Dat is niet helemaal verwonderlijk. Mevrouw Van Leeuwen had in haar eerste termijn veel mitsen en maren. Ik volg nu een beetje de lijn van haar betoog. Dan kom ik vanzelf op de punten die ons allemaal raken.

Ik zal eerst iets zeggen over de invoeringsdatum.

Er is duidelijk vastgesteld dat nog niet is beslist over de invoeringsdatum en dat wij dat zullen doen bij de Invoerings- en aanpassingswet in oktober. Dat brengt mij dan weer bij het traject waar ik al eerder opmerkingen over heb gemaakt en dat zeker niet de schoonheidsprijs verdient. Ik blijf erbij dat het mijns inziens ook niet eerlijk is om het op die manier te zeggen en het er toch op aan te laten komen. Mijn voorstel zou zijn om nu onze verantwoordelijkheid te nemen en te zeggen dat het niet op deze manier moet worden ingevoerd en dat wij het een jaar uitstellen. In die zin ondersteun ik ook van harte de motie van collega Hamel. Ik zeg dit ook omdat bijvoorbeeld ten aanzien van de no claim is gezegd dat de Tweede Kamer niet meer de informatie krijgt over de evaluatie van de no claim of in ieder geval de ideeën daarover, bij de behandeling van de Invoerings- en aanpassingswet, maar wij wel. Maar alleen de Tweede Kamer kan amenderen, wij kunnen dat niet. Zo loopt het weer door elkaar heen, vooral omdat de minister de zaak hoe dan ook in de hoogste versnelling wil houden. Matig toch uw snelheid! Dat geldt niet alleen bij onoverzichtelijke situaties op de weg, maar zeker ook bij wetgeving.

Mevrouw Van Leeuwen heeft gevraagd of dit het land, het volk, wel ten goede komt. Ik heb die garantie niet en ik vind dat je dan ook meer tijd moet nemen. De bezwaren moeten serieus genomen worden. Er is ook gezegd dat als je alle stukken, de beantwoording, de wijzigingen en de toevoegingen leest, het steeds moeilijker wordt om te integreren en dat dat een zeker wantrouwen oproept. Mevrouw Van Leeuwen heeft gezegd dat het ook bij haar wantrouwen opriep. Ik ben benieuwd of ik straks van haar hoor of dat nu weg is en waardoor het dan is weggenomen.

Een van de punten die volgens mij nog niet duidelijk zijn beantwoord, is de vrije artskeuze. Dat is onvoldoende duidelijk. Ik begrijp ook niet zo goed hoe het met ingrijpen zit. Het lijkt mij namelijk een zwaar paardenmiddel. En ook nog een paardenmiddel dat achteraf wordt toegepast, als een soort noodrem. Het lijkt mij niet zo'n goede zaak om nu al met een noodremprocedure te beginnen. Volgens mij moet het vooraf beter worden geregeld.

Mevrouw Van Leeuwen heeft ook gezegd dat mensen met een smalle beurs ook voor restitutie moeten kunnen kiezen. Ik vraag mij af of wij daar al uit zijn. Ik

*N

begrijp het zelf in ieder geval nog niet. Ik hoor dat graag van de minister.

Het is noodzakelijk dat zorgconsumenten goed geïnformeerd worden. Er zijn een aantal voorwaarden genoemd, waar behalve mevrouw Van Leeuwen, een aantal andere leden van de Kamer zich ook achter geschaard hebben. Als het gaat om extra geld voor de koepels is gesproken over 5 mln. De minister heeft gezegd dat hij zo'n krappe beurs heeft dat hij dat niet zo maar toe kan zeggen. Er is echter 31 mln. beschikbaar voor de eigen voorlichting. Dat moet anders te verdelen zijn. Het moet gewoon kunnen.

www.kiesbeter.nl, "Geweldig!", zegt de minister. Ik vind het ook best geweldig, maar ik denk er nog steeds aan dat 50% van de mensen deze site niet kan bereiken. Hoe worden zij dan ondersteund?

De minister zei bij de Consumentenwet "ik wil", maar ik zou liever "ik doe" willen horen. De minister is anders zo'n doener. Doen dus maar!

Ik denk dat wij het voorstel inzake de audit van de Consumentenbond serieus moeten nemen. Er zijn heel duidelijk veel zorgen verwoord over de voortgang, en niet alleen door de zorgverzekeraars, maar ook door het veld. Ik wil de minister nogmaals verzoeken hiertoe over te gaan. Het is anno 2005 te gek voor woorden dat verzekerden geen inspraak zouden hebben. De minister zou het bekijken, maar hij moet er ook iets aan doen.

Koopkrachtverlies voor publiek verzekerden is bij het overgaan naar de nieuwe Zorgverzekeringswet niet aanvaardbaar, zo is gezegd. Welke garantie is daarvoor gegeven?

Mevrouw Van Leeuwen heeft bezwaar tegen een te grote macht van de zorgverzekeraars. Ik vind het dan curieus dat de heer Hoogervorst hen juist in bescherming neemt. Welke zwakte ziet de minister bij de zorgverzekeraars waardoor hij denkt dat zij beschermd moeten worden? Mevrouw Van Leeuwen deelde mijn zorg. Waar de grenzen voor de zorgverzekeraars komen te liggen, is voor haar onduidelijk. Dat is ook voor mij onduidelijk gebleven. Ik hoor het graag.

De minister vindt dat de privacy nu veel beter is geregeld omdat zij nu bij wet is geregeld, maar daar ben ik het niet mee eens. Nu de wet er nog niet is, geldt het medisch beroepsgeheim. Dat is een heel goede waarborg voor de privacy van de patiënt. Door de manier waarop een en ander nu in de wet zal worden verwoord, gaan wij er toch op achteruit en dat komt door de "kan-bepaling". Het CBP heeft dat al een aantal keren gezegd. Er kan een ministeriële regeling worden getroffen, maar het was beter geweest als er had gestaan dat dit verplicht is. Het is mooi dat het gebeurt, maar ik wil toch de toezegging horen dat over de ministeriële regeling wordt kortgesloten met de KNMG en het CBP voordat de wet in werking treedt. Sofi-nummer, andere technieken, gedragscode, CBP: de minister heeft het toegezegd en daar houd ik hem graag aan. Curieus is dat vorige week in de Tweede Kamer nog is gezegd dat het niet nodig is om hiervoor een ministeriële regeling te treffen. Daaruit blijkt dat het moeilijk is om overzichtelijk te houden wat waar is toegezegd. Ik hoop dat de minister dat overzicht wel heeft, maar voor ons is

het in ieder geval vrij moeilijk. Ik wil graag dat de minister toezegt dat hij de relatie tussen de Wet BIG en de functionele omschrijving duidelijk zal toelichten. Misschien is het meer een persoonlijk nieuwsgierigheid van mij. Daarnaast wil ik toch graag weten hoe het met de €90 mln. van de huisartsen gaat.

De minister heeft gezegd dat hij de geslaagdheid van de operatie onder andere toetst aan het voorkómen van een explosieve stijging van onverzekerden. Ik wil eigenlijk de garantie dat het aantal onverzekerden niet stijgt. Dat lijkt mij beter. Dan zijn we allebei gelukkig. Ik ben benieuwd of dit de enige toezegging was.

De negatieve optie. Het klonk goed, maar ik heb in een eerdere fase begrepen dat een en ander juridisch gedekt moet zijn en ik heb nog niet gehoord dat het ook juridisch gedekt is. Ik vind nog steeds dat de minister minder overleg met zorgverzekeraars en meer overleg met het veld moet voeren. Er moet immers nog steeds een aantal praktische en principiële zaken geregeld worden. Een van die zaken is het toezicht. Mij is nog steeds niet duidelijk of dat per 1 januari wel op orde is.

De minister heeft gezegd dat hij zich op dit gebied graag in het gezelschap van zijn voorgangers begeeft, maar het is al die voorgangers niet gelukt. Zij staan dus eigenlijk niet in the hall of fame.

De minister bouwt voort met een aantal bouwstenen die door zijn voorgangers zijn aangereikt. Ik vraag mij af of dit de juiste weg en het juiste tempo is. Ik hoop dat mijn woorden ook andere sprekers uitnodigen om hierop een reactie te geven.

Mevrouw Van Leeuwen zegt dat de Kamer moet voorkomen dat het een rotzooi wordt. Dat is niet parlementair uitgedrukt. Het is echter precies dat waarover zich de 500.000 ondertekenaars van de petitie van hedenochtend aan de Kamer zorgen maken. De minister zegt dat hij weg is als het een chaos wordt. Misschien is dat mooi meegenomen. Als hij weg is en de chaos blijft, schieten wij er echter nog niets mee op. Ik vraag de minister dan ook om een duidelijke poging te doen om mij gerust te stellen.

*N

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording, die vlot en stijlvol was, concreet waar het kon en betrekkelijk vaag waar dat moest.

Het is goed dat de minister heeft benadrukt dat hij het niet allemaal heeft bedacht. Hij bouwt voort op ideeën en rapporten van zijn voorgangers, de SER en het zorgveld. Het is een cumulatie waaruit hij de beste ideeën heeft gepikt.

De fracties namens wie ik spreek, vinden dat de minister er goed aan heeft gedaan om het beeld recht te zetten over het krachtenevenwicht in het zorgveld. Er moet een goede balans komen tussen zorgverzekeraars, patiënten en zorgaanbieders. Dat moet het uitgangspunt zijn. Dat moet gerealiseerd worden. Wij missen op dat punt de erkenning van de minister dat het machtsvenwicht op dit moment in het voordeel uitpakt van de zorgverzekeraars. Het is daarom nodig om versneld te werken aan de positie van patiënten, consumenten en

om het toezicht te versterken. De situatie is uit balans. Dat moet worden gerepareerd.

Ik heb in mijn eerste termijn acht punten genoemd, die ik langs zal lopen. Over de uitvoering willen wij klip en klaar van de minister horen hoe hij zijn politieke positie verbindt aan een goede en zorgvuldige invoering. De minister is daarin duidelijk geweest. Hij is onze voorman. Wij moeten er dan ook op vertrouwen dat het zo werkt.

Afgesproken is om bij de behandeling van de I&A-wet te bekijken wat wij ervan vinden. Van belang is dat wie voor deze wet stemt, ook voor de principes van deze wet is. Daarmee wordt een signaal aan de minister en de zorgverzekeraars afgegeven om met hun informatiecampagne te starten. Wij moeten dat niet opzouten tot de behandeling van de I&A-wet. De behandeling van deze wet en die van de Wet marktordening zien wij als een soort noodremprocedure als het onverhoopt fout mocht gaan.

Over de vrije artskeuze hebben wij gesproken. Mevrouw Swenken zal dadelijk namens mevrouw Van Leeuwen en onze fracties daarover een motie indienen.

Ik heb van de minister warme woorden gehoord over het extra geld voor de koepels. Daar koop ik weinig voor. Dat betekent dat ik de duimschroeven aandraai. Ik maak concreet wat mevrouw Van Leeuwen en ik hebben genoemd. Het gaat om €5 mln. extra voor twee jaar. Dat geld moet er komen.

De heer **Hamel** (PvdA): Begrijp ik goed dat de heer Schouw de invoeringswet als een noodremwet ziet?

De heer **Schouw** (D66): Ik vind niet dat wij met de handen over elkaar kunnen zitten.

Wij kunnen niet volgende week -- mogelijk -- instemmen met deze wetten en vervolgens tegen het veld zeggen dat wij onze definitieve instemming pas in oktober geven, want dan gaat het verhaal van de heer Hamel op dat er te weinig tijd is voor de voorlichtingscampagne. Dan snijden wij in onze eigen vingers. Ik heb duidelijk gezegd wat er naar onze mening in de I&A-wet moet staan. De minister heeft dit volgens mij goed begrepen en daarom ga ik ervan uit dat dit op een goede manier wordt verwerkt. Als dit desondanks toch tot rumoer leidt in deze Kamer, omdat wij ons daar op onderdelen niet in kunnen vinden, dan kunnen wij weer verder praten. Wij mogen hier niet naïeve Henkie spelen en onze opvatting opschorten tot de behandeling in oktober.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik stelde een heel korte vraag, namelijk of dit een noodremwet is. Volgens mij worden in de I&A-wet toch een aantal cruciale onderdelen geregeld.

De heer **Schouw** (D66): De toezegging over de "one paper policy" zie ik als een harde toezegging om de overstap gemakkelijk te regelen.

De minister heeft in vage bewoordingen gereageerd op onze opmerkingen over de zorgconsumentenwet. Het moet hem zijn opgevallen dat een aantal fracties vindt dat zo'n wet er moet komen en dat hij zich daarvoor zou moeten inspannen. Het is nu aan hem

om argumenten te geven voor het feit dat hij geen voorstander is van zo'n wet. Ik vind in principe dat die wet er moet komen, tenzij de minister buitengewoon nieuwe inzichten en opvattingen over het tegendeel heeft. Die intentie moet er zijn. Ik wil de opmerking verzilveren die de minister bij interruptie maakte, namelijk dat de wet medio 2006 klaar zou kunnen zijn. Wij willen dat de positie van de consumenten wordt versterkt.

Ik heb in een interruptie aan de minister gevraagd wat hij op 1 januari aanstaande zal hebben geregeld voor het toezicht. Ik heb zijn brief van 27 mei nog eens op dit punt nagelezen. Daar staat een intrigerende zin in, namelijk dat het CVZ en de NZA in 2006 worden aangestuurd door Mijn simpele vraag was wat de minister op 1 januari 2006 heeft geregeld. Hij kan daar toch wel iets over zeggen?

Overigens is er ook een vraag gesteld over het ene telefoonnummer, het ene klachtenloket bij de NZA. Ik heb het antwoord op die vraag gemist, maar onze vragen mogen zo worden verstaan dat wij van mening zijn dat er een klachtenloket moet komen. De minister verkeert in de positie om dat te bevorderen en ik niet. Ik wil daarom graag van hem horen of hij dit zal doen.

Wij hebben met elkaar gesproken over de variatie aan polissen. Ik begrijp uit het antwoord van de minister dat hij eigenlijk van mening is dat het bestaan van veel verschillende polissen een onwerkbare situatie oplevert, maar ook dat hij daar niet over gaat en dat hij niet van plan is om hier iets aan te doen. Ik denk dat de minister zijn positie onderschat. Als hij een duidelijk signaal afgeeft dat hij het politiek onwenselijk vindt dat er veel polisvarianten ontstaan, is dat weer een politiek feit. Het zou fijn zijn als de minister probeert zo'n politiek feit te creëren.

De minister heeft toegezegd dat hij tegemoet zal komen aan mijn vraag om een evaluatiekader en evaluatiepunten. Ik vind dit fantastisch. Dit ligt nu vast in de Handelingen. Ik zal de minister daarom een motie op dit punt besparen. Ik vraag hem wel om ons in een aparte brief te informeren over de uitwerking hiervan.

Over de niet-verzekerden hebben wij indringend met elkaar gesproken. De negatieve optie is aan de orde geweest; de minister treedt in overleg met de VNG.

Ik doe hem ook nog een suggestie aan de hand. Wij weten dat veel kleine zelfstandigen niet verzekerd zijn, omdat zij het risico wel nemen. Wij geven de minister in overweging om in overleg te treden met het MKB om de kleine ondernemer op dit punt bij te praten.

Mijn fractie is blij met de erkenning van de minister dat de stapeling van no claim en eigen risico eigenlijk een ongelukkige oplossing is. De fractie is er blij mee dat er een onderzoek komt. Wat onze fracties betreft moet dat onderzoek evenwel geen dode mus zijn. Wij verwachten er veel van. Als je rationeel naar de materie kijkt, moet je concluderen dat er winst te halen is. Wij verwachten dat de minister de Kamer op dit punt adequaat informeert. Bovendien verwachten wij dat hij op dit punt zelfstandig een positie inneemt. Het is namelijk belangrijk dat hij kiest voor een positie in deze kwestie en dat hij die positie uitdraagt in de Tweede Kamer. Doet hij dat niet, dan loopt hij hier vast met de implementatie- en aanpassingswet. Dat waarschuwingslicht steek ik maar alvast op. Wij hebben

gesproken over de risicoselectie en de collectieve contracten. Ik heb de minister gevraagd om mij op termijn inzicht te geven in de collectieve contracten. Hoeveel worden er gesloten? Wat liggen er voor gronden achter? De minister heeft gezegd dat hij de informatie best wil geven. Daarmee zegt hij volgens mij ook dat die informatie dan openbaar is. Ik heb voorgesteld om haar op internet te plaatsen, maar dat levert naar zijn mening te veel administratieve lasten op. Het is een argument, hoewel ik het niet erg sterk vind. Hij hoeft de informatie niet op internet te zetten; laat hij het rapport maar gewoon naar de Kamer sturen.

Ik heb gesproken over publieke verantwoordelijkheid. De minister heeft toegezegd dat salarissen bij de zorgverzekeraars openbaar worden. Dat is geweldig; ik ben de minister daarvoor dankbaar. Hij heeft wat zuinigjes geantwoord op mijn vragen over een code-Tabaksblat voor de zorg. Die is volgens mij toch nodig. De bewindsman heeft verwezen naar de gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland. Ik weet niet of hij er al is – dat zou mooi zijn – maar als dat zo is, laat de minister hem dan aan ons toesturen. Wij zullen hem dan bestuderen. Als wij hem onvoldoende vinden, kan ik het punt bij de behandeling van de I&A-wet weer vrolijk opvoeren. Ik hecht er namelijk aan dat wij daaraan wat doen.

Wat betreft de privacy heeft de minister onomwonden toegezegd dat hij heel goed zal samenwerken met de club van de heer Kohnstamm. Zodra hij afwijkt van de opvattingen van die club, zal hij de Kamer daarover rapporteren.

Onze fractie is in eerste termijn buitengewoon zuinig geweest met waarderende woorden voor de minister. Het is goed om die aan het einde van de tweede termijn toch uit te spreken. In een zeer korte periode is een buitengewoon complexe materie op heel veel fronten met heel veel mensen besproken en behandeld. De voorstellen zijn nog niet ideaal. Dat kan ook bijna niet, omdat ze zo complex zijn dat je bijna geen andere strategie kunt hebben dan het dakpansgewijs aanpakken. Wij moeten zeggen dat je veel bestuurlijke kracht, doorzettingsvermogen en bovenal werklust moet opbrengen om het allemaal tot hier te brengen.

Wij vertrouwen erop dat de minister ons tijdig informeert als de uitwerking van de Zorgverzekeringswet niet is zoals hij is bedoeld, en dat de bewindsman dan met maatregelen komt om bij te sturen.

*N

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Ik dank hem er bovendien voor dat hij zijn visie heeft gegeven op de toekomst van de zorg. Wij hadden er nadrukkelijk om gevraagd en hij heeft die visie heel kort en helder neergezet. Wij delen de visie. Wij zullen heel sterk moeten investeren in onder meer de poortwachterfunctie in de eerstelijnszorg om heel veel andere problemen, onder meer van financiële aard, te voorkomen. Ik ga niet op alle zaken meer in. Op een aantal vragen hebben wij heel concrete antwoorden gekregen en wij zijn daarover tevreden. Ik pak er wel nog een aantal dingen uit. Wat was de centrale doelstelling, zo vroegen wij in onze inbreng.

Wij hebben in die inbreng nadrukkelijk gezegd dat het heel moeilijk was voor particulier verzekerden met gezondheidsrisico's om zich te verzekeren. Ook 65-plussers waren duur uit, omdat zij torenhoge premies moesten betalen. Wij wisten dus dat er iets moest gebeuren en dit wetsvoorstel geeft daar een goede aanzet toe.

Wij hebben ook willen benadrukken dat wij af moeten van aanbodsturing en naar een vraaggericht stelsel zouden moeten gaan. Als je daarover praat, kom je ook te spreken over de machtsbalans. Daarbij hebben wij nadrukkelijk aan de orde gesteld dat de verzekeraars toch een machtspositie hebben en dat wij terugwillen naar de driehoek van aanbieders, verzekeraars en patiënten. De minister heeft daarover toezeggingen gedaan. Er zijn concrete bedragen gevraagd om de minister wat uit te dagen. Dat is zojuist, in tweede instantie, nog eens aan de orde gekomen. Wellicht laat de minister zich daartoe verleiden, want het is laat en dan kan de vermoeidheid toeslaan. Zelfs ministers laten zich dan wel eens wat ontglippen. Hoe dan ook, wij hebben er vertrouwen in dat het een behoorlijke financiële bijdrage zal worden om in ieder geval te voorkomen dat er eenzijdig veel geld zal worden uitgegeven aan de reclamecampagne van de overheid, terwijl de patiëntenkoepels het met een heel mager budget moeten doen.

Voorts kom ik te spreken over de keuzevrijheid. Wij zijn het eens met de visie die de minister hierop heeft gegeven. Als het allemaal niet gaat zoals het zou moeten, dan kan de minister ingrijpen. Een behoorlijk onderdeel van onze bijdrage was gericht op de informatiekloof. De minister heeft toegezegd dat wij daarover informatie krijgen. Hij heeft gezegd dat hij niet vooruit kon lopen op de behandeling van het wetsvoorstel om met een heleboel informatie naar de burger te gaan. Hij heeft erkend dat dit heel erg nodig is en wij hebben er vertrouwen in dat dit dan ook goed zal komen.

De minister heeft met betrekking tot de poortwachter nog eens benadrukt dat ook de beide moties die in de Tweede Kamer zijn aangenomen, onderdeel van zijn beleid zullen worden. Hij heeft gezegd dat de poortwachtersfunctie goed moet komen en dat deze versterking nodig heeft. De huisarts zal een geweldig belangrijke rol spelen. Mevrouw Swenker komt nog met een motie die mede door ons is ondertekend, maar ik zal daar nu niet te veel over zeggen.

De medische technologie neemt toe en dat zal zeker de vraag stimuleren, want meer mogelijkheden schept ook meer vraag. Hoe gaat dat budgettaire in de toekomst? Die ontwikkeling gaat heel snel en wij willen graag de visie van de minister daarop horen. Ik kom nog even terug op de gemoedsbezwaarden. Ik begrijp de minister als hij zegt dat je consequent moet zijn. Ik heb geprobeerd om de problematiek vanuit een juridische invalshoek te benaderen en ik denk dat onze inbreng van een zodanig hoog juridisch gehalte was, dat wij gelijk hebben. Ik wil daarop graag een reactie van de minister. Ongetwijfeld zullen er onder zijn zeer deskundige ambtenaren ook goede juristen zijn die er nog even naar kunnen kijken. Ik nodig hem uit om daar nog even op terug te komen.

De minister heeft gezegd dat de palliatieve zorg goed is geregeld en eigenlijk niet aan de orde is.

Hij zei dat het een onderwerp is dat bij de staatssecretaris thuishoort. Ik denk dat wij elkaar niet goed hebben begrepen. Dat kan aan mij liggen -- dat zal wel -- en daarom probeer ik het nog even te verhelderen. Het gaat om academische palliatieve zorg. Palliatieve zorg is in ons land lange tijd maar mondjesmaat voorhanden geweest. De laatste tien jaar is de situatie aanzienlijk verbeterd. De opstartperiode van een meer systematische palliatieve zorg die ook beschikbaar is in verschillende regio's is geïnitieerd en begeleid vanuit onder andere aantal academische ziekenhuizen verspreid over ons land. De integrale kankercentra spelen een belangrijke rol bij het in stand houden van netwerken en consultatiediensten. Deze kankercentra werken nauw samen met academische ziekenhuizen. Alles is ontwikkeld, waar onder netwerken en consultatiediensten. Dat is een inhaalslag geweest. Het systeem werkt heel goed.

Als wij de palliatieve zorg op een hoog peil willen houden, is een academische aanpak ervan nodig en die moet een kans krijgen. Als dat niet wordt gedaan, blijft de wetenschappelijke onderbouwing van palliatieve zorg in Nederland marginaal. Het hoeft maar vanuit enkele centra te worden gedaan. Het pijnpunt is dat dit een soort niemandsland aan het worden is. Er zijn universiteiten die uit eigen middelen wat doen, maar dat kunnen zij niet blijven doen. Wij denken dat dit deel van de academische zorg via de Zorgverzekeringswet kan worden gefaciliteerd. Dat gebeurt ook met de pijnkenniscentra. Waarom kan dat niet met deze heel belangrijke zorg? Wij willen een antwoord van de minister na deze verduidelijking. Het lukte mij niet, waarschijnlijk ook omdat ik te emotioneel werd en de minister te vermoeid was, om mijn punt helder te maken in het interruptiedebatje. Ik hoop dat ik nu duidelijk ben geweest.

Ik dank de minister en de leden voor het aanhoren van mijn tweede bijdrage.

*N

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn uitvoerige beantwoording. De VVD-fractie is zeer content met het grootste deel van de antwoorden die hij heeft gegeven en met name met de toezeggingen die hij heeft gedaan. Wij zijn heel blij met de toezegging dat de overgang naar de nieuwe verzekering bij wetaanpassing wordt gerealiseerd. Dat betekent dat de verzekerde gewoon verzekerd blijft bij zijn oude verzekeraar tenzij hij aangeeft dat hij voor een andere verzekeraar wil kiezen. Het geeft keuzevrijheid aan de verzekerde en het voorkomt dat burgers ongewild onverzekerd blijven.

Ik denk dat de VVD-fractie en de minister het erover eens zijn dat de privacy van de patiënt goed is gewaarborgd en dat de bescherming in de nieuwe wet eigenlijk veel beter is geregeld dan in de huidige wetgeving. Wij zijn er ook content mee dat er een laagdrempelig klachtenbureau komt. Het is te hopen dat daar niet alleen klachten worden opgelost maar dat het ook een bijdrage levert aan het herstel van vertrouwen van een groot aantal partijen. De assurantietussenpersonen zullen heel blij zijn met het duidelijke antwoord van de minister dat provisieregelingen van toepassing zijn voor degenen

die als tussenpersoon optreden. Het probleem van de flexizorg heeft de minister niet helemaal opgelost. Dat blijft bestaan, met name de mogelijkheid van oneigenlijke substitutie. De minister is er duidelijk heel alert op dat er verkeerde vormen van substitutie mogelijk zijn. Laten wij erop vertrouwen dat deze alertheid ertoe leidt dat deze wordt tegengegaan.

De VVD-fractie is ervan overtuigd dat de minister zal proberen om tot een goed vereveningssysteem te komen. Wij hebben echter nog geen antwoord gehad op de vraag over of de zaak in de grote steden ook op orde komt.

Wij hebben begrepen dat in Den Haag met name de diabetes al meegenomen worden en dat Den Haag daarmee uit de problemen komt. Ik meen dat ons nog Amsterdam en vooral Rotterdam resten.

Kortom, de VVD-fractie bedankt de minister voor zijn beantwoording. Tot zover is dit ook het standpunt van de VVD. Er is echter nog iets. Dat is een motie van CDA, D66 en VVD, inmiddels ook ondertekend door SGP, ChristenUnie en OSF. Er is toch een drietal punten waar deze partijen zich nog steeds zorgen over maken. Eigenlijk maakt ook de samenleving zich daar zorgen over. Het gaat over de vrijeartsenkeuze en een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. Immers, pas als dat gerealiseerd is, kunnen marktprikkels tot hun recht komen. Dan is er een goed vereveningssysteem nodig. Tot slot noem ik de stapeling van de no claim en het eigen risico. Die kan voor de verzekerde tot onduidelijkheid en ongetwijfeld tot extra administratieve lasten leiden. Ondanks de welwillende antwoorden van de minister en de toezeggingen die hij al grotendeels heeft gedaan, hebben de genoemde partijen de behoefte om een en ander toch in de volgende motie vast te leggen.

*M

De **voorzitter**: Door de leden Swenker, Schouw, Van Leeuwen, Werner, Rosenthal, Schuyer, Van den Berg en Ten Hoeve wordt de volgende motie voorgesteld:

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het van groot belang is dat de overgang naar het nieuwe stelsel zo vloeiend mogelijk verloopt;

constaterende dat in de huidige zorgverzekeringssystemen met de daarbij behorende premies voor de patiënt keuzevrijheid ten aanzien van artsen en andere zorgaanbieders bestaat;

overwegende dat in het nieuwe stelsel zorgverzekeraars ervoor moeten zorg dragen dat de keuzevrijheid van de patiënt gewaarborgd blijft door middel van het aanbieden van restitutiepolissen;

verzoekt de regering, erop toe te zien dat deze keuzevrijheid voor de patiënt ook daadwerkelijk gegarandeerd blijft zonder extra premiebetalingen;

voorts van mening dat de marktprikkels in het nieuwe verzekeringsstelsel alleen goed tot hun recht kunnen komen, als de verzekeraars een gelijk speelveld hebben;

van mening dat daarvoor een goed vereveningssysteem tussen verzekeraars een voorwaarde is om daarmee ook risicoselectie uit te sluiten;

constaterende dat de juiste parameters en gegevens om het vereveningssysteem goed te laten functioneren thans nog ontbreken;

verzoekt de regering, de risicodragendheid van de verzekeraars en de marktwerking geleidelijk in te voeren naarmate het vereveningssysteem beter wordt en de eerste jaren in ieder geval nacalculatie toe te passen;

voorts overwegende dat in het nieuwe zorgstelsel de mogelijkheid bestaat van het stapelen van het vrijwillige eigen risico en de no claim;

overwegende dat het voor verzekerden vaak onbegrijpelijk zal zijn wanneer er aanspraak kan worden gemaakt op de no claim dan wel het eigen risico;

overwegende dat het naast elkaar bestaan van beide regelingen leidt tot veel administratieve lasten;

van mening dat één regeling met een verplicht eigen risico aan de voet voor de verzekerden duidelijker is, waarbij de kwetsbare groepen geen hoger bedrag kwijt zijn dan de extra premie in het kader van de no-claimregeling;

verzoekt de regering, vóór de behandeling van de Invoerings- en Aanpassingswet in de Eerste Kamer een onderzoek in te stellen naar:

- een systeem van één verplicht eigen risico aan de voet;
- waarbij de mogelijkheid van differentiatie in bovenbedoelde geest nadrukkelijk is meegenomen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt nr. E (29623, 29762, 29763).

**

*N

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Voorzitter. Ook ik bedank de minister voor zijn uitvoerige beantwoording in eerste termijn.

Ik ben hem en mijn collega's een verontschuldiging schuldig. Zoals u gemerkt hebt, was ik te laat. Dat kwam omdat ik een ontmoeting had met iemand die ik twintig jaar niet gezien had. Die persoon had al die tijd in Australië gewoond en is nu hier op bezoek. Bij het ophalen van herinneringen was ik de tijd geheel kwijt geraakt. Daardoor was ik hier dus een kwartiertje te laat.

In dat gesprek vroeg zij mij, zoals wel meer mensen aan mij vragen, wat de Eerste Kamer eigenlijk doet. Zij had hier anderhalf uur op de tribune gezeten en

het was haar kennelijk nog niet helemaal duidelijk geworden. Ik gaf het antwoord dat ik altijd geef: de Eerste Kamer is gespecialiseerd in het ja, dan wel nee zeggen tegen wetsvoorstellen die ons worden voorgelegd. Zij reageerde dat zij niet die indruk had, en vroeg mij vervolgens wat de Tweede Kamer dan eigenlijk nog doet. Zij had namelijk de indruk dat hier van alles werd geregeld wat misschien eigenlijk in de Tweede Kamer had moeten worden. Zo veel – zij is Nederlandse van geboorte – meende zij zich nog wel van de afdeling staatsinrichting te herinneren. Ik was haar het antwoord schuldig. Deze verbazing is hier misschien wel bij meer mensen op de tribune aanwezig geweest doordat wij een merkwaardige vorm van staatsrecht aan het schrijven zijn. Alles loopt door elkaar. In mijn beleving ligt het politieke primaat bij de overkant en zijn wij slechts op een afstandelijke manier betrokken bij het geheel om ja of nee te zeggen, dan wel te controleren. Ik had toch sterk de indruk dat het vandaag allemaal sterk door elkaar liep, en dat wij heel diep in de regelgeving en de uitvoering zijn gezonken om tot een oordeel te komen. Als dat dan allemaal nodig is, is dat op zichzelf misschien al een argument om te zeggen dat er wetten voorliggen die misschien nog niet helemaal rijp zijn voor een eindoordeel. Wij hebben in deze Kamer al vaker een dergelijk traject gehad, waarvan wij hebben gezegd dat wij dat nooit meer moeten doen. De SUWI is daarvan een voorbeeld. Ik heb de indruk dat wij er elke keer weer opnieuw instinkten. Wij hebben het project echter aangepakt, en met name het CDA heeft het beeld gebruikt van een soort hordeloop die de minister moest nemen voordat wij ja of nee tegen dit wetsvoorstel zouden kunnen zeggen. Ik heb de indruk dat de minister de meeste horden wel heeft genomen, hoewel hij de indruk wekte dat hij eroverheen sprong, terwijl hij er feitelijk onderdoor kroop. De punten die zijn blijven liggen, zijn in een motie keurig samengevat, die ik nog eens goed moet lezen en op de consequenties bezien. Ik verwacht dat deze motie voor een belangrijk gedeelte de steun van mijn fractie zal krijgen. Wij zullen daarover volgende week een definitief oordeel vellen. Wij zullen in ieder geval in die richting nadenken.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik begrijp iets niet in de motie, nu ik die op schrift heb.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Dat is een andere motie. Dat is de motie van de heer Hamel.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ja. Daarin staat: "verzoekt de regering om bij aanvaarding van het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet de invoering hiervan een jaar uit te stellen". Betekent dit dat u ja zegt tegen de Zorgverzekeringswet als minister Hoogervorst zou zeggen dat hij de invoering een jaar uitstelt?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Als de minister hier bereid is om toe te zeggen dat hij de invoering een jaar uitstelt, zal ik overwegen om tegen mijn fractie te zeggen dat wij misschien ja moeten zeggen tegen de Zorgverzekeringswet. Wij hebben heel veel gewonnen als er een zekere rust in het veld is en als de voorbereiding in bestuurlijk-praktische termen zuiver en zorgvuldig kan

geschieden. Ik acht de kans niet heel groot dat de minister zal zeggen dat hij de invoering van het wetsvoorstel een jaar zal uitstellen, maar als hij dat mocht doen, zijn wij wel zo royaal te overwegen ja tegen dit voorstel te zeggen. Dat zou een wonderbaarlijke uitkomst zijn van een gezellige avond.

De heer **Hamel** (PvdA): De motie is los van het oordeel over het wetsvoorstel ingediend. Dat is in de presentatie van mevrouw Slagter, van de heer Van der Lans en van mij duidelijk naar voren gekomen. Wij hebben een deel van de discussie gevoerd over de invoering. Dat moet niet 1 januari 2006 worden maar een jaar later. Dat is uitdrukkelijk aangegeven.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik mag hopen dat u straks dan ook samen met mij bij de minister zult aandringen op de toezegging om de wet uit bestuurlijk oogpunt een jaar later in te voeren. Het zou een golf van opluchting door het land doen gaan.

Overigens ben ik benieuwd naar de reactie op de motie die mevrouw Swenker heeft ingediend. Met name denk ik aan het gedeelte waarmee zij voorstelt om de restitutiepols als norm te nemen. De minister liet zich daarover in zijn termijn afhoudend uit. Hij zei dat hij al een instrument had en dat hij zeker zou ingrijpen als er rijkeluispolissen en armeluispolissen zouden komen. Daaruit begreep ik dat hij dit voorstel niet ziet zitten. Daarmee zou getornd worden aan de basis van zijn wet. Ik ben dan ook heel erg benieuwd hoe de discussie hierover zal aflopen en hoe stringent dit punt door de CDA- en VVD-fractie zal worden gehanteerd bij hun eindbeoordeling van de wet. Dat hoor ik dan wel van mevrouw Van Leeuwen.

Voorzitter. Ik wil een paar punten van mijn betoog nog bespreken. Allereerst denk ik aan de kwestie van de onverzekerden. Ik heb voorgesteld met een resultaatsverplichting te werken. Ik geef toe dat de minister dit belangrijke punt met een negatieve optie redelijk goed heeft dichtgetimmerd. Hij sprak over negatief monitoren. Ik meen dat de aanpassing van de Wet werk en inkomen noodzakelijk is. Als het hele pakket gereed is, zal ik redelijk gerust zijn met dit resultaat dat als het ware binnen is getikt.

Ik was niet helemaal tevreden met de manier waarop de minister de zorgen bij de huisartsen, de belangrijke groep poortwachters, wil wegnemen. De afgelopen dagen heb ik gecorrespondeerd met huisarts Tom Spruyt uit Rotterdam. Hem ben ik een antwoord schuldig. Als de minister vandaag dat antwoord wil geven, kan ik de correspondentie met deze huisarts voortzetten en hem misschien geruststellen. Er zou met het nieuwe systeem een tarief per verrichting komen. Deze huisarts zegt dat hij met behulp van zijn assistente en via protocollen juist probeert te voorkomen dat mensen op consult komen. Hij kan ze vaak geruststellen of een medicijn voorschrijven. Het is namelijk de bedoeling dat de mensen niet voor elk wisselwasje naar de huisarts gaan. Deze huisarts heeft op dit punt vooruitgang geboekt en daarbij allerlei kwaliteitsprotocollen gerealiseerd. Hij zou

nu dus met een andere vorm van tarifiëring en financiering worden geconfronteerd en hij vraagt zich af of hij daardoor noodzakelijkerwijs zoveel mogelijk patiëntencontacten zal moeten organiseren. Ik meen dat dit een reële vraag is. Als ik hem morgen een mailtje kan sturen en kan zeggen dat hij zich niet ongerust hoeft te maken, zou ik de minister buitengewoon erkentelijk zijn.

Voorzitter. Ik heb de Kamer voorgesteld om een onafhankelijk oordeel te vellen. Inmiddels is namelijk sprake van een politiek beladen beslissing. Als de minister zegt het nieuwe systeem toch maar niet per 1 januari in te voeren, zal de buitenwacht dat beschouwen als verlies van politiek prestige. Daarom leek het mij goed om een onafhankelijke commissie te laten beoordelen of al datgene wat deze wet vanaf 1 januari tot een werkende wet moet maken in orde is. De minister voelt daar niets voor en daarom voorspel ik dat wij in oktober het welles-nietes-spelletje zullen spelen. Ik betreur dat erg. Dat is de reden waarom ik mijn handtekening onder de motie heb gezet. Als er namelijk geen onafhankelijk oordeel kan komen, kunnen wij het besluit beter nu nemen.

Voorzitter. De minister heeft opmerkelijk weinig reacties gegeven op mijn inbreng in eerste termijn. Dat verbaast mij niet, gelet op mijn andere manier van discussiëren. Ik heb geprobeerd een principiële discussie te voeren over de inzet van deze wet, maar het ging al snel over allerlei specifieke hindernissen en obstakels. Daardoor verdween mijn inbreng uit beeld. Dat is jammer, maar goed, zo is het debat verlopen. Ik vind nog steeds dat deze wet een slechte wet is. Ik zie namelijk niet in dat de zorg er doelmatiger door wordt. In mijn optiek zal de doelstelling van kostenbeheersing er ook niet mee gehaald worden.

Ik vind het geen goede wet, omdat de financiële logica dominant is boven de kwaliteitslogica. Het is geen goede wet, omdat de bureaucratie van bovenaf de gezondheidszorgpraktijk binnen sijpelt. Het is een sluipend, bijna onzichtbaar proces, dat wantrouwen organiseert. In die zin beweegt de stelselherziening zich juist in de richting die de WRR voor de publieke sector als doodlopend heeft betiteld. De bewegingen die met deze wet vastgelegd worden, zijn de reden waarom zoveel mensen zich echt ongerust maken over de toekomst van de gezondheidszorg en de verhoudingen die daarmee getekend worden. Als de minister zo dadelijk niet aankondigt dat hij de invoering een jaar uitstelt, zullen wij volgende week tegen de wet stemmen.

*N

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. De antwoorden van de minister op de vragen van de VVD-fractie over de Wet op de zorgtoeslag brengen ons meteen bij de huisarts. Ik heb vragen gesteld over de openeindekarakter van de zorgtoeslag. De minister zei dat twee zaken daar paal en perk aan zullen stellen, namelijk de financiële prikkels en de huisarts als poortwachter. Die financiële prikkels zijn niet nader gespecificeerd, maar vanwege de tijd laat ik dat maar even liggen. De opmerking over de huisarts geeft aan dat de minister erop rekent dat de huisartsen borg staan voor zuinig gebruik van de gezondheidszorg. Dat is geen

geringe taak. Op welke wijze worden de huisartsen hiertoe door de minister gestimuleerd? Wat gaat de minister doen om de huisartsen echt in staat te stellen deze lastige taak zo goed mogelijk te vervullen? De poortwachtersfunctie zal volgens de minister in elk opzicht centraal blijven staan in ons systeem van gezondheidszorg. De zorgen die daarover leefden, hoeven dus niet langer te bestaan. Het is niet zo dat de basisarts nu mag gaan doorverwijzen. Daar is geen sprake van. Het gaat om de huisarts, die een zeer centrale plaats krijgt toegewezen. Een enkele huisarts zal genoodzaakt zijn om te onderhandelen met meerdere ziektekostenverzekeraars tegelijk. Dat blijft een zeer belastende zaak. Kan de minister daar niets aan doen? Is dat niet wat gemakkelijker te maken? Heeft de minister goede ideeën om deze pijn te verzachten?

*N

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mevrouw de voorzitter. Van mijn vader heb ik geleerd dat je het moet erkennen als je een fout gemaakt hebt. Ik begin derhalve met een woord van excuus aan u en mijn collega's voor het gebruik van het woord "rotzooi". Het schoot eruit. Mevrouw Slagter heeft vervolgens een wending aan mijn gebruik van dat woord gegeven, waarmee zij mij geen recht heeft gedaan. Een aantal van haar opmerkingen hebben mij geen recht gedaan. Ik zal daar het een en ander tegen inbrengen.

De laatste weken heb ik mij almaar afgevraagd: wat is er toch gebeurd in de wereld van de zorg? Het huidige wetsvoorstel gaat op een groot aantal punten veel minder ver dan tijdens het kabinet-Kok II werd voorgesteld. Ik denk aan de marktwerking en aan de manier van omgaan met betalingen en wat dies meer zij. Ik begrijp echt niet dat er nu van alles wordt bijgehaald dat het niet mogelijk zou maken om op een goede manier over deze wet te praten.

Er is wel wat gebeurd; daarom heb ik kritische vragen gesteld. De Zorgverzekeringswet kan alleen tot goede resultaten leiden als er evenwicht is tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten. Ik heb extra de nadruk gelegd op de patiënten. Mevrouw Slagter moet ik wel toegeven dat ik in de discussie van de laatste tijd het evenwicht tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders mis. Als haar dat dwarszit, stel ik de vraag waar de dagen van het Treekoverleg zijn gebleven, toen alle partijen in het veld optrokken tegen de overheid. Er is blijkbaar iets geknapt. Ik heb in mijn betoog gezegd: minister, je moet soms meer in het herstellen van het vertrouwen investeren dan in het maken van afspraken. Ik hoop van harte dat alle toezeggingen en de bedoelingen van de minister uitkomen.

Laten we goed bedenken dat er een akkoord was tussen drie partijen: de overheid, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. De huisartsen hebben hun bestuur teruggefloten. Het zij zo, en ik denk, mijnheer de minister, dat dit sterk samenhangt met een beweging in het veld dat de zorgaanbieders het vertrouwen niet hebben dat zij in hun professionele autonomie recht overeind kunnen blijven staan. Dát is een duidelijke discussie. De minister heeft tot tweemaal toe tegen mij gezegd dat hij dat eerbiedigt. Over de waarde van de huisarts in de

geïntegreerde eerstelijns is in de Tweede Kamer het nodige in moties vastgelegd. Daar moeten wij ons niet achter verschuilen!

Voordat ik verder ga, moet ik de minister nog bedanken voor zijn beantwoording en voor zijn toezeggingen. Ik zou schromelijk tekort schieten als ik in die dank niet zijn hele ambtenarenstaf betrek. Ik vind het geweldig wat deze in zo'n korte tijd heeft gepresteerd. Politici kunnen van alles verzinnen in hoofdlijnenakkoorden, maar het zijn loyale ambtenaren die het maar moeten uitvoeren, en dan ook nog in de tijd die wij ons allemaal hebben voorgesteld.

Er is geen woord Frans bij wat ik heb gezegd over de vrije artsenkeuze. Ik denk dat mevrouw Swenker en ik daarbij exact dezelfde bewoordingen hebben gebruikt. Het eerste deel van de motie gaat daarover. Ik kom daar niet meer op terug, dat is een discussie geweest die wij lange tijd hebben gevoerd. Ik zou het niet beter kunnen zeggen dan zij heeft gedaan.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik zag de heer Werner gisteren op TV, waar hij sprak over harde punten. Is dit voor u een hard punt?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dit wordt langzamerhand vermoeiend! U vraagt iedere keer naar de bekende weg. Als een aantal politieke partijen, de meerderheid in deze Kamer vormend, een politieke uitspraak vragen, wacht ik het oordeel van de minister over de motie af. Het zou zeer verstandig zijn als de minister een uitspraak van de Kamer niet naast zich neerlegt. Zo werkt het in dit land!

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik mag, als u voor de TV beweert dat u harde punten heeft, toch vragen dat hier te herhalen, en dan wil ik dat ook graag in de Handelingen zien. Ik begrijp dat dit een hard punt is, maar dat mag u toch gewoon zeggen? U moet niet elke keer doen alsof dat heel vermoeiend is. Het is gewoon een normale politieke vraag, hoor!

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb het toch al drie keer gezegd. In mijn eerste termijn heb ik toch al gezegd dat het een hard punt was? Nu leggen we het ook nog eens vast in een motie, terwijl ik er ook nog eens vele interrupties over heb gepleegd. Dan moet toch langzamerhand duidelijk zijn dat dit een hard punt is?

Ik kom toe aan de motie. Ik begrijp van de minister dat het heel moeilijk is om de studie waarnaar ik heb gevraagd tot stand te brengen, in verband met de volle agenda's van de ambtenaren. Akkoord, maar ik wil dat onderzoek dan wel voor het Belastingplan 2007 zien gerealiseerd.

Dan is er iets meer speling. Ik begrijp best dat 1 januari 2006 dan niet meer haalbaar is. Daarnaast wil ik een concrete reactie van de minister op de andere studies. Toegezegd was dat dit integraal zou worden gezien, maar de minister heeft onvoldoende duidelijk gemaakt of dit bij gelegenheid van de invoerings- en aanpassingswet met de

studie waarom de heer Schouw heeft gevraagd kan worden meegenomen.

Een volgend belangrijk punt is de invloed van de patiënten/verzekerden. De minister heeft terzake een aantal toezeggingen gedaan. Ik sluit mij van harte aan bij het voorstel van de heer Schouw met betrekking tot het bedrag van 5 mln. Ik neem aan dat de minister dat gebaar naar de patiënten in het licht van de miljoenen die elders worden uitgegeven, zeker kan maken.

Verder heb ik nog geen antwoord gekregen op mijn in eerste termijn gestelde vraag of de minister het onderzoek dat naar de gewenste toerusting van de patiënten/consumentenorganisaties moet geschieden, snel wil uitvoeren.

Verder moet ik constateren dat het nog steeds niet rondloopt met de geschillencommissie. Ik heb de minister heel duidelijk gevraagd welke onderwerpen nu vallen onder de geschillenregeling en welke gevallen doorverwezen moeten worden naar de civiele rechter. Het is van groot belang dit van meet af aan te weten.

Vervolgens wil ik nog iets zeggen over het vereveningssysteem. Voor mij is het van uitzonderlijk groot belang dat er sprake is van een gelijk speelveld. Dat is overigens alleen in de uitkomst iets wat voor de patiënten belangrijk is. Daarvoor hebben wij de weg aangegeven, waaraan ik in mijn eerste termijn al refereerde. Dat is dan ook van belang voor de aanvullende verzekeringen. Ik verzoek de minister in dit kader in te gaan op de vraag wat er gaat gebeuren als de kosten niet beheersbaar blijken te zijn. Ik heb gewezen op het artikel van Van der Ven in relatie tot het niet uitbreiden van de aanvullende verzekering. Ik heb in een eerder stadium al gezegd dat eigenlijk alle noodzakelijke zorg in het basispakket zou moeten zitten. De minister kon mij daarop toen niet positief antwoorden. Wij hebben wel steeds duidelijk gemaakt dat er nooit aan een pakketverkleining kan worden begonnen zonder goed overleg met de Kamer. Het is duidelijk dat het systeem veel doelmatiger moet worden. Daarom ben ik ook zo in voor een aantal onderdelen van deze nieuwe wet. Wij kunnen niet met een structureel betaalbaarheidsprobleem blijven zitten in de zorgverzekeringswet.

De kwestie van de onverzekerden en de kwestie van de negatieve optie waren voor mij een Siamese tweeling. Ik heb hier gestreden voor die negatieve optie. Ik heb zelfs een wettekst op dat punt aangedragen. Het mag overigens ook een andere wettekst zijn. Het moet in ieder geval bij de invoerings- en aanpassingswet worden geregeld. Op dat moment zou er dan niemand meer onverzekerd zijn. Dan kunnen wij dus niet zeggen dat het aantal onverzekerden toeneemt. Een toename is wel mogelijk als een extra aantal mensen dakloos wordt, gaat zwerven of wat dies meer zij. Ik heb op dit punt een goed overleg gehad met wethouder Heijnen van Den Haag. Hij heeft mij de desbetreffende oplossing aangedragen. De minister heeft toegezegd dit met de VNG te zullen bespreken. Daar komt dus een oplossing voor. Dat zijn al met al twee heel belangrijke punten waarop duidelijke toezeggingen zijn gedaan.

Het overgangsrecht was voor mij een zeer belangrijk punt. Hoe doe je recht aan datgene wat de Eerste Kamer zelf in een notitie heeft uitgesproken?

Welnu, de minister heeft daarop een uitstekend antwoord gegeven. Ik heb inmiddels begrepen dat de VNG een afspraak heeft gemaakt met minister Zalm dat zijzelf de verantwoordelijkheid zal nemen voor het honoreren van de postactieven.

Daar zullen ze dan dus geld in moeten stoppen. Het gaat mij er echter om dat die publiekrechtelijke regelingen regelingen van werkgevers en werknemers samen zijn. De vakbeweging wist het nooit. Ik neem aan dat de vakbeweging de VNG daarop zal aanspreken. De DGVP, boven 65-jarigen, valt onder dezelfde regeling als de minister had bedacht. Ik moet zeggen dat ik dat een goede uitwerking vind van de eerbiedigende werking, zoals de Eerste Kamer op grond van de motie-Jaarsma indertijd met elkaar heeft beoogd.

Dit zijn eigenlijk al mijn punten. Ik heb er niets op ingeleverd. De motie ligt er. Daar horen wij de minister nog over. Ik wil alleen nog iets zeggen over het open eind van de zorgtoeslag.

Het is natuurlijk niet niets dat wij proberen een rechtvaardig systeem te maken, waar overigens best nog een paar onvolkomenheden in zullen zitten. Vandaar dat ik heb gezegd dat daar de Tweede Kamer voor is. De Tweede Kamer heeft inderdaad het primaat. Ik ben ervan overtuigd dat mijn collega's in de Tweede Kamer er volop aan zullen meewerken om de minister zo dat nodig is de les te lezen, als het koopkrachtbeeld voor 2006 er vanuit deze achtergrond voor dit systeem niet uitkomt, zoals wij hebben beoogd.

Dan blijft natuurlijk dat de kosten in de gezondheidszorg oplopen. Wij moeten proberen die in de greep te houden. Als dat niet lukt, is er voor ons, mevrouw Dupuis, een discussie noodzakelijk over de wijze waarop wij dat kunnen oplossen. Daar zijn maar een paar methodes voor: premieverhoging, meer eigen betalingen of pakketverkleining. Ik denk dat de minister ook niet meer uit zijn zak kan toveren. Daarom moeten wij proberen met deze beperkte marktprikkels, meer is het niet, toch de kosten van de gezondheidszorg te beheersen en de patiënt te geven datgene wat hij nodig heeft. Laat er echter geen risicosolidariteit komen, want dat is het deficit om ons hele systeem. Dat handhaven in de toekomst zal een ongelooflijke inspanningen betekenen.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het einde van de tweede termijn van de kant van de Kamer. Volgens de agenda was voorzien in een schorsing van een uur. De minister is echter bereid om die te bekorten tot elf uur. Dank daarvoor.

De vergadering wordt van 22.42 uur tot 23.00 uur geschorst.

*N

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor haar inbreng in tweede termijn. Ik wil speciaal mevrouw Van Leeuwen danken omdat zij zo genereus haar dank heeft uitgesproken jegens mijn ambtenaren. Ik kan de Kamer verzekeren dat ongelooflijk veel werk is verzet. Er

is kei- en keihard gewerkt, ook in weekenden en avonden. Zonder de steun van mijn ambtenaren had ik hier niet gestaan. Ik heb in mijn zevenjarig bestaan als minister heel veel meegemaakt op het gebied van ambtelijke inzet, maar wat ik dit keer van mijn ambtelijk apparaat heb gevergd, was echt zeer bijzonder. Zij hebben het allemaal geweldig gedaan.

De heer Hamel heeft een aantal zaken naar voren gebracht die hem zeer aangaan. Heeft de verzekerde nou genoeg inzicht in de kwaliteit? Ik denk dat het antwoord daarop ontkennend moet zijn, maar wat dat betreft verschilt de nieuwe situatie niet veel van de bestaande. Ook nu is dat namelijk niet het geval. De Zorgverzekeringswet brengt op dat onderwerp geen grote veranderingen. Ik zet in mijn beleid wel alles op alles om a. de kwaliteit te verbeteren en b. de patiënt te helpen om daar inzicht in te krijgen. Ik ben ook van plan om dat de komende twee jaar stug door te zetten. Een goed voorbeeld van iets met een groot potentieel dat nog echt tot wasdom moet komen, zijn de indicatoren van de IGZ. De Kamer en ik weten beiden dat hetgeen tot nu toe is gepresteerd, een verdienstelijke eerste poging is. Een en ander moet nog veel verder moet worden uitgewerkt opdat het betrouwbare indicatoren worden. En dan moet ook nog eens een vertaalslag worden gemaakt, zodat zij inzichtelijk worden voor de cliënten en patiënten. Er moet dus nog veel gebeuren, maar wij zijn volop bezig met sneller en beter maken. Zoals ik al heb gezegd: ik doe dat in een heel goede samenwerking met de beroepsgroepen.

Ik heb een heel duidelijk toezegging gedaan over de zeggenschap van patiënten en de invloed op het inkoopbeleid. Als uit het overleg met de zorgverzekeraars blijkt dat die niet goed van de grond komt, zal ik niet aarzelen om in te grijpen.

De inkomsten van de verzekeraars veranderen zonder meer elk jaar, ook door kostenontwikkeling in de zorg. De vereveningsbijdrage voor de chronisch zieken wordt jaarlijks vastgesteld. De uitkomst kan iets verschillen als gevolg van veranderingen in behandelingen, van prijsontwikkeling van de behandelingen en van prijsontwikkelingen van medicijnen. Dat betekent overigens niet dat de vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar met een min of meer constant risicoprofiel van jaar op jaar heel veel verandert. Een zorgverzekeraar kan er zeker van zijn dat hij voor zijn ongezonde verzekerde elk jaar wordt gecompenseerd. Hoewel dat van jaar op jaar iets kan verschillen, zullen de onderlinge verhoudingen niet veel verschillen. Dat biedt hem toch echt een langetermijnzekerheid. Ik ben het ermee eens dat hij die nodig heeft om langetermijninvesteringen te kunnen doen.

Dan kom ik nog even op de kwestie die mevrouw Van Leeuwen aanreikte: de patiënt die een heel bijzondere behandeling nodig heeft. Stel de patiënt heeft een naturacontract met een selectieve contractering en kan eigenlijk niet door zijn verzekeraar geholpen worden. De heer Hamel vraagt zich af of hij op dat moment niet van verzekeraar moet kunnen veranderen. Een nog veel betere garantie in dit geval is het volgende. Als een verzekerde bijzondere hulp nodig heeft die niet gecontracteerd blijkt te zijn, kan de verzekerde in het kader van de zorgplicht eisen dat de zorgaanbieder die alsnog

contracteert. Die garantie geef ik hier. Als iemand een superspecialist nodig heeft, is de zorgverzekeraar verplicht om die zonder bijbetaling te contracteren. Dat zeg ik voor deze situatie toe. Dat betekent dat ook op dit punt de vrije artskeuze steviger is onderbouwd.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik doel niet op de bijzondere behandeling. Dat lijkt mij logisch in het kader van de zorgplicht. Laten wij het voorbeeld van longtumoren nemen. Daarbij is er sprake van verschillende resultaten op verschillende locaties. Een verzekeraar kan de zorg op plaats A gecontracteerd hebben, terwijl de betrokkene dolgraag naar locatie B wil. Over die vraag gaat het.

Minister **Hoogervorst**: De casus die mevrouw Van Leeuwen naar voren bracht is meer bijzonder en ook schrijnender dan die van de heer Hamel. De wet stelt bovendien dat alle zorgverleners aan bepaalde minimumeisen moeten voldoen. Belangrijk is dat de patiënt de komende jaren geholpen wordt om beter inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van de zorgverlener. De patiënt kan dan meer bewust een keuze voor een zorgverzekeraar maken.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik haal een nu niet meer relevant voorbeeld aan. Vroeger deed de chirurgie ook urologie. Op een bepaald moment was dat obsoleet en toen werd er nog maar in een paar huizen aan urologie gedaan. De ingrepen in ziekenhuis A en B was exact hetzelfde. Alleen werd het in A door een uroloog gedaan en in B door een chirurg. Als een verzekeraar nu het ziekenhuis met de chirurg heeft gecontracteerd en niet het ziekenhuis met de uroloog, die waarschijnlijk wat beter is, kan de patiënt dan kiezen voor het ziekenhuis met de uroloog?

Minister **Hoogervorst**: De meeste patiënten zullen hiervan niet weten. Anders zouden deze kwaliteitsverschillen niet bestaan. Alle zorgverleners moeten aan minimumeisen voldoen. Dit soort kwaliteitsverschillen moeten uit het systeem worden gehaald door goede vergelijkingen en door patiënten te helpen om betere kwaliteitsbeoordelingen te maken.

De heer **Hamel** (PvdA): Dit is een cruciaal punt. Het gaat om de vraag waarvoor een patiënt kan kiezen. Ik denk dat de patiënt daarin buitengewoon geïnteresseerd is.

Minister **Hoogervorst**: Een patiënt die daarin geïnteresseerd is, zal een heel zorgvuldige keuze moeten maken voor een zorgverzekeraar en voor de zorg die hij of zij wil hebben.

De heer **Hamel** (PvdA): Een patiënt weet een jaar van tevoren toch niet of een verzekeraar bepaalde zorg heeft gecontracteerd? Dat blijft toch het probleem? Blijkbaar verschillen wij hierover van mening.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dit punt raakt aan de huisartsenzorg en de functionele omschrijving. Zorgverzekeraars kunnen de inhoud van de zorg bepalen. Zij bepalen waar welk aanbod van huisartsenzorg gehaald

kan worden, met als voorbeeld de diabeteszorg. Daarbij speelt ook de keuzevrijheid.

Minister **Hoogervorst**: Vanaf 1992 is er geen contractplicht voor huisartsen. Als er een soort zorgverlening in Nederland is die zonder enige selectie wordt gecontracteerd, is dat de huisartsenzorg. Men kan ook problemen zoeken waar die er niet zien. Hier is geen probleem.

De heer Hamel creëerde een beetje het beeld dat het systeem vooral sterk zou leunen op marktwerking en dat er maar marginaal wat publieke randvoorwaarden worden gesteld. Ik wijs erop wat ik in het nieuwe systeem nog steeds allemaal doe: inhoud van het pakket vaststellen, een verbod op premiedifferentiatie, acceptatieplicht, werking van het vereveningssysteem, toezicht en een contracteerplicht opleggen. Daarmee ben ik denk ik nog maar op de helft van alle bevoegdheden die ik heb. De minister van Volksgezondheid blijft een belangrijke regierol houden in het systeem en zal daarin door het parlement worden gecontroleerd. Er is geen sprake van dat hier zo maar iets naar de markt wordt gebracht.

Een van de stukjes gif die de afgelopen weken zijn verspreid, is dat dit ongeveer gelijk zou zijn aan de privatisering van de taxibranche. Die is overigens niet geprivatiseerd maar geliberaliseerd en dit is niet zo gelukkig gegaan. De publieke randvoorwaarden die in dit systeem zijn opgenomen, zijn ijssterk. Ik heb de woordvoerders ook niets horen afdingen op mijn verhaal dat de solidariteit in dit stelsel wordt versterkt ten opzichte van het ziekenfonds en de particuliere verzekeringen.

Kortom, dit blijft een sociale verzekering met een sterke rol voor de minister van Volksgezondheid.

Ik denk dat ik naar aanleiding van de opmerkingen over de privacy heb aangetoond dat dit in deze wet duidelijker en beter wordt geregeld dan in het bestaande ziekenfonds. De ministeriële regeling komt er gewoon. Over het burgerservicenummer zal ik nog nader overleg voeren met het CBP. Ik verwacht dat wij daar een oplossing voor zullen vinden.

De heer Hamel heeft gevraagd wat ik zal doen als de kosten toch uit de hand lopen. Als je de kostenontwikkeling van de afgelopen vijf jaar bekijkt, zie je dat de kosten in de laatste twee jaren van "paars" en het daarop volgende jaar met een hoek van ongeveer 30 graden omhoog gingen. Die stijgingshoek is in de afgelopen twee jaar sterk afgevlakt. Er is echt een enorme slag geslagen om de kosten minder te laten stijgen. Tachtig procent van de bezuinigingen op mijn laatste begroting is geleverd door de zorgaanbieders en is niet afgewenteld op de patiënten. Het is mijn ambitie om daarmee door te gaan en de kosten verder in de hand te houden. Een van de bedoelingen van deze wet is -- behalve het versterken van de solidariteit -- natuurlijk om meer prikkels tot doelmatigheid in te bouwen.

Wat er verder moet gebeuren als de kosten toch nog onverhoopt toenemen? In de richting van de heer Van den Berg zeg ik dat ik in mijn meerjarencijfers die van hoge kwaliteit zijn, rekening houd met de stijgende kosten van de medische technologie. Ik heb geen nulplaatje voor ogen voor de komende jaren, want die kosten nemen ieder

jaar met miljarden toe. Ik houd daar dus rekening mee, maar dit is een zeer moeilijk beheersbaar stelsel. Dit geldt niet alleen voor Nederland, maar voor de hele wereld. Privaat of publiek, overal in de wereld zie je dat de ministers van Volksgezondheid grote problemen hebben om de kosten in de hand te houden. Ik zie dat dit in Nederland in de afgelopen twee jaar aardig is gelukt en wij gaan door op die weg.

Ik houd ook rekening met premiestijging in de komende jaren, maar hopelijk minder sterk dan in de afgelopen jaren.

De vraag over de kosten van een IZA-systeem zal ik graag meenemen in de studies die nog worden uitgevoerd.

De heer Hamel heeft in een motie om een jaar uitstel gevraagd. Uit de overweging leid ik af dat hij in ieder geval voorstander is van een verantwoorde invoering, maar alleen een jaar later.

Impliciet lijkt er toch een zekere steun voor invoering te zijn. Een van de ondertekenaars die het meest fundamentele verhaal tegen de Zorgverzekeringswet heeft gehouden, de heer Van der Lans, heeft gezegd dat hij tekent als wij de invoering een jaar uitstellen. Ik heb nog nooit iemand zo makkelijk zijn principes zien opgeven voor een jaar uitstel.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Kunt u nagaan hoezeer de rust in het gezondheidszorgveld mij aan het hart gaat.

Minister **Hoogervorst**: Ja, maar ik ga er toch niet op in, want ik ben wat minder makkelijk.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): De datum van 1 april is een kwestie van principe, begrijp ik.

Minister **Hoogervorst**: Nee, ik zit lang genoeg in dit vak om geen onverantwoorde risico's te nemen en zeker niet met de zorg. Ik heb de trein in beweging gezet, samen met mijn ministerie. Wij hebben tot nu toe alle termijnen gehaald die wij hebben beloofd. Wij hebben keihard gewerkt en ik ga keihard door. Ik heb in mijn eerste termijn gezegd dat ik niet alleen politieke, maar ook persoonlijke verantwoordelijkheid neem voor een zorgvuldige afwikkeling van deze wet. Er zullen heus dingen misgaan. Dat is natuurlijk. Maar ik ga ervan uit dat er geen chaos ontstaat. Als ik zelfs maar een klein vermoeden had dat er een chaos zou ontstaan, dan zou ik het risico niet nemen.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik heb net een duidelijk oordeel gegeven over het wetsvoorstel en dat kan een ander oordeel zijn dan dat over de invoering. Wij hebben het niet gehad over de techniek of de geweldige inspanning van het departement, want dat is niet anders dan te onderschrijven. Het gaat erom dat het op een manier gebeurt die de burger begrijpt en dat hij er ook bij betrokken is. Hij is tot nu toe op dit punt volstrekt buitenspel geweest. Dat is geen bewust buitenspel. Ik zeg ook niet dat het voorstel erdoor geramd is. Wij schatten echter in dat de termijn waarop de burger reëel kan wennen aan een nieuw uitgangspunt, te kort is. Ik kijk daarbij met name naar de

ziekenfondspatiënten. Zij hebben namelijk niets van doen met een deel van de keuzemomenten en met het eigen risico. Omdat wij inschatten dat de termijn te kort is, hebben wij de motie op dat punt ingediend.

Minister **Hoogervorst**: Ik begrijp uw zorg. Ik weet dat het voorstel voor veel mensen een grote verandering zal betekenen. Maar wat win ik met een jaar uitstel? Dan creëren wij nog een jaar onzekerheid. Het heeft ook geen enkele zin om nu een publiciteitscampagne te beginnen over een verandering die pas over anderhalf jaar plaatsvindt. Tegen die tijd zijn de mensen het weer glad vergeten. Dat heeft geen zin. Na goedkeuring door de Kamer is het moment om met de publiciteit voluit te gaan. Dat zullen wij dan ook doen. Ik weet ook wel dat er nog heel wat uit te leggen is en dat het niet eenvoudig zal zijn. Wij zullen het echter op een zorgvuldige manier doen. Wij hebben een uitgebreid voorlichtingsplan dat ik de Kamer schriftelijk zal doen toekomen. Zij kan er dan nog eens naar kijken.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik constateer dat gewoon. Wij zeggen niets over de inspanningen die al dan niet gebeuren. Wij denken dat het accepteren en het daarmee kunnen omgaan meer tijd vergt. Wij moeten wel voor een uitstel van een jaar kiezen, want het is uitermate ingewikkeld om voor volgend jaar september te kiezen. Wij zeggen veeleer dat er een zorgvuldige campagne moet worden gevoerd. Daarbij moet je je niet laten leiden door de datum, maar moet je de tijd nemen om mensen erop voor te bereiden.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Als de minister er zo van overtuigd is dat alle termijnen worden gehaald en dat niets hem in de weg staat, waarom is hij er dan eigenlijk tegen dat een onafhankelijke auditcommissie nog eens toetst? Het is nu bijna een kwestie van politiek prestige. Het prestige van de minister staat hiermee op het spel. Wij zijn nu een hele dag bezig met maatregelen, regelingen, uitwerkingen en zaken die nog moeten worden geregeld. Dat kan toch niemand ontkennen? Iedereen ziet toch dat wij nog maar korte tijd te gaan hebben en dat de boog strak gespannen staat?

Minister **Hoogervorst**: Persoonlijk prestige heeft hiermee niets te maken. Zorgverzekeraars weten elk jaar dat zij wat betreft voorlichting aan hun cliënten veel hebben te verstouwen. Zij hebben altijd andere prijzen, het pakket verandert regelmatig. Bovendien hebben zij altijd een culminatie in de publiciteit en de reclame die zij moeten houden aan het einde van het jaar. De zorgverzekeraars weten anderszins dat hun reputatie op het spel staat. Bovendien weten zij dat als het fout gaat, niet alleen ik een probleem heb, maar zij ook een probleem hebben. Ik heb geen enkele reden om aan te nemen dat de audit die zij zelf hebben uitgevoerd, een soort schoonwasoperatie is geweest. De audit is eerlijk geweest en heeft ook bepaalde dingen aan het licht gebracht. Er is bijvoorbeeld gevraagd om alsjeblieft een jaar uitstel te geven voor de fasering van de GGZ. Dat heb ik gedaan. Het heeft echt geen toegevoegde waarde om op dit moment een zogenaamd onafhankelijke audit te laten uitvoeren.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter, met uw goedvinden wil ik graag mede op grond van deze toelichting een vraag aan de heer Hamel stellen. Er is iets dat ik helemaal niet begrijp. Wat is er nu aan de hand per 1 januari 2006? Wat verandert er voor de ziekenfondsverzekerden? Er is bij herhaling gezegd dat er een integraal, non-select aanbod zal worden gedaan dat zo dicht mogelijk bij de huidige verzekering ligt. Daarna hebben wij nog een heel jaar. Er is een en andermaal gezegd dat er op 1 januari 2006 geen sprake zal zijn van een overvloed aan polissen waaruit de verzekerden moeten kiezen. Die keuzemogelijkheden komen per 1 januari 2007. Voor dat punt hoeft de heer Hamel toch geen jaar uitstel te hebben? Wat de verzekerden moeten weten, past in het geval van een goede voorlichting voor 2006 op 1 A4.

De heer **Hamel** (PvdA): In de motie die ook door uw fractie is ingediend, waarbij ik mij overigens veel kan voorstellen, wordt alleen iets over de no-claim gevraagd. Ik geef dat als een voorbeeld. Dat moet nog worden geregeld en er moet zelfs een onderzoek naar worden ingesteld. Ik heb er ook bij de zorgtoeslag op gewezen dat dit behoorlijk nieuwe dingen zijn. Er zijn heldere dingen toegezegd, maar er blijven ook een aantal zaken over. Juist die mensen moet je zien te bereiken en dat is het enige wat wij zeggen. Er wordt wel degelijk iets gepresenteerd over keuzes en dat is ook lang over tafel gegaan. Dat hoort men dadelijk en dat zal in een voorlichtingscampagne worden meegenomen. Wij zeggen dat die termijn te kort is.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Wij zullen natuurlijk nog spreken over de uitkomsten van die studies en wij zullen een keuze moeten maken. Er is niet op voorhand gezegd dat dit extra inspanningen van de verzekerden vraagt voor 1 januari 2006. Het gaat over hun polis. Zij krijgen een polis aangeboden die exact hetzelfde is of in de buurt ligt van hun polis van vorig jaar. Dat is toch het punt waarom het gaat bij de voorlichting aan de patiënten? Wat verandert er nog meer? Ik wil graag goed inzicht in de motie hebben.

De heer **Hamel** (PvdA): De premiestelling gaat ook veranderen, want u gaat daar de zorgtoeslag op los laten.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Wij gaan er inderdaad de zorgtoeslag op loslaten. Ik denk dat er in vele huisgezinnen een groot gejuich opgaat als de brieven van de belastingen komen en blijkt dat zij via de fiscaliteit geld terug kunnen krijgen. Voor een in verhouding kleine groep zal het minder gunstig uitvallen en ik hoop dat dit nog in september kan worden gerepareerd. Daarover zijn toezeggingen gedaan, dus dan is ook dat vuiltje opgelost.

De heer **Hamel** (PvdA): Onze inschatting is net anders dan die van u, want wij kijken naar de mensen die het aanslagbiljet helemaal niet ontvangen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat is allemaal geregeld.

De heer **Hamel** (PvdA): Dat is nu net waar wij wat meer aan twijfelen. Ik heb nadrukkelijk geen "nee" gezegd tegen de intenties en de wijze waarop. Ik heb aangegeven dat wij de termijn waarin mensen eraan moeten wennen, te kort vinden.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter, ik hoop dat ik mij even in de discussie mag mengen. Ik ben het met de heer Hamel eens dat de grote verandering voor de ziekenfondsverzekerden niet in het pakket of de polis zit, maar in de zorgtoeslag. Dat zal goed moeten verlopen. Dat wordt een hele operatie en dat onderschatten wij niet. De Belastingdienst zal de handen daaraan vol hebben. Ik ben het met de heer Hamel eens dat dit de kwetsbare plek is, als er een kwetsbare plek is. Ik ben mij daarvan goed bewust en daar gaan wij hard aan werken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik wil het toch nog even over de onafhankelijke audit hebben. Ik adviseer de minister om het toch te doen gezien de psychologische uitwerking die zo'n audit kan hebben. De minister zegt dat hij er zelf alle vertrouwen in heeft en dat is natuurlijk prima, want hij moet het uitvoeren. De Consumentenbond heeft het verzoek echter duidelijk aangedragen.

Er is geconstateerd dat er heel veel wantrouwen is, over de vraag hoe dat komt kunnen wij het bij de borrel hebben. Als dat wantrouwen voor een deel kan worden weggenomen door zo'n onderzoek te doen, adviseer ik om dat te doen.

Minister **Hoogervorst**: Ik zit heel regelmatig met partijen om de tafel, dus ook met de zorgverzekeraars. Misschien laat ik mij nog eens adviseren door een consultant van buitenaf. Dat doe ik heel geregeld. Met de DBC's heb ik dat bijvoorbeeld ook laten doen. Ik zal er nog even over nadenken. Ik heb overigens geen enkele reden om te veronderstellen dat zorgverzekeraars hier lankmoedig mee zullen omgaan.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Dat dachten wij bij de energiebedrijven ook.

Minister **Hoogervorst**: Dat was echt een volstrekt nieuwe situatie. De zorgverzekeraars zijn heel erg bekend met het fenomeen dat het erg druk is en dat er grote veranderingen zijn rond het einde van het jaar.

Ik denk dat ik heel veel vragen van mevrouw Slagter heb beantwoord. Er wordt een beetje een tegenstelling gecreëerd tussen geld dat ik aan de patiëntenbeweging zou moeten geven en de €30 mln. voor eigen voorlichting. Ik geef geen geld uit aan eigen voorlichting, want ik ben goed voorgelicht. Het gaat mij erom dat de burgers in het land goed worden voorgelicht. Het zou wel mooi zijn als ik het aan eigen voorlichting zou kunnen uitgeven. Ik heb heel duidelijk uitgesproken dat

mijn intentie is dat er een consumentenwet komt. Ik heb al gesproken over inspraak van verzekerden.

Ik kan geen volledige garantie geven dat er geen sprake zal zijn van koopkrachtverlies. Ik heb al gezegd dat er ook groepen op achteruit gaan, waaronder mensen in mijn situatie. Er zit een lastenverlichting van €900 mln. bij waarmee heel veel leed kan worden voorkomen. Dat zullen wij ook zorgvuldig doen. Ik heb al gesproken over privacy. Er werd gevraagd wat er gebeurt met de €90 mln. voor de huisartsen. Daar ben ik nog over in onderhandeling en daar wordt donderdag verder over gesproken. Wij gaan er alles aan doen om te voorkomen dat het aantal onverzekerden stijgt.

Ik dank de heer Schouw voor zijn heel vriendelijke woorden. Ik werd er helemaal verlegen van. Hij heeft een heleboel zaken afgevinkt waarover wij het eens zijn en die ik heb toegezegd. Met het toezicht vanaf 1 januari is het een van tweeën. Het kan zijn dat de zorgautoriteit er is. Dat is afhankelijk van de snelheid van het wetgevingsproces. Het kan ook zijn dat er sluitend systeem is zoals ik dat in mijn brief heb geschreven en dat zal dan even mee moeten gaan. Er zullen geen lacunes in het toezicht ontstaan. Dat zeg ik duidelijk toe. Ik ben het ermee eens dat de veelheid van polissen de transparantie niet in de weg mag staan. Het is mijn verwachting dat het gaat uitdunnen in plaats van prolifereren. Ik ben graag bereid om een aparte brief te schrijven over de vormgeving van de evaluatie. Ik denk dat de collectieve contracten daar onderdeel van moeten zijn.

Ik ben bereid om met het MKB te praten over de kleine zelfstandigen. Nu hebben zij immers nog de vrijheid om zich niet te verzekeren en straks zijn zij verplicht om zich te verzekeren. Dat moet wel duidelijk zijn. Ik zal er nog naar laten kijken. De Kamer krijgt een studie over de no-claim en het eigen risico. Ik zal daar een standpunt bij voegen. Ik kan niet garanderen dat dit het gewenste standpunt is.

De heer **Schouw** (D66): Dat laatste was de bedoeling. U moet dus maar gaan oefenen om te kijken of dat lukt. U hebt net een punt niet genoemd in het rijtje van toezeggingen.

Minister **Hoogervorst**: Bedoelt u de patiëntenorganisaties? Dat ligt nu voor mij. U hebt het over €5 mln. voor twee jaar.

Ik ga er iets heel substantieels mee doen. U moet mij niet houden aan een precies bedrag, maar ik kom de Kamer wel ernstig tegemoet.

Ik heb al een aantal vragen van de heer Van den Berg beantwoord. Zo heb ik over de poortwachter gesproken. Ik ben dol op poortwachters. Als staatssecretaris heb ik een poortwachterswet geïntroduceerd, met onvermoede successen. Dit succes uit het verleden gaan wij dan ook continueren.

Ik heb mijn juristen even naar de opmerkingen over de gemoedsbezwaren laten kijken. Als ik hem goed begrijp, doelt hij erop dat er bij de huidige wetgeving sprake kan zijn van een afzonderlijk gemoedsbezwaar voor de Zfw en een voor de AWBZ. Daar heeft hij gelijk in. Je kunt slechts zorg krijgen voor rekening van de AWBZ of de Zfw, als je als verzekerde bij het ziekenfonds bent

ingeschreven. Iemand met gemoedsbezwaren schrijft zich natuurlijk voor geen van beide in. In de Zvw is verzekeringsplicht evenwel gekoppeld aan die voor de AWBZ. Dat heeft tot gevolg dat men voor beide wel of beide niet gemoedsbezwaard is. Het is nu dus gekoppeld, wat mij ook consistent lijkt in de redenering van de gemoedsbezwaarden.

De heer Van den Berg heeft de bedoeling van zijn opmerkingen over de palliatieve zorg verduidelijkt. Ik heb al toegezegd dat ik ga praten met de academische centra. Daarbij zal ik zijn opmerkingen betrekken, zonder dat ik daarover nu toezeggingen kan doen.

Klaarblijkelijk ben ik aan veel vragen van mevrouw Swenker tegemoetgekomen. Dat doet mij deugd. Er komt een laagdrempelig klachtenbureau, wat ik het implementatieplatform noem. Daar worden alle onderwerpen bekeken die zij heeft genoemd.

Er loopt nu nog een onderzoek naar de kwestie van de grote steden. Wel versterkt de opname van FKG voor diabetes-2 de positie van Den Haag. In die gemeente is een grote hindoestaanse bevolkingsgroep, waar diabetes endemisch is. Dat knapt de boel een beetje op. De resultaten van het ex ante vereveningssysteem worden bovendien verzacht door het ex post mechanisme van de hoge kostenverevening, generieke verevening en nacalculatie. Dat haalt al heel veel van de pijn weg.

Ook staat tegenover het negatieve resultaat in Den Haag een positief resultaat van Rotterdam. De provincie springt er daarom niet heel slecht uit. Maar goed, wij kijken er verder naar en wij zullen de Kamer daarover berichten.

De motie-Swenker c.s. begint met een aantal opmerkingen die betrekking hebben op de vrijeartsenkeuze. Gezien de bijdrage in eerste termijn van mevrouw Swenker, vat ik dat als volgt op. In het huidige systeem zijn er restitutiepolissen; die zullen er ook zijn in het nieuwe systeem. Hoewel de premiestelling wat gaat veranderen door het nieuwe systeem, zou je kunnen verwachten dat er sprake moet zijn van ongeveer hetzelfde kostenniveau. Als daaronder naturapolissen ontstaan met selectieve contractering, wat de bedoeling is en wat gaat gebeuren, is de verwachting dat er een korting op het premieniveau van de restitutie ontstaat. Dat lijkt mij ook heel sterk in de lijn der verwachtingen te liggen. Ik heb in dit verband enkele additionele toezeggingen aan de Kamer gedaan, ook in deze tweede termijn, met betrekking tot personen die echt zeer specialistische hulp nodig hebben en die niet gecontracteerd zijn. Zij kunnen die hulp dan toch krijgen. Als er een tweedeling zou dreigen tussen armeluispolissen en rijkeluispolissen, zal ik artikel 12 inroepen. De vrijeartsenkeuze is zo ruimhartig verankerd in de wet.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik had de minister ook nog gevraagd of je mag kiezen als je een andere behandelaar wilt hebben. Daarop bent u niet ingegaan.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb in mijn eerdere inbreng gesproken over de situatie die mevrouw Van Leeuwen heeft aangetroffen. In zo'n situatie moet dit kunnen.

De heer **Hamel** (PvdA): Wat is erop tegen om die keuze te geven?

Minister **Hoogervorst**: Omdat je dan een element van zelfselectie in het systeem gaat brengen. Daarmee ga je uitlokken dat zorgverzekeraars heel magere en goedkope polissen gaan aannemen, die mensen dan massaal nemen. Op het moment dat mensen ziek worden, willen zij toch een duurdere polis. Dat is zelfselectie die het systeem vernietigt.

De heer **Hamel** (PvdA): Dat geldt nu toch ook voor een deel? Ik kan op jaarbasis kiezen. Ik zie echt niet het verschil.

Minister **Hoogervorst**: Omdat dan het risico zich heeft voorgedaan. Dan kun je het allermagerste pakket nemen wat je hebt, met één zorgaanbieder in de regio. Dan is iedereen tevreden, totdat er echt iets serieus gebeurt. Dan ga je kiezen voor de duurste polis van de rijkste aanbieder. Dat kan natuurlijk niet.

De heer **Hamel** (PvdA): U doet nu geen recht aan mijn woorden. Het gaat erom dat je een andere behandelaar wilt. Het gaat er niet om dat je ineens weg wilt als het duur wordt. Het doet zich echt heel vaak dat iemand ervoor kiest om bij een bepaalde behandelaar te zijn.

Minister **Hoogervorst**: Ik blijf erbij dat dit toch echt zelfselectie zal uitlokken.

De opmerkingen over het vereveningssysteem kan ik volledig onderschrijven.

Over eigen risico en no-claim heb ik een studie toegezegd, dus de motie hierover kan ik positief bejegenen.

De heer Van der Lans begon met de leuke anekdote van een vriendin uit Australië, die 20 jaar niet in Nederland was geweest. Ik had verwacht dat hij op de vraag wat de Eerste Kamer vandaag doet zou antwoorden dat men de Zorgverzekeringswet aan het goedkeuren is. Daarop had zij kunnen zeggen: dat is toch sterk, want 20 jaar geleden was men daar ook al mee bezig; ben ik soms niet weggeweest? Dat had de heer Van der Lans kunnen vertellen, maar het andere verhaal was ook aardig. De heer Van der Lans vindt dat ik te weinig ben ingegaan op zijn algemene argumenten. Mijn hele inleiding was één groot antwoord op zijn betoog.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Toen was ik er niet. Daarvoor heb ik mijn excuses aangeboden.

Minister **Hoogervorst**: Maar hoe kunt u dan concluderen dat ik niet op uw argumenten ben ingegaan als u er niet was? Ik heb een uitvoerige inleiding gehouden over het waarom van deze wet, aan de hand van uw argumenten.

Huisarts Ton Spruit zou ik antwoorden. Nu heeft de huisarts ook te maken met twee inkomstenbronnen. Voor een ziekenfondspatiënt krijgt hij een inschrijftarief, terwijl hij voor een particuliere patiënt een verrichtingentarief kent. Ik heb niet de indruk dat de huisarts de particuliere patiënten vaker laat terugkomen omdat dat zo lekker aantikt. Daarmee gaat men secuur om.

In het nieuwe systeem krijgt hij voor beide patiënten zowel een – iets lager – inschrijftarief als een –

ook iets lager – verrichtingentarief, maar in gelijke verhouding ten opzichte van het huidige systeem, zodat de prikkels om mensen onnodig te laten terugkomen in ieder geval niet groter zijn dan in het huidige systeem. Dat is heel zorgvuldig bezien. Dit is ook een van de punten waarover wij het heel snel met de LNV eens waren en wat nog steeds niet ter discussie staat.

Mevrouw Dupuis heeft nog gevraagd hoe huisartsen kunnen worden gestimuleerd om poortwachter te zijn. Ik heb gezegd dat ik wil bezien hoe ik dit wettelijk kan vastleggen. Dat ga ik gewoon doen. Eigenlijk staat het antwoord ook in mijn toekomstvisie op de zorg. De substitutie van tweede naar eerste lijn is ongelooflijk belangrijk. Daarbij gaat het om meer dan om de poortwachtersfunctie. Die functie is maar een onderdeel van het huisartsenvak. Het is natuurlijk veel belangrijker dat de mensen goed behandeld worden. Daartoe zie ik veel nieuwe mogelijkheden, ook in combinatie met taakafplitsing en goede samenwerking in de eerste lijn. Daarvoor zal de huisarts andere collega's in de eerste lijn hard nodig hebben. Natuurlijk is een adequaat beloningssysteem nodig.

Het onderhandelen met de vele zorgverzekeraars is een probleem genoemd. Ik heb in de afgelopen tijd met ongelooflijk veel huisartsen gesproken. Daarbij werd vooral deze kwestie genoemd. Ik besef dan ook ten volle dat wij daaraan wat moeten doen. Desnoods ga ik hierover eens met de heer Kalbfleisch praten.

Mevrouw Van Leeuwen heeft nog gesproken over de professionele autonomie. Ik meen dat ik daarover duidelijk ben geweest.

Er is gesproken over de studie naar integratie van buitengewone lasten en de tegemoetkoming. Ik wil, samen met staatssecretaris Wijn, ernaar streven dat er tijdig voor de indiening van het Belastingplan 2007 hierover de nodige informatie bij de Kamer is.

Ik zal het resultaat van de studie naar het IZA-systeem en naar het omzetten van de no-claim in verplicht eigen risico de leden voor de behandeling van de invoerings- en aanpassingswet in deze Kamer doen toekomen.

Er is verder gesproken over de keus tussen geschillencommissie en de burgerlijke rechter. Mijn antwoord is helder. De verzekerde kan bij elk geschil met zijn verzekeraar bepalen aan wie hij dat geschil voorlegt. Hij kan het voorleggen aan de geschillencommissie en aan de burgerlijke rechter. Hij is vrij in zijn keuze. Ik neem aan dat de geschillencommissie verre te verkiezen is boven een langdurige en misschien ook kostbare procedure bij de rechter. Ik wil mij graag voor deze regeling inspannen.

Ik zal deze Kamer ook snel het resultaat van het onderzoek naar de bekostiging van de patiëntenorganisatie doen toekomen.

De oplossing waarover werd gesproken komt van wethouder Heijnen van Den Haag. Ik ken hem als een zeer creatieve man. Wij zullen ons licht nog eens bij hem persoonlijk opsteken.

Over de zorgtoeslag komen wij nog te spreken. Dat punt zal ook in de Tweede Kamer worden behandeld.

Mevrouw Van Leeuwen deed nog een hartenkreet. Zij zei dat er in dit systeem weliswaar allerlei garanties kunnen zitten, maar dat het de enorme opdracht

is om de beheersbaarheid van het systeem veilig te stellen, zodat de risicosolidariteit met de mensen die die echt nodig hebben, kan worden gehandhaafd. Daarbij gaat het namelijk om het grootste goed van ons zorgstelsel. Ik ben het roerend met mevrouw Van Leeuwen eens.

Voorzitter. Rest mij de Kamer te bedanken voor het zeer intensieve debat. Het heeft lang geduurd, maar gelukkig iets minder lang dan wij voor mogelijk hadden gehouden. Nogmaals, het was een zeer intensief debat waarin veel meningen werden gewisseld. Ik heb dat buitengewoon op prijs gesteld.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor zijn reactie in tweede termijn. Er is gevraagd om hoofdelijke stemming. Die zal volgende week dinsdag worden gehouden.

Ik dank iedereen hartelijk voor zijn aanwezigheid: de minister, de leden van de Kamer en de mensen op de tribune. Wel thuis!

**

Sluiting 23.46 uur