

1ste vergadering

Dinsdag 27 september 2005

Aanvang 10.00 uur

Voorzitter: Timmerman-Buck

Tegenwoordig zijn 72 leden, te weten:

Van de Beeten, Bemelmans-Videc, Van den Berg, Bierman-Beukema toe Water, Biermans, Broekers-Knol, Van den Broek-Laman Trip, Van Dalen-Schiphorst, Dees, Doek, Doesburg, Dölle, Van Driel, Dupuis, Eigeman, Engels, Essers, Franken, Van Gennip, De Graaf, Hamel, Hessing, Hoekzema, Ten Hoeve, Holdijk, Jurgens, Kalsbeek-Schimmelpenninck van der Oije, Ketting, Klink, Kox, Van der Lans, Van Leeuwen, Leijnse, Lemstra, Van der Linden, Linthorst, Luijten, Maas-de Brouwer, Meindertsma, Meulenbelt, Van Middelkoop, Nap-Borger, Noten, Van den Oosten, Pastoor, Platvoet, Pormes, Pruiksmā, Putters, Van Raak, Rosenthal, Russell, Schouw, Schuurman, Schuyer, Slagter-Roukema, Swenker, Sylvester, Tan, Terpstra, Van Thijn, Thissen, Timmerman-Buck, Vedder-Wubben, Wagemakers, Walsma, Werner, Westerveld, Witteman, Witteveen, Woldring en De Wolff,

en de heer Hoogervorst, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de heer Pechtold, minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties, en de heer Wijn, staatssecretaris van Financiën.

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

Van Heukelum en Rabbinge, wegens verblijf buitenslands;

Bierman-Beukema toe Water, wegens ziekte.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

De **voorzitter**: Ingekomen is een beschikking van de voorzitters van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal houdende benoeming van de heer E.H.W. van der Sande tot lid van de Raadgevende Interparlementaire Beneluxraad in plaats van de heer Geluk en de heer A.H.J.W. van Schijndel tot plaatsvervangend lid van de Raadgevende Interparlementaire Beneluxraad in plaats van de heer Cornielje.

Deze beschikking ligt op de Griffie ter inzage. Ik stel voor, de beschikking voor kennisgeving aan te nemen.

Daartoe wordt besloten.

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.)

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Uitvoering van verordening (EG) Nr. 805/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 21 april 2004 tot invoering van een Europese executoriale titel voor niet-betwiste schuldvorderingen (PbEU L 143) (Uitvoeringswet verordening Europese executoriale titel) (30069).**

Dit wetsvoorstel wordt zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet) (30124).**

De beraadslaging wordt geopend.

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. In juni bespraken wij in deze Kamer de wetsvoorstellen Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag. Daarbij gaven wij onze bezwaren aan tegen beide wetsontwerpen. Er is niet gesproken over het belangrijke punt van de invoeringsdatum, omdat bespreking van de haalbaarheid in juni te vroeg werd geacht. Bij de behandeling is toen aangegeven dat deze Kamer zich daarover bij de behandeling van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet zou uitspreken. Laat ik duidelijk zijn: ons oordeel is niet gewijzigd. Wij denken nog steeds dat de introductie van het nieuwe stelsel op 1 januari 2006 door de burger zal worden ervaren als een overval.

Hamel

De doorsneeburger weet niet waarover het gaat, waaruit of waarvoor hij of zij kiest en wat de eventuele consequenties zijn. Het gaat te snel. Dat komt een zorgvuldige implementatie en, ik zou haast willen zeggen, een fatsoenlijke introductie niet ten goede. Omdat er nog veel moet worden uitgewerkt, bestudeerd of door middel van regelgeving moet worden geëffectueerd, is de situatie voor het begin van 2006 ondoorzichtig. Ik spreek hierbij niet eens over de techniek en de kant van de professionele uitvoerders zoals verzekeraars en Belastingdienst. Onze zorg gaat niet zozeer naar hen uit, maar naar de resultaten van hun werk en daarmee naar de burger die met die resultaten wordt geconfronteerd. Immers, als men achter het loket nog druk doende is de zaken op orde te krijgen en te regelen, zal men vanaf die plaats die veranderingen ook niet kunnen uitleggen aan de man of vrouw die vóór het loket staat.

Het komt ook het vertrouwen in de overheid niet ten goede als de implementatie van deze wetsontwerpen zo snel verloopt. Deze snelle implementatie kan gemakkelijk worden uitgelegd als: er wordt weer iets over ons uitgeroepen zonder dat wij over het "waarom" gehoord hebben. Het gaat toch om een regeling omwille van de burger en niet tegen de burger?

Het is ook moeilijk voorstelbaar dat degenen die een warm voorstander van de Zorgverzekeringswet zijn en overtuigd zijn van het gekozen instrumentarium gelukkig zijn met de overhaaste introductie. Immers, begrippen als eigen verantwoordelijkheid, vraaggestuurd of keuzevrijheid – ideeën die ten grondslag liggen aan deze wetten en waarop de werking van deze wetten is gebaseerd – worden bij de introductie genegeerd. Een normale gang van zaken is dat je, zeker als je de eigen verantwoordelijkheid zo beklemtoont, eerst uitlegt waar het bij deze wetten om gaat. Daarna moet op de keuzemogelijkheden gewezen worden, zoals eigen risico, de keuze voor een natura- of restitutiepolis en welke consequenties daaraan verbonden zijn. De gedachten die achter de wetsvoorstellen liggen worden niet uitgelegd en mensen worden niet voorbereid op de consequenties.

De introductie is volstrekt tegengesteld aan de beoogde werking van de twee wetten. De zorgtoeslag komt eerst aan bod maar niet de mogelijkheden waarvoor men zich kan verzekeren. Er wordt gesproken over de zorgtoeslag zonder dat de premiehoogte bekend is en daarmee de consequenties voor het inkomen. Hoe de polissen eruit komen te zien, en dus de inhoud van de verzekering, is ook nog niet bekend. Ook de keuzevrijheid wordt in de haast even overgeslagen. De klemtoon komt te liggen op het aanbod van de huidige verzekeraar. Meer in detail: in de memorie van antwoord wordt nu ter geruststelling aangegeven, dat het met het verschil tussen natura- en restitutie polissen niet zo'n vaart loopt omdat de verzekeraars vrijwel alle aanbieders zullen contracteren. Wat blijft er dan over van de uitgangspunten van de Zorgverzekeringswet?

Ook de premieheffing is een probleem. De hoogte daarvan krijgt men op de valreep te horen. Dat gaat toch volledig in tegen de wetten van een gedegen voorlichting over een voor alle Nederlanders ingrijpende, wetswijziging? Mijn fractie begrijpt nog steeds niet welk doel met deze overhaaste introductie is gediend. Meer voorbereidingstijd had tot een voor de burger positievere en meer overzichtelijke introductie kunnen leiden. De regelgeving had dan klaar kunnen zijn op een zodanig

tijdstip dat de consequenties voor de verschillende keuzemogelijkheden ook goed te overzien zouden zijn.

Tussen een idee en de werkelijkheid gaapt soms een grote kloof. Een idee kan aanspreken en overzichtelijk lijken, maar in de praktijk zijn de consequenties soms minder positief of blijken ideeën minder uitvoerbaar te zijn. Invoering van wetgeving die op een dergelijk idee of ideeën is gestoeld, zou juist in redelijke rust moeten kunnen plaatsvinden om te bezien of zij in de praktijk wel uitvoerbaar zijn, zeker in samenhang met andere wetgeving. De doelmatigheid van de uitvoering wordt daardoor in grote mate bepaald. Echter, als aan het idee uitvoering wordt gegeven door middel van te haastige wetgeving is het voorspelbaar dat veel reparatie-regelgeving nodig zal zijn. Daarbij kunnen de transparantie en samenhang gemakkelijk verloren gaan en zullen de kosten verder stijgen.

Een voorbeeld is de compensatie voor minder draagkrachtigen door de zorgtoeslag. Ik denk niet dat bij de eerste bespreking van het wetsvoorstel in het kabinet de huidige bedragen waren voorzien. Hetzelfde geldt voor de inkomensafhankelijke premie die aanvankelijk ook lager was ingeschat. Na de aanvaarding van dit wetsontwerp had het kabinet voldoende tijd moeten nemen voor de uitwerking van deze wetten.

Voorzitter. Zo-even gaf ik aan dat onze zorg in eerste instantie niet de uitvoerders betreft. Daarmee heb ik niet gezegd dat uitstel ook voor deze uitvoerders niet verstandig zou zijn in het kader van een doelmatige invoering. Immers, de veranderingen die thans op het terrein van de zorg moeten worden doorgevoerd zijn groot en de aandacht voor de implementatie van de ene wet zou wel eens ten koste kunnen gaan van de voortgang van de implementatie van een andere. Als er op enig moment te veel wordt gevraagd van instellingen of organisaties zal dat niet leiden tot opstand of iets dergelijks, maar er zullen snel collectieve oplossingen worden gevonden die leiden tot reductie van de regeldruk. De oplossingen zullen echter niet altijd in overeenstemming zijn met de bedoelingen van de wet. Dergelijke oplossingen kunnen over het algemeen ook niet één, twee, drie worden weggepoetst.

Het jaar 2006 zal omgeven zijn met veel onzekerheden. De minister geeft dat zelf ook aan. Het aantal onzekerheden, of het nu gaat over de zorgtoeslag, de uitkomsten van de verevening of de uiteindelijke premie-opbrengsten, is groot. Ik wil hier niet mee zeggen dat bij de verzekeraars geen reëel beeld begint te ontstaan over de gevolgen. Wel zeg ik dat de gevolgen van het verleggen van de diverse geldstromen op macroniveau niet helder is. Pas als de wet een jaar in werking is, kan met grotere zekerheid worden gekeken naar de gevolgen.

De gehele stelselwijziging is ingezet met het uitgangspunt dat er geen verschil zou zijn tussen de uitgaven voor het oude en het nieuwe stelsel. Met andere woorden: budgettair neutraal. Kan de minister aangeven of deze doelstelling wordt gerealiseerd? Wat doet hij als de kosten hoger uitkomen dan hij nu denkt? Deze hogere kosten moeten dan toch worden toegerekend aan het nieuwe stelsel en niet aan de kosten in de zorg? Overigens zou het bizar zijn als er gekort wordt op de zorgbudgetten omwille van een nieuwe regeling.

In het verslag van PricewaterhouseCoopers rond de implementatie per 1 september 2005 wordt aangegeven dat een verantwoorde invoering mogelijk moet zijn, maar net zo goed constateert men dat de context dermate

Hamel

complex is dat geen definitieve conclusies te geven zijn over het daadwerkelijk verloop van de invoering van de Zorgverzekeringswet. Op het gebied van de IT-systemen wordt aangegeven dat de contextuele risico's van het implementatietraject zeer aanzienlijk zijn. Iedereen weet dat het met IT-implementaties eerder tegen, dan mee zit. Dit geldt ook voor de vele punten die nog moeten worden uitgewerkt, bestudeerd en afgestemd. Ik noem de goedkeuring van de modelpolissen en de gedragscode voor verzekeraars. De gemiddelde nominale premie moet nog worden uitgerekend en aangepast. Dit alles heeft gevolgen voor de zorgtoeslag. Verder moet er nog wetgeving komen die voorziet in een tegemoetkoming van Wajong-gerechtigden.

Voorzitter. Met deze opsomming wil ik geen onrecht doen aan het vele werk dat door de medewerkers van de minister is verricht. Daarvoor onze complimenten. Veel onvolmaaktheden zijn gerepareerd. Onze waardering doet echter niets af aan onze inschatting over de invoering.

Ik kom bij het probleem van de vrije artskeuze. In de ogen van mijn fractie is de vrijheid daarvan nog niet bepaald. Over zo'n essentieel onderdeel moet er duidelijkheid zijn. Wij willen weten hoe de minister denkt, deze vrije artskeuze ook voor de minder draagkrachtigen te garanderen. Uit de bepalingen in de modelpolissen die wij op de valreep mochten ontvangen, wordt dat ook niet duidelijk. Voor de doorsneeburger zijn de gevolgen van deze bepalingen vooraf ook niet goed in te schatten. Wat moet je denken, als je niet weet welke ziekte je mogelijkserwijs zult krijgen, van een bepaling als: "een percentage van de prijs van de behandeling van de gecontracteerde ziekenhuizen of een gemiddelde van de kosten van behandeling zoals door de ziekenhuizen in Nederland in rekening wordt gebracht"? Welk risico neemt men daarmee?

Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet is al over de spagaatpositie gesproken. Voor de werking van het wetsvoorstel zijn naturapolissen essentieel, maar bij de vrije artskeuze wordt op de mogelijkheid van restitutie gewezen. Als de naturapolissen verdwijnen, valt een correctiemechanisme voor de aanbieders weg. Echte prijzen komen immers tot stand op grond van de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders. Op grond van dit mechanisme komen de verzekeraars met polissen die onderling afwijken in prijs en, naar wij hopen, zich onderscheiden in kwaliteit waarna de burger zijn keuze bepaalt. Indien er alleen restitutiepolissen komen, zal het veel meer gaan om verzekeraars die in hun dienstverlening concurreren. Je zou kunnen zeggen dat de hele operatie dan voor niets is. Alle concurrentie-inspanningen van verzekeraars richting aanbieders zullen dan overbodig zijn, omdat er eigenlijk weer sprake is van een impliciete contracteerplicht. Verliest de wet niet aanzienlijk aan effectiviteit als iedereen voor een restitutiepolis kiest?

Bij de discussie over de vrije artskeuze blijft het standpunt van de minister vaag, nog afgezien van het feit dat de antwoorden in de loop der tijd veranderen. De scherpe kantjes in de memorie van antwoord worden er nu afgeslepen door te verwijzen naar het naturasysteem bij de Ziekenfondswet. Dat lijkt minder juist omdat het bij de Ziekenfondswet gaat om een contracteerplichting met iedere aanbieder. De burger kreeg de verstrekkende weliswaar in natura omdat de verzekeraar betaalde, maar hij was vrij om iedere arts te kiezen die hij wilde. Ook

wordt verwezen naar het feit dat nu nog iedere verzekeraar met vrijwel alle aanbieders afspraken maakt. Dat is juist, maar in het nieuwe stelsel ligt toch niet besloten dat dit zo blijft? Misschien bestaat het probleem nu nog niet, maar het kan straks wel degelijk verschijnen. Er zal dan wel sprake zijn van keuzemogelijkheden, maar niet van een vrije artskeuze.

Hoe kan de minister een vrije artskeuze waarborgen? Als ultiem middel verwijst de minister naar de mogelijkheid om op basis van artikel 12 van de Zorgverzekeringswet een contracteerplicht op te leggen. Nog geen twee bladzijden verder plaatst de minister kanttekeningen bij de mogelijkheid van het opleggen van een contracteerplicht. Die zou te rechtvaardigen zijn op grond van het algemeen belang om strijdigheid met de Europese Schaderichtlijnen te voorkomen. Mijn vraag is dan ook of de vrije artskeuze vanuit Europees perspectief aangemerkt kan worden als gerechtvaardigd op grond van het algemeen belang en waar de minister dit op baseert.

Een probleem in het verlengde hiervan dat ook in de modelpolis niet wordt opgelost, is het voorzien in integrale zorg door de verzekeraar. Ik sluit daarbij aan op het voorbeeld dat in de memorie van antwoord wordt gegeven van de diabetespatiënt die met betrekking tot de diabeteszorg de bestaande relatie met de huidige aanbieder kan voortzetten. Op het moment waarop de patiënt in verband met deze ziekte een oogoperatie nodig heeft, moet hij of zij zich wenden tot een wel gecontracteerd ziekenhuis of kliniek. Daarmee wordt de integrale zorg onderbroken, omdat bij de zorg voor de diabetespatiënt de oogarts wél een belangrijke rol speelt. Je kunt dan niet zeggen dat de oogoperatie geheel losstaat van de chronische ziekte. Dit zelfde speelt niet alleen bij de overgang nu, maar ook in de toekomst als de verzekeraar voor verschillende ingrepen verschillende aanbieders heeft gecontracteerd. Wij krijgen graag een duidelijk antwoord van de minister op de vraag of hij het belang van integrale zorg onderschrijft en hoe hij daar uitdrukking aan wil geven. Terzijde merk ik op dat mijn fractie een simpele oplossing, namelijk de mogelijkheid te wisselen van verzekeraar als die de gewenste aanbieder niet heeft gecontracteerd, bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet heeft genoemd. Deze oplossing sluit aan bij de uitgangspunten van de wet, maar de minister wilde daar toen niets van weten.

Als een verzekeraar zijn verzekerde niet voldoende heeft geïnformeerd over de vraag of een aanbieder al dan niet is gecontracteerd, heeft de verzekerde recht op een volledige vergoeding. Onduidelijk is wanneer er sprake is van onvoldoende geïnformeerd zijn. Is het beschikbaar zijn van een website en een telefonische hulpdienst voldoende? Is de wijze waarop een verzekerde geacht wordt kennis te nemen van gecontracteerde aanbieders opgenomen in de modelpolis? Is dit haalbaar voor ouderen? Kunnen zij deze mogelijkheden ten volle benutten?

Herhaaldelijk is in deze Kamer de vraag aan de orde geweest of de mondige burger zich zo zal gedragen als de minister denkt en of de mogelijkheid tot het stemmen met de voeten wel voldoende effect zal hebben. Daarbij is ook aangegeven dat men hecht aan vormen van directe beïnvloeding door de verzekeraar. Gevraagd is om een regeling waarbij verzekeren door middel van een verzekerdenraad of adviesraad invloed kunnen uitoefenen op het beleid. Mijn fractie heeft daarbij in het

Hamel

bijzonder gewezen op de chronisch zieken. Eerst wilde de minister dat niet regelen en het overlaten aan de verzekeraars. Pas als zij dat niet doen, wil de minister een regeling opleggen. Daarna werd het argument gebruikt dat het deels niet kon, omdat er in de wetgeving geen ruimte was. Nu wijst de minister op het minder succesvol functioneren van raden die hierop lijken. Die vergelijking lijkt minder juist, omdat de positie van de verzekerde onder de nieuwe wetgeving een geheel andere is en zijn of haar belang bij de werkwijze van de verzekeraar aanzienlijk is toegenomen. Door bijvoorbeeld het selectiever contracteren is het belang van verzekerden om via duidelijke inspraakorganen invloed te hebben op het beleid en daarmee op de kwaliteit aanzienlijk groter. Daarmee zal de motivatie ook toenemen. Wij vinden dat de verzekeraars nu voldoende tijd hebben gehad om op vrijwillige basis tot een regeling te komen en dat de minister dit nu zelf moet regelen. In de wet of in het besluit moet een verplichting worden opgenomen tot het instellen van een verzekerdenraad. Deze raad moet op zijn minst adviesrecht krijgen over de kwalitatieve eisen die in contracten met de te onderscheiden aanbieders worden gesteld alsmede over de polissen die de verzekeraar gaat aanbieden. Wij overwegen daarover een motie in te dienen.

Vorige week is tijdens de algemene beschouwingen in de Tweede Kamer uitvoerig gesproken over de inkomensgevolgen van de stelselwijziging. Daarom zal ik daar nu beperkt op ingaan. Dat doet overigens niets af aan de zorgen van mijn fractie over de inkomenseffecten voor de minder draagkrachtigen. Uit de statistieken over de gevolgen voor het inkomen bij de memorie van antwoord blijkt dat nog veel onzeker is. Deze onzekerheid kan voor de meer kwetsbaren in onze samenleving verkeerd uitpakken. De praktijk zal er voor veel mensen hoogst waarschijnlijk heel anders uitzien dan in de statistieken is weergegeven. Dat blijkt ook uit gesprekken met burgers die de gevolgen voor zichzelf hebben berekend. Als zij er al op vooruit gaan dan komt dat in veel gevallen doordat zij de afgelopen drie jaar al veel hebben moeten inleveren.

In de statistieken zien de gemiddelden er soms niet alarmerend uit. Dit is echter vooral het gevolg van de algemene lastenverlichting die op meerdere fronten wordt ingezet. Als je alleen naar de zorgverzekering kijkt valt het wel mee, maar niet als je de verlaging van de huursubsidie erbij betreft. Het valt ook niet mee als je bedenkt dat voor eenieder de gemiddelde opbrengst van de no-claimkorting bij het inkomen wordt opgeteld. Deze korting zal chronisch zieken en ouderen door hoge zorgkosten zeer waarschijnlijk niet ten deel vallen. Ook zal een aantal kwetsbare groepen waarschijnlijk niet de buitengewone uitgavenaftrek en de tegemoetkoming buitengewone uitgaven aanvragen. Daardoor zullen de inkomenseffecten voor hen ook negatief uitpakken.

Heeft de minister er wel rekening mee gehouden dat bepaalde maatregelen die bedoeld zijn of aangewend kunnen worden als compenserend, juist voor deze kwetsbare groepen niets uitmaken? Ik denk aan de afschaffing van de OZB voor ouderen met alleen AOW. Dit zal geen verschil uitmaken, omdat zij nu al in aanmerking komen voor kwijtschelding. De effecten voor Wajongers en jongeren boven de achttien met een minimumjeugdloon worden door de minister gebagatelliseerd, omdat voor hen de situatie slechts een paar jaar zou duren.

In zijn algemeenheid moeten wij ook constateren dat de onzekerheden voor minder draagkrachtigen groter zijn dan voor de meer draagkrachtigen. Tegen die achtergrond is het gemak waarmee de particulier verzekerden de inhouding voor de MOOZ wordt kwijtgescholden des te pijnlijker. Er treedt denivellering op. Dit effect zou volgend jaar nog wel eens kunnen worden versterkt als de stofwolken rond de introductie zijn opgetrokken en de noodzaak van premieverhoging zichtbaar wordt.

Blij verrast was mijn fractie dat wij na lang wachten het rapport over een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen in de nieuwe zorgverzekering mochten ontvangen. Het is jammer dat het zo lang heeft geduurd, omdat de inhoud zonder meer in aanzet mogelijkheden biedt om de in de ogen van mijn fractie ongewenste no-claimregeling te vervangen door een meer inkomensafhankelijke regeling en ook uitzicht biedt op het afstemmen van eventuele eigen bijdragen op het inkomen van de verzekerde. Uiteraard is de grotere inkomenssolidariteit in de ogen van mijn fractie eerder een voordeel dan een nadeel en zien wij de geringere risicosolidariteit niet als een belemmering. Wij waarderen de wijze van rapporteren door de minister aan deze Kamer en de aanzet die hij op deze wijze heeft gegeven aan de verdere discussie.

Over de onverzekerden blijft de minister buitengewoon laconiek. Hij spreekt over deze groep weinig draagkrachtigen alsof zij hetzelfde denken als de minister zelf. Alleen al door hun leefomstandigheden worden deze mensen gedwongen een andere keuze te maken dan de doorsneeburger. Hierbij wijzen wij op het antwoord met de achterliggende filosofie dat een hoog eigen risico ook het risico inhoudt dat men later hogere kosten heeft. Veel van deze mensen leven in het heden en het gaat daarbij om de vraag om overeind te blijven. Voor hen is de toekomst vaak ver weg. Dit geldt zeker voor dak- en thuislozen en psychiatrische patiënten. Er kan lang niet altijd een betalingsregeling worden afgesproken, vaak is het dan al te laat. De modelpolis biedt ook geen geruststellende bepalingen. In artikel 4 staat dat, als na het versturen van een aanmaning wegens het niet betalen van de premie niet binnen de gestelde termijn wordt betaald, medische behandelingen na die datum niet meer voor vergoeding in aanmerking komen. Volgens de minister is er altijd wel een ander persoon die aan de verzekeringsplicht kan voldoen als iemand daar zelf niet voor kan zorgen. Op het departement zou nog eens moeten worden nagevraagd welke bizarre situaties zich rond kinderen kunnen voordoen waarbij het helemaal niet voor de hand ligt dat deze kinderen verzekerd zijn. Vergelijkbare situaties zijn ook goed voorstelbaar bij volwassenen. Dat een zorgaanbieder, bijvoorbeeld iemand van de administratie van een ziekenhuis, een verzekering afsluit voor een onverzekerd kind, zoals in de memorie van antwoord wordt gesuggereerd, zou helemaal tot vreemde situaties kunnen leiden. Wij vinden het noodzakelijk dat er een regeling komt voor mensen die door bijzondere omstandigheden onverzekerd zijn. Er bestaat nu al een dergelijke regeling voor de eerstelijnszorgaanbieders: de huisartsen. Voor de instellingen is die regeling er niet. Natuurlijk kan een instelling de kosten van behandeling of zorg voor een onverzekerde afboeken op de post dubieuze debiteuren, maar het verschil tussen de toekomstige en de huidige situatie is dat in het verleden een hoog percentage kosten voor onverzekerden werd gecompenseerd en via

Hamel

de verevening tussen ziekenfondsen werd verrekend. In de nieuwe situatie waarin sprake is van concurrentie zullen verzekeraars daar minder makkelijk in zijn. Dit geldt ook voor de instellingen waarvoor in de nieuwe situatie de kosten voor onverzekerden een verliespost zullen zijn.

Gelet op de regionale verschillen en de verschillen tussen instellingen waarin de onverzekerden waarschijnlijk terecht zullen komen, is er amper sprake van een level playing field. Waarom wordt deze problematiek niet opgelost door een uitkering uit het zorgverzekeringsfonds? Als er zoveel vertrouwen is in de mogelijkheden om het onverzekerd zijn te voorkomen, kan dit toch geen grote problemen opleveren? Het gaat ons niet alleen om de financiële effecten van het onverzekerd zijn, maar ook om de gevolgen voor de gezondheid van mensen. Er zijn genoeg ziekteverschijnselen zonder acuut lijden zoals urineweginfecties bij kinderen, bloedverlies, klierzwellingen en onbegrepen gewichtsverlies waar de dreiging van de kosten zo'n hoge drempel opwerpt dat men niet naar de specialist gaat, met alle gevolgen voor de gezondheid en extra kosten. Ook dat kan een consequentie zijn van de regeling zoals die thans wordt getroffen.

Ook wordt opgemerkt dat het wel zal loslopen met de onverzekerden, omdat zij er nu ook al zijn en nu toch ook worden geholpen. De situatie gaat echter veranderen; het voldoet niet om ter geruststelling te verwijzen naar oplossingen die er binnen het huidige stelsel zijn. Zo was het tot nu toe voor bijvoorbeeld een sociale dienst gemakkelijk om een onverzekerde verzekerd te krijgen. Ziekenfondsen waren over het algemeen bereid om deze onverzekerden zonder veel problemen toe te laten. Dit had echter wel alles van doen met de regelgeving waarbinnen zij tot nu toe moesten werken, waarbij de financiële consequenties beperkt waren. Nu zullen de consequenties groter zijn en zal het belang groter zijn om iemand met een betalingsachterstand uit de verzekering te zetten, hetgeen kan leiden tot onverzekertheid.

Nee, zegt de minister, want betrokkene kan naar een andere verzekeraar gaan omdat deze acceptatieplicht heeft. De nieuwe verzekeraar mag echter wel eisen dat de premie vooraf wordt betaald. Dat is in een dergelijke situatie natuurlijk niet haalbaar. Niet voor niets is er een betalingsachterstand. Al bij de introductie van het nieuwe stelsel kan dit tot problemen leiden, omdat de bestaande schuld moet worden voldaan na de overgang naar de Zorgverzekeringswet. Mijn fractie vreest dat een substantieel aantal verzekerden hierdoor reeds aan het begin van de introductie van de nieuwe wet een betalingsachterstand heeft bij zijn verzekeraar en dus kan worden uitgeschreven.

Dat het om een reëel probleem gaat, blijkt uit de cijfers van Divosa. 10 tot 15% van de bijstandsgerechtigden heeft een premieschuld van gemiddeld € 500. Een complicerende factor bij de onverzekerdenproblematiek is dat geen zorgtoeslag kan worden aangevraagd over de periode dat iemand onverzekerd is geweest. Daardoor zal het voor veel mensen praktisch onmogelijk zijn om de boete te voldoen die is verschuldigd over de periode waarin een verzekeringsplichtige onverzekerd is geweest. Uitgaande van een premie van € 1100 per jaar, zal de boete tussen de € 360 na vier maanden en € 5500 na vijf jaar bedragen. Voor veel onverzekerden zal dit een niet te slechten barrière zijn om zich opnieuw te verzekeren. Op onze vraag naar de

uitkomsten van het overleg met Divosa is geantwoord dat er een maandelijks monitor zal worden uitgevoerd. Dat lijkt prima, maar het is beter om hiervoor nu een afdoende regeling te treffen.

De enige mogelijke oplossing voor bovenstaande problemen is een regeling via de gemeente. De gemeente zou daardoor wel eens het putje van het nieuwe stelsel kunnen worden, zowel ten aanzien van de premiebetaling en de schulden opgelopen door boete of betalingsachterstand als ten aanzien van de onverzekerden. Wij hebben geen antwoord gekregen op onze vraag of de minister van plan is om de gemeenten te compenseren. Tegen de achtergrond van de rol die gemeenten ongevraagd krijgen bij de uitvoering van de wet, willen wij toch graag een antwoord op deze vraag. Het lijkt ons niet gewenst dat de gemeente een deel van de kosten van de zorgverzekering moet opbrengen. Het is weliswaar aan de gemeenten zelf om te bepalen of bijstandsgerechtigden die de nominale premie niet kunnen betalen of te maken krijgen met hoge medische kosten terwijl zij niet verzekerd zijn, in aanmerking komen voor bijzondere bijstand. Dat lost het probleem echter niet op. Daarnaast kunnen wij ons voorstellen dat bijstandsgerechtigden die geen recht hebben op de no-claimteruggaaf, een beroep moeten doen op de bijzondere bijstand.

Ook de verzekeraars zullen er alleszins mee gediend zijn als de gemeenten een belangrijke rol spelen bij het inhouden van de premie bij bijstandsgerechtigden en groepen zoals thuis- en daklozen. De verzekeraar kan zich veel kosten besparen als de gemeenten de rol van intermediair willen vervullen. Het zal de gemeenten zeker wel wat kosten, ook bij de kwestie van onverzekerden met wat ik maar "opgebouwde schulden" zal noemen. Waarom is de minister niet bereid om in de overgangsfase toe te staan dat een sociale dienst in bijzondere situaties zowel het verzekeren als de premiebetaling voor bijstandsgerechtigden kan regelen?

Mijn fractie heeft zich daarnaast verbaasd over de opmerking in de memorie van antwoord dat "situaties waarin bijstandsgerechtigden vanwege hoge medische kosten in financiële problemen geraken doordat zij niet verzekerd zijn, kunnen worden aangemerkt als tekortschietend besef van de betrokkenen voor de verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan". Hierbij wordt dan nog opgemerkt dat dit geheel of gedeeltelijk in de weg kan staan van bijstandsverlening. Wat wil de minister hiermee zeggen? Dat de mensen geen geld krijgen? Daarmee is het probleem toch niet opgelost?

De minister vindt privacy van groot belang, maar tegelijkertijd zegt hij dat de uitvoering van de wet toch voorop staat. Die visie delen wij niet. Het geldt niet voor alle ziekten, maar er zijn toch nogal veel situaties waarin het voor de patiënt goed is om te weten dat er een beroepsgeheim is. Vooraf denkt iedereen daar gemakkelijk over. Pas wanneer men ermee wordt geconfronteerd, heeft men daar een andere opvatting over. In de brief van 23 september wordt gelukkig een aantal forse stappen gezet om een zorgvuldige uitwisseling van gegevens te waarborgen. Volgens deze brief kunnen verzekeraars echter vooralsnog beschikken over gedetailleerde dbc-informatie. Wanneer zal er sprake zijn van een vergroving van de aan verzekeraars aangeleverde dbc's? Welke stappen worden daartoe ondernomen?

Hamel

Nu er gedetailleerde prestatiebeschrijvingen worden uitgewisseld, moeten er nadere waarborgen komen voor een zorgvuldig gebruik ervan. Ook dienen nadere afspraken te worden gemaakt over welke medische persoonsgegevens onderdeel uitmaken van een prestatiebeschrijving. Het eerste wordt geregeld in de gedragscode voor verzekeraars. Dit kan in de ogen van mijn fractie niet worden overgelaten aan een overleg tussen meerdere partijen, waarbij ik het CBP niet graag als een partij wil betitelen. Dit is immers een orgaan dat is belast met de uitvoering van de Wet bescherming persoonsgegevens. De positie van het CBP met betrekking tot de gedragscode is niet anders dan dat zij al dan niet akkoord kan gaan met een regeling. Het CBP kan niet een regeling voor 1 januari afdwingen; dat moet de minister doen. Het is voor verzekerden, verzekeraars en aanbieders cruciaal om zo snel mogelijk te weten binnen welke kaders in het nieuwe stelsel gegevens worden uitgewisseld. Daarbij is het van groot belang dat onrechtmatig gebruik van gegevens niet alleen wordt verboden, maar dat ook de mogelijkheden voor dergelijk gebruik zoveel mogelijk ontbreken. Om de rol van het CBP bij het opstellen van prestatiebeschrijvingen te waarborgen, moet deze wettelijk worden verankerd in de Wet marktordening gezondheidszorg.

Op grond van afspraken tussen de minister en de zorgverzekeraars zullen laatstgenoemden bij de overgang per 1 januari een non-select aanbod aan hun verzekerden doen met betrekking tot de aanvullende verzekering. De vraag is wat zij na 2006 zullen doen. De aanvullende verzekering biedt de verzekeraar toch de meeste mogelijkheden om zich van de andere verzekeraars te onderscheiden. De aanvullende verzekering biedt goede mogelijkheden om zorg te regelen die niet in het basispakket is opgenomen. Daarnaast kunnen in deze verzekering in de toekomst voorzieningen worden opgenomen die niet meer tot het basispakket behoren of op andere wijze worden geregeld, bijvoorbeeld door middel van de WMO. Daarmee wordt het belang van de aanvullende verzekering voor de verzekeraars groter. Voor de verzekerde is het belangrijk om zich door middel van de aanvullende verzekering zeker te stellen voor bepaalde vormen van zorg. Wij achten het belang van de aanvullende verzekering in samenhang met de Zorgverzekeringwet voor de toekomst groter dan de minister.

In de memorie van antwoord staat dat het op grond van de schaderichtlijn niet mogelijk is, verzekeraars te verplichten om een aanbod voor een aanvullende verzekering te doen. Daarmee zou ook een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering worden geïntroduceerd. Hoe moet de afspraak met de verzekeraars worden gezien als burgers geen gebruik maken van het aanbod van hun huidige verzekeraar? Is de nieuwe verzekeraar dan ook verplicht om een non-select aanbod te doen, dus om niet naar de persoon te kijken bij de beoordeling of het aanvullend pakket verzekerd kan worden?

Uit de memorie van antwoord blijkt dat verzekeraars niet bereid waren om een non-select aanbod te doen voor de aanvullende verzekering waarop de verzekerde tot 1 mei 2006 zou kunnen reageren. Een alinea later wordt echter de verwachting uitgesproken dat verzekeraars in het kader van klantenbinding voor 16 december 2005 een aanbod zullen doen. Dit komt ons niet erg logisch voor. In het kader van klantenbinding zou het

immers ook voor de hand liggen dat verzekeraars hun verzekerden de tijd geven om het aanbod te overwegen en tot 1 mei 2006 een non-select aanbod voor de voortzetting van de aanvullende verzekering zouden doen. Welke zekerheid bestaat er over de vraag of de verzekeraars alle verzekerden een non-select aanbod zullen doen over het voortzetten van de aanvullende verzekering? Als een verzekerde niet kiest voor het aanbod inzake de basispolis van zijn huidige verzekeraar, kan hij dan wel gebruik maken van het non-selecte aanbod voor de aanvullende verzekering?

Mijn fractie vraagt zich af hoe het grote aantal collectieve contracten zich verhoudt tot de door de minister beoogde werking van deze wet en tot het uitgangspunt van de individuele verantwoordelijkheid. Sommige verzekeraars gaven in de monitoring aan dat de verhouding collectief-individueel 50-50 of zelfs 70-30 wordt. Ter ondersteuning van de keuze van verzekerden wordt verwezen naar de website kiesbeter.nl. Kan in dit kader een reactie worden gegeven op het bericht uit de Haagsche Courant van 3 augustus 2005 dat veel informatie op deze website onjuist of onzorgvuldig is? Welke garanties kunnen worden gegeven over de betrouwbaarheid van de website kiesbeter.nl? Uit het bericht blijkt dat de gegevens van de genoemde website worden aangeleverd door het College Tarieven Gezondheidszorg. In hoeverre beschikt het CTG over de juiste gegevens? Is de minister zo zeker van kiesbeter.nl dat mensen een schadevergoeding kunnen krijgen als zij zijn afgegaan op niet kloppende informatie?

De inschattingen van de administratieve lasten laten sterke veranderingen zien. In de memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringwet wordt de afname van de administratieve lasten op 11 mln. geschat. In de memorie van antwoord bij het voorliggende wetsvoorstel wordt de vermindering van de administratieve lasten geschat op 346 mln. Waarop is het verschil tussen beide schattingen gebaseerd? Overigens vreest mijn fractie dat de eerste inschatting meer in overeenstemming is met de werkelijkheid, maar dat een toename van de administratieve lasten voor de zorg als geheel nog waarschijnlijker is. Welke regelgeving wordt bij de beoordeling van de administratieve lastendruk meegewogen? Gaat het daarbij alleen om door de overheid direct geïnitieerde regelgeving of wordt daarbij ook de regelgeving meegenomen die anderen op grond daarvan moeten dan wel kunnen treffen?

Een aardig voorbeeld van dit laatste is de discussie rond het voorschrijven van de bloedverdunner Plavix. Los van de inhoudelijke discussie over het voorschrijven van een bloedverdunner, hebben verschillende verzekeraars hiervoor een eigen regeling getroffen met de daarbij behorende eigen formulieren. Dit verschijnsel zal onder de nieuwe wet waarschijnlijk schering en inslag worden en zal bepaald niet bijdragen aan een verminderde regeldruk. Daarom heb ik ook gevraagd wat bij de administratieve lastendruk wordt mee geteld. Als de verzekeraars straks datgene gaan regelen wat tot nu toe van overheidswege werd bepaald, zal er per definitie sprake zijn van een toename. Zijn de regels die reeds door andere instanties zoals De Nederlandsche Bank of de NMa zijn opgesteld bij de schatting betrokken? Is de toekomstige regelgeving van de ZAiO hierbij betrokken? Zo nee, waar komt de schatting dan op uit?

Genoemde problemen zijn deels het gevolg van de Zorgverzekeringwet zelf, maar deels zeker ook van een

Hamel

overhaaste invoering. Wij wachten de beantwoording van de minister met belangstelling af.



Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. In de stemverklaring van 14 juni jongstleden heeft de CDA-fractie enkele punten aangegeven die ertoe noopten om een voorbehoud te maken met betrekking tot de datum van invoering van de Zorgverzekeringswet en de wet op de zorgtoeslag. Hoe noodzakelijk dit was, is uit de memorie van antwoord op de invoerings- en aanpassingswet duidelijk gebleken. Juist met betrekking tot de privacybescherming, de invloed van de verzekerden en de zorgtoeslag zijn wij ook bij het begin van dit debat nog niet waar wij in feite moeten staan, wil een verantwoorde in- en uitvoering per 1 januari aanstaande mogelijk zijn. Gedane toezeggingen, zoals over de onverzekerden, hebben eveneens nog niet tot de gewenste uitkomst geleid. Op belangrijke onderdelen van de Zorgverzekeringswet hebben de minister en de CDA-fractie elkaar ook nog niet geheel gevonden. Kortom, er is stof te over voor een pittige discussie, die voor de CDA-fractie alsnog tot de gewenste uitkomst moet leiden. De invoerings- en aanpassingswet zelf behoeft na de uitputtende behandeling in de Tweede Kamer nog slechts een beperkt aantal opmerkingen.

De CDA-fractie zal bij deze plenaire behandeling opnieuw de volgorde van de voortgangsrapportage aanhouden, voorafgegaan door enkele opmerkingen van algemene aard. Dit debat zal immers in meer of mindere mate ook worden beïnvloed door de ongewoon felle, ja vaak beledigende kritiek vanuit de samenleving. Elsevier wijdt hieraan een artikel onder de kop "hoogopgeleide haatmail". Ook de CDA-fractie heeft zich hieraan geërgerd; dit echter slechts voorzover die kritiek kwam van hen die beter moesten weten. Dat patiënten, ouderen en gehandicapten hun frustraties en woede de vrije loop hebben gelaten, is zonder meer te begrijpen en in te voelen. Door de gebrekkige, weinig toereikende en weinig toegankelijke informatie zijn zij wel terdege in de kou gezet. Daaruit moet voor de komende tijd lering worden getrokken.

Anders ligt dat voor media en medici, die – ik geef één voorbeeld – blijven volhouden dat uitsluitend de overheid de huidige dbc-problematiek heeft veroorzaakt. Dat is een pertinente leugen. Waar kwam het voorstel vandaan? Van de beroepsgroep zelf, die vervolgens blijkaar niet in staat is om tot overeenstemming en tot een eenvoudig systeem te komen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb het desbetreffende artikel niet gelezen. Ik kan het met mevrouw Van Leeuwen eens zijn dat hier sprake is van een zwartepietenspel. Maar daarmee sabel je toch niet gelijk alle andere kritiek neer? Dan sabel je de vorm van de boodschap neer terwijl het om de inhoud gaat. Ik neem aan dat mevrouw Van Leeuwen niet wil suggereren dat alle hoogopgeleide mensen onterechte kritiek geven op dit wetsvoorstel?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik ben al blij dat mevrouw Slagter het eens is met de door mij geuite kritiek. Ik heb het nu met name over de vele uitzendingen die ik heb gezien over de dbc-problematiek, waarin al die specialisten en wat dies meer zij iedere keer opnieuw

kwamen vertellen dat het de schuld was van de overheid. Dit werd ook door de interviewers gesuggered. Jarenlang heb ik dat gevolgd. Ik heb naar het departement gebeld om te zeggen dat er een zwartepietenspel aan de gang was en dat aan betrokkenen moest worden gevraagd of zij wel een dbc-systeem in deze vorm wilden. Iedere keer is tegen de overheid gezegd dat zij daarmee moest doorgaan. De beroepsgroep heeft zijn leden niet in de hand; ik vind het een heel kwalijke zaak dat de schuld dan steeds bij de overheid wordt gelegd.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Nu hebben wij het over de dbc's. Ik denk dat de schuld in dat geval veel gedifferentieerder ligt en niet geheel valt toe te schrijven aan een beroepsgroep of aan de overheid. Het ging mij echter om de vraag of beroepsgroepen geen kritiek zouden mogen hebben op deze wet als geheel.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Natuurlijk, maar ik heb heel duidelijk gezegd dat ik een voorbeeld gaf.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat voorbeeld gaat over een detail, vind ik. Juist vandaag zouden wij goed moeten luisteren naar de kritiek van de mensen uit het veld, die als zorgaanbieder met de poten in het werkveld staan, om te bepalen hoe uitvoerbaar deze wet is.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Wil mevrouw Slagter vandaag misschien weer met mij discussiëren over de huisartsen en wat wij met hen hebben meegemaakt? Ik heb het nu over de € 52 en over de € 9 per consult.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Als senatoren moeten wij inhoudelijk kijken hoe deze wet te implementeren is.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Natuurlijk. Daar ben ik volop mee bezig.

Voorzitter. In geen enkele sector is het zwartepietenspel zo ingeburgerd. Altijd heeft een andere speler in het veld de schuld en wordt het zich op het juiste moment in stilzwijgen hullen als het hoogste goed beschouwd. Dit maakt het vinden van geëigende oplossingen en het nemen van de juiste beslissingen door de politiek wel uitermate moeilijk. Wat is de waarheid en wat is de verdichting in een tijd dat het korte lontje, maar meer nog het korte geheugen zo zeer opgeld doen? Ook de uitwerking van wat "onderlinge concurrentie" moet gaan inhouden, doet ons het ergste vrezzen. Hierover nadenkend, brengt dit de CDA-fractie tot een verzoek.

Zoals de minister zich zal weten te herinneren, is in het kader van alle voorgestelde structurele wijzigingen door de leden van de CDA-fractie een fundamentele reactie gevraagd op het artikel van de heren Berg en Schellekens in Medisch Contact van 8 oktober 2004. De minister heeft toen een vijftal bezwaren hiertegen ontwikkeld. Nu zowel het gedrag van een enkele zorgverzekeraar als de uitwerking van het dbc-systeem steeds meer vragen oproept, willen wij hierop alsnog terugkomen, temeer omdat de gehanteerde argumenten zeker aanvechtbaar zijn. Het gaat ons er niet om dat de nu voorgestelde stelselwijziging geen doorgang moet vinden. Integendeel, aan het bestaande sterk aanbodgestuurde systeem moest een einde komen. Er is zeker op de korte termijn geen goed alternatief voor de contracterende zorgverzekeraars. Wel achten wij de voor

Van Leeuwen

consumenten-patiënten goed bereikbare en betaalbare restitutiepolis de belangrijkste randvoorwaarde voor het alternatieve stelsel en derhalve van wezenlijk belang. Vanwege de geconstateerde problemen in de huidige opzet met nog niet altijd transparant opererende zorgverzekeraars en alle overige strubbelingen rond de invoering, verdient het overweging om iedere nieuwe stap nog eens zorgvuldig te toetsen aan de door beide heren ontwikkelde ideeën.

Juist het met spoed genereren van de benodigde kwaliteitsinformatie op productniveau zou wel eens de oplossing kunnen brengen. Het gaat er immers vooral om dat verzekerden-patiënten de prestaties van zorgaanbieders met elkaar kunnen vergelijken. Zonder alle aspecten zoals de gedachten over de eigen bijdragen voor onze rekening te nemen, is het idee dat de zorgverzekeraar niet onder alle omstandigheden meer de spil van het zorgstelsel behoeft te zijn, het overdenken meer dan waard. Daarom doen wij dit verzoek om een voortdurende, zorgvuldige toetsing, ook van deze ideeën, temeer daar ons nu reeds te veel klachten bereiken over het toch beperken van de keuzevrijheid door het stellen van niet te volgen voorwaarden aan de zorgaanbieders.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Dit verbaast mij een beetje. Schetst mevrouw Van Leeuwen nu de contouren van een dramatisch ander alternatief terwijl wij nu voor de invoering van deze wet staan? Het verrast mij om op dit moment van haar te horen dat zij op een aantal wezenlijke punten in een andere richting denkt.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Vermoedelijk heeft de heer Van der Lans de artikelen van de heren Berg en Schellekens niet goed gelezen. Ik herinner mij dat de heer Hamel daarover ook de nodige vragen heeft gesteld. Het gaat erom waar je de accenten legt. Wij zitten allemaal met het probleem dat er keuzevrijheid moet komen voor de patiënten. Dat kan alleen op basis van het goed kunnen vergelijken van niet alleen de prijs, maar het al te zeer over gaat, maar ook van de kwaliteit. In genoemde artikelen wordt heel duidelijk gezegd dat wij snel verder moeten gaan met het ontwikkelen van kwaliteitsnormen op productniveau. Als wij daarin slagen, heeft de patiënt veel meer grip op het gebeuren rond de zorgverzekeraars.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): De vraag is of A naar B leidt. Mevrouw Van Leeuwen zegt dat wij de positie van de zorgverzekeraars niet in alle omstandigheden centraal moeten stellen. Wij hebben het vandaag echter over een wetsvoorstel waarin die positie wel degelijk centraal wordt gesteld. Het is dan de vraag of je vanuit die positie nog terecht kunt in het door mevrouw Van Leeuwen voorgestelde kwaliteitsstelsel.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dan denk ik toch dat de heer Van der Lans de discussie niet goed heeft gevolgd. Ik prijs het juist in de minister dat hij, in tegenstelling tot datgene wat vastlag in de notities die onder vorige kabinetten zijn ingediend, niet wil spreken over een regierol van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft wel een belangrijke functie, maar juist in die zich ontwikkelende discussie wil ik nog wat meer nadruk leggen op de kwaliteitsbeoordeling die noodzakelijk is vanuit het oogpunt van de patiënten. Het gaat niet alleen om de prijs, maar om de samenhang tussen prijs en

kwaliteit. Ook daarin prijs ik de minister, want op dat vlak is de afgelopen tijd ontzettend veel gebeurd. Ik zou nog wat verder willen gaan op die weg, juist om de "checks and balances" goed te krijgen.

Voorzitter. De eerste problematiek die ik aan de orde wil stellen, is die van de onverzekerden. Hierover is een lang antwoord gegeven zonder concrete uitkomsten. Naar ons gevoel neemt de minister de te verwachten problematiek nog steeds niet serieus genoeg. Zelfs een door de minister op 7 juni jongstleden als interessante suggestie van de CDA-fractie getypeerd voorstel is eerst na enkele maanden in bespreking gekomen. Uiteraard heeft de introductie van de negatieve optie ertoe bijgedragen dat er door de overgang van het oude naar het nieuwe stelsel op dat moment geen nieuwe onverzekerden behoeven bij te komen. Ook de voortzetting van de mogelijkheid om ten behoeve van de cliënten van de gemeenten een collectieve ziektekostenverzekering te kunnen afsluiten, kan positief worden gewaardeerd. Ook de extra voorlichting aan "moeilijk bereikbare groepen", die uitermate noodzakelijk is, verdient waardering. Maar dit alles tast het euvel niet in de wortel aan. En daarom was het ons te doen!

Er is dan ook nog geen oplossing gevonden voor de te verwachten betalingsproblemen als gevolg van de veel hogere nominale premie. De CDA-fractie vermag niet in te zien, dat met name de kwetsbare groepen na roeyement zo gemakkelijk als wordt gesuggereerd een verzekering zullen afsluiten bij een andere zorgverzekeraar. Nog afgezien van het feit dat de ruim 1,5 miljoen functioneel laaggeletterden nauwelijks beseffen wat er gaande is nu zij plotsklaps een verzekeringsplicht hebben gekregen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben verbaasd dat u het benoemt als "plotsklaps een verzekeringsplicht", want dat is juist het uitgangspunt van deze wet. Er is gekozen voor een privaat systeem. De mensen hebben een plicht, maar dat is al een hele tijd bekend. Dat was ook een van de redenen waarom wij erop tegen waren. Wij vinden dat als je van rechtswege verzekerd bent, je deze problematiek niet had gehad.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik denk dat u bij elk onderdeel daar wel op kunt terugkomen. Wij hebben als CDA, ja zeggende tegen dit nieuwe zorgstelsel, geprobeerd voor alle pijnpunten die er zijn zo veel mogelijk bevredigende oplossingen te vinden. Ook al hadden wij er drie of vier jaar over gedaan, dan nog blijft het probleem bestaan van de functioneel laaggeletterden, die niet precies weten wat een verzekeringsplicht is. Het probleem van de onverzekerden heeft juist van de CDA-fractie in deze Kamer alle aandacht gekregen. Daar probeer ik op verder te borduren.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb ook veel respect voor uw inspanningen in dezen, maar ik zeg alleen dat door principieel voor dit systeem te kiezen, je met dit soort brokstukken zit.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Inderdaad.

Voorzitter. Op geen enkele wijze gaat de minister voorts in op de suggestie om de Zorgverzekeringswet te wijzigen naar analogie van de leerplicht. Scholen kunnen pas een leerling weigeren als er een nieuwe school is gevonden voor deze leerling. Scholen zijn hierbij

Van Leeuwen

afhankelijk van elkaar en wisselen dus de moeilijke leerlingen. Zou een dergelijk systeem ook hier geen uitkomst kunnen bieden? Een verzekeraar zou dan pas tot roeyement kunnen overgaan als er een nieuwe verzekeraar is gevonden. Ook de andere door ons gedane suggestie – de gegevens van CVZ over de beëindiging van de verzekering, dat wil zeggen roeyement, ook doen opnemen in het bestand van het Inlichtingenbureau, waardoor dan effectief gebruik kan worden gemaakt van artikel 57 van de Wet werk en bijstand – komt slechts impliciet in afwijzende zin aan de orde. Is dit nu wel of niet technisch mogelijk en hoe verhoudt zich dit voorstel tot de privacybescherming?

Moeten wij nu in feite vaststellen dat de minister in de afweging tussen het voorkomen van onverzekerden en het instrument van een mogelijke inbreuk op de privacy van betrokkenen kiest voor een niet-wettelijk ingrijpen, voor het handhaven van de bestaande situaties, namelijk het boeken van oninbare vorderingen van ziekenhuizen op de post dubieuze debiteuren, en voor aan illegalen te verlenen eerstelijnszorg bij de Stichting Koppeling? Moeten verder de gemeenten maar zien of zij bij een tekortschietend besef van de betrokkenen voor de verantwoordelijkheid voor de voorzieningen in het bestaan, overgaan tot het verlenen van bijstand? Immers, door een cumulatieve van kosten kan metterdaad verlening van bijzondere bijstand eveneens aan de orde zijn. Begrijpen wij het goed dat compensatie van deze meerkosten niet zal plaatsvinden, terwijl het gaat om een door het Rijk beoogde stelselwijziging? Is dat niet een veel te gemakkelijke stellingname, met betrekking tot hen, die de regie over eigen leven nauwelijks kunnen voeren en dan met een geheel nieuw fenomeen, de verzekeringsplicht, worden geconfronteerd? Kan bij roeyement een gewenningsperiode, waarbij de bestuurlijke boete achterwege blijft, worden ingevoerd voor de kwetsbare groepen?

Het enige positieve dat wij in het antwoord hebben kunnen ontdekken, is dat de koppeling van gegevensbestanden nog nader wordt bestudeerd. Het behoeft geen verder betoog, dat de CDA-fractie in het licht van het debat op 7 juni jongstleden dit antwoord vooralsnog ontoereikend acht. De invoering van de Zorgverzekeringswet kan pas plaatsvinden nadat duidelijke toezeggingen zijn verkregen over de wijze waarop met een aantal oplossingen zal worden omgegaan. Is bijvoorbeeld de suggestie van staatssecretaris Van Hoof uit te bouwen tot een landelijke oplossing? De CDA-fractie hecht niet per se aan de reeds aangegeven oplossingen, mits er een weloverwogen, tijdige oplossing komt. Naast de door de CDA-fractie gedane voorstellen heeft ook de VNG er nog enkele toegevoegd. Met grote verontrusting hebben wij moeten constateren dat er voor deze mogelijke oplossingsrichtingen geen gehoor is verkregen. De CDA-fractie gaat ervan uit dat de minister beseft dat hij zonder een duidelijke toezegging hier niet wegkomt.

De heer **Hamel** (PvdA): Welke oplossing staat mevrouw Van Leeuwen voor ogen? Zij zegt dat een aantal mensen door deze regeling onverzekerd zullen raken of zijn. Kiest zij daarbij voor de weg langs de gemeenten? Moet er wat gebeuren richting de gemeenten, opdat die in voorkomende situaties behulpzaam kunnen zijn? Zij waren dat tot op heden overigens ook al vaak. Of kiest zij voor een regeling via de verzekeraar? Ik wil haar niet

vastleggen op één oplossing, maar ik wil de bedoeling graag weten.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik meen dat ik meerdere voorstellen heb gedaan. Mijnheer Hamel, ook tegen u zeg ik dat ik weet dat het moeilijk is. Ik weet dat het voorstel dat ik in eerste instantie in juni al heb gedaan privacyaspecten heeft. Daar moet goed naar worden gekeken. Daar is wetswijziging voor nodig. De VNG heeft een paar andere voorstellen gedaan. Wij hebben nog enkele maanden de tijd, maar ik denk dat wij vandaag in dit debat zover moeten komen dat de minister ons toezegt dat die zaak geregeld is op het moment dat dat nodig is. Dat is omstreeks 1 maart.

De heer **Hamel** (PvdA): Wat vraagt u dan? Wij hebben het over de onverzekerdenproblematiek en over verschillende situaties. De minister moet dan de garantie geven dat dit voor 1 januari is geregeld.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat heb ik in mijn verhaal al twee keer gezegd. De minister moet een duidelijke toezegging doen dat er een oplossing komt. Ik vind dat wij hier de wijsheid moeten hebben om vandaag met de minister verder te praten over welke oplossing het meest geëigend is. Daarbij heb ik gezegd dat de CDA-fractie niet alleen aan het eigen gelijk vasthoudt. U heeft ook andere voorstellen gedaan, evenals de VNG. Laten wij daar de best besprekbare oplossing uit halen.

Mevrouw de voorzitter. Ik kom nu op de privacybescherming. De minister mag dan in de memorie van antwoord in het vooruitzicht stellen dat op de draaggolf van de invoering van de Zorgverzekeringswet thans een groot aantal waarborgen in ontwikkeling is voor de bescherming en een juist gebruik van gegevens, dat neemt niet weg dat deze waarborgen op dit moment nog niet op de gewenste wijze zijn vastgelegd. De minister zal zeker niet ontkennen dat het hier toch om een fundamenteel onderdeel van de Zorgverzekeringswet gaat, waarover nu ruim anderhalf jaar met een breed veld van betrokkenen wordt overlegd, zonder dat dit in feite op belangrijke onderdelen tot een afronding is gekomen. Zo wordt met betrekking tot de gegevensstromen in het kader van de risicoverevening thans gemeld dat de Stichting Informatievoorziening een inventarisatie uitvoert naar de mogelijkheden om de gegevensstromen ten behoeve van de risicoverevening technisch te versleutelen. Na de afronding, eind oktober, zal nog nader onderzoek over de uitwerking van de versleuteling tussen CPB, CVZ en ZN plaatsvinden. Hoe hard is dan de passage dat deze versleuteling nog in 2006 zal plaatsvinden? De tweede voortgangsrapportage spreekt zich hierover niet uit. De CDA-fractie is overigens content met artikel 3.17 van de regeling zorgverzekeringswet waarmee de overgangsfase is geregeld.

Wat de verstrekking persoonsgegevens door zorgaanbieders betreft, de ministeriële regeling moet er nog steeds komen. Aan de gevraagde indiening per heden – een uitsproken wens van de CDA-fractie – kan derhalve niet worden voldaan. Weliswaar wordt medegedeeld dat in gezamenlijk en constructief overleg met het CPB, de KNMG en ZN – ik neem aan ook de NPCF? – aan de totstandkoming van deze regeling wordt gewerkt, maar er is blijkbaar nog geen overeenstemming over het tijdstip waarop de ministeriële regeling moet zijn

Van Leeuwen

afgerond. De brief van 31 augustus van de KNMG wijst opnieuw op de noodzaak van grote spoed. Kan, mag de CDA-fractie zich op een zo essentieel onderdeel bij een opneindsituatie neerleggen? In het laatste stuk wordt plaatsing in de Staatscourant eind oktober in het vooruitzicht gesteld. Zal dan ook aan alle randvoorwaarden uit de brief van 16 augustus van het CPB worden en zijn voldaan? Het gaat hier om een uiterst gevoelige materie. Kan de minister ons garanderen dat het advies van de CPB zal worden gevolgd?

In de brief van 23 september staat nu – daar was ik eigenlijk reuze opgelucht over – dat er overeenstemming is over een concept van de ministeriële regeling. Waarom is deze dan niet vandaag aan ons uitgedeeld? Dat zou heel wat onzekerheid hebben kunnen weg nemen.

Ook rond de gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland hangt nog de nodige mist. Blijkbaar is de KNMG nog niet op de hoogte, zodat de passage over een finale, spoedige afstemming wel voorbarig moet zijn. Of vergissen wij ons hier? Kan de minister nog eens helder aangeven welke probleempunten thans nog moeten worden opgelost? Betreffen deze bijvoorbeeld het protocol materiële controle? Hierbij is het van belang vooral ook aandacht te geven aan het concretiseren van het noodzakelijkheidsvereiste. Moet de CDA-fractie voort uit het antwoord van de minister begrijpen dat de KNMG als zodanig tot dusverre niet bij de plannen met betrekking tot de monitoring was betrokken? Dat lijkt ons toch wel vreemd. De tweede voortgangsrapportage stelt nu dat over het addendum afrondend overleg plaatsvindt en dat het addendum ook aan de KNMG is toegezonden. Wat is nu per heden de feitelijke situatie?

De KNMG pleit opnieuw voor een verzachting of verwijdering van artikel 2.8 uit het Besluit Zorgverzekering. De CDA-fractie deelt vooralsnog de visie van de minister, maar vraagt zich hierbij wel af wat dan de betekenis van het nu in overleg met het ministerie uit te werken preferentieprotocol nog kan zijn.

Over het risicovereveningssysteem het volgende. De aanvaarding van de motie-Swenker c.s. heeft in ieder geval geleid – dat is ook een van de kernen van het wetsvoorstel – tot een duidelijke, snelle aanpak van de in het kader van de vereveningsproblematiek door de CDA-fractie gewenste oplossing. Niet dat er nog geen verdere verfijningen in de komende jaren noodzakelijk zijn, maar voor het jaar 2006 zijn wij tevreden met de uitkomst. Het gaat er immers om via het risico-vereveningssysteem ervoor te zorgen, dat het voor de zorgverzekeraars niet meer aantrekkelijk is risicoselectie toe te passen. Daarom zullen wij ook in de toekomst alert blijven, terwijl wij ook voor het jaar 2006 nog enkele vragen hebben.

Zo is opnieuw duidelijk geworden, dat er nog geen structurele oplossing is gevonden voor de regionale verschillen, ook al is er niet direct sprake van een problematiek voor alle grote steden. Niettemin benoemt ook PricewaterhouseCoopers deze problematiek als één van de thema's die blijvend om aandacht vragen, dit in combinatie met verschuivingen in de collectieve aansluitingen. De minister kondigt aan dat de verschillen én moeilijk zijn te duiden én vragen om een nadere analyse van vooral de kosten van ziekenhuisverpleging. In het onderzoeksprogramma 2006 zal hieraan aandacht worden gegeven. Dat lijkt ons een goede zaak, maar kan

dan ook de door PricewaterhouseCoopers gesignaleerde problematiek worden meegenomen?

De CDA-fractie heeft eveneens kennis genomen van de werkbare oplossing, die is gevonden nu de prevalentie van de DKG's nog niet kan worden vastgesteld op basis van dbc's. Uiteraard valt dit te betreuren, maar wij moeten hiermede voorlopig leven. Ook met het aanvullende vangnet – naast de inzet van ex-postmechanismen, zoals door ons bepleit – kan worden ingestemd, omdat mede hierdoor risico-opslagen op de nominale premies kunnen worden voorkomen. Dan met betrekking tot dit onderdeel nog de vraag waaruit de aanvullende besluitvorming met betrekking tot de no-claimteruggave blijkt.

Een ander moeilijk hoofdstuk vormt de in artikel 18 van de Zorgverzekeringswet geboden mogelijkheid tot het geven van kortingen op de nominale premie bij het afsluiten van een collectief contract, eerst tot 5% en na amendering tot maximaal 10%. Voor wie op zichzelf positief staat ten opzichte van collectieve contracten was de 5%-korting een toereikende mogelijkheid op basis van zowel de administratieve voordelen als de voordelen met betrekking tot de scherpere zorginkoop en het gewenste preventiebeleid. Dat laatste wil ik nog eens nadrukkelijk onderlijnen, want dat was een van de belangrijke doeleinden. Tussen haakjes, is bewust het antwoord op onze vraag om ook bij de naturapolissen uit te gaan van de premie zonder kortingen als gevolg van een scherpere inkoop achterwege gebleven?

Het Verbond van Verzekeraars, dat mede op de hogere percentages heeft aangedrongen, heeft de totstandkoming van méér collectiviteiten hiermede geen goed gedaan, zoals uit de diverse maatregelen nu al blijkt. Het zijn immers niet uitsluitend de andere dan patiëntenorganisaties waarbij een korting op de premie hetzij ten laste moet gaan van de winst op de reserves, dan wel zal worden afgewenteld op de premie van de individueel verzekerden, waardoor er dan sprake is van kruis-subsidie. De CDA-fractie vindt dat de minister té laconiek reageert op de te verwachten verschuivingen ten gunste van de collectiviteiten: 20% is al bijna een verdubbeling, 40% méér dan dat! De minister acht echter een nadere invulling van het begrip collectiviteiten nu niet opportuun, maar neemt daardoor wel de verantwoordelijkheid dat – gelet op deze uitspraak – de animo voor een collectief contract nog verder zal toenemen. Bovendien zal een later ingrijpen rechtsongelijkheid met zich meebrengen, zeker waar er sprake is van meerjarige contracten. Heeft de minister dit aspect wel voldoende meegewogen?

De minister zal eerst ingrijpen op basis van onder andere verzekeraars en de NZA. Dit laatste is begrijpelijk. Wat beoogt de minister echter met de inbreng van de verzekeraars terzake? Als concurrent kunnen deze er immers belang bij hebben, de ander in een niet gunstig daglicht te stellen. Hier kan toch moeilijk worden gesproken van een objectief waardeoordeel? PricewaterhouseCoopers ziet de collectieve contracten wel terdege als een thema dat blijvende aandacht vraagt. Niet alleen wordt op een zorgvuldige monitoring van dit aspect aangedrongen; een aantal verzekeraars dringt ook nu reeds aan op aanscherping van de definitie van collectiviteiten. Wat moet hierbij onder een aantal worden verstaan? Deelt de minister bovendien de visie van PricewaterhouseCoopers onder 5.03: "Als aan veel meer verzekerden dan verwacht korting moet worden

Van Leeuwen

gegeven, zal dit de premiestelling opwaarts respectievelijk de solvabiliteit van de verzekeraar neerwaarts kunnen beïnvloeden"? Kortom, de CDA-fractie dringt nog steeds aan op maatregelen. Kunnen ook bij horizontale collectieve contracten gezinsleden en partners worden meeverzekerd?

Over de patiëntenbelangen het volgende. De CDA-fractie, krachtig ondersteund door de heer Schouw, heeft 5 mln. gevraagd en uiteindelijk 7 mln. voor twee jaar gekregen voor versterking van de positie van patiënten. Uiteraard zijn wij de minister daarvoor erkentelijk. Niettemin wil de CDA-fractie op basis van de memorie van antwoord toch nog enkele vragen stellen. Immers, in het kader van een innovatieve aanpak wordt een groot aantal te onderscheiden elementen opgenoemd. Deze zijn op zich allen belangrijk, maar zijn – voor wie enige kennis van dit veld heeft – ook met de nu verkregen gelden niet allemaal te realiseren. Het stellen van prioriteiten en de programmering dient naar de mening van de CDA-fractie dan ook aan de patiënten/consumentenorganisaties – met goede terugkoppeling – te worden overgelaten. Is de minister het daarmee eens? Een tweede opmerking betreft de wijze van betaalbaarstelling, via het PGO, en de toevoeging dat de PGO-organisaties voorstellen kunnen indienen bij het Fonds PGO. Hier dreigt een versnippering, die bepaald niet zal zorgen voor het hoogste rendement. In deze Kamer is nadrukkelijk gepleit voor bundeling via de koepels, onder andere via de NPCF, mede omdat de afzonderlijke patiëntenorganisaties niet allen op een innovatieve aanpak zijn toegerust. In ieder geval moet met de 7 mln. het hoogste rendement worden behaald en dat ook nog binnen korte tijd; het jaar 2006 staat voor de deur. Is de minister het ook hiermee eens? En kan dit met het Fonds PGO als zodanig worden besproken?

Ik ga nu in op de invloed van de verzekerden. Na deze positieve ontwikkeling, die ons hoopvol stemde met betrekking tot de noodzakelijke aandacht voor de eerste partij – de verzekerde/patiënt – is de hoop weer enigszins de bodem ingeslagen ten aanzien van de invloed van verzekerden op onder meer het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars. De CDA-fractie kan zich nauwelijks voorstellen dat over deze voor diverse fracties zo belangrijke zaak geen stukken zijn gewisseld. Gaarne wilden zij hierover dan beschikken om zelf de afhoudende houding van de diverse zorgverzekeraars te kunnen wegen.

In de schriftelijke inbreng zijn wij uitvoering op de gewenste toezegging ingegaan. Onze argumenten zullen wij thans niet herhalen. De uitleg van ZN – in de memorie van antwoord gememoreerd – begrijpen wij niet. Raden van advies zijn ook noodzakelijk, maar staan ledenraden zeker niet in de weg. Wachten op de uitkomst van de heroriëntaties over de wijze waarop de advies- en klankbordfunctie van verzekerden vorm wordt gegeven, is wachten tot sint-juttemis, zoals de ontwikkeling in het laatste jaar terzake heeft aangetoond. In eerdere discussies heeft de minister een ministeriële regeling in het vooruitzicht gesteld. Dat heeft hij een- en andermaal aan de CDA-fractie toegezegd. Terecht stellen de patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties in hun brief van 25 augustus jongstleden dat een jaar wachten een verloren jaar betekent. De daad is nu aan de minister. Ik heb de heer Hamel gehoord. De minister laat het hier toch zeker niet op een Kameruitspraak aankomen?

Met betrekking tot de natura- versus de restitutiepolis hebben wij in het voorlopig verslag uitvoerig aangegeven waarom wij op 7 juni jongstleden geen verdere discussie met de minister zijn aangegaan over de uitleg van dit onderdeel van de motie-Swenker c.s. Kort samengevat, het aanvaarden van de negatieve optie tijdens dit debat, waarbij in het kader van de naturapolissen in 2006 nog geen sprake is van de gevolgen van een scherp inkoopbeleid en de toezegging dat in het kader van de zorgplicht bij de noodzaak van specifieke zorg deze alsnog moet worden gecontracteerd, beperken in 2006 het eventuele verschil. Het was en is niet onze bedoeling, dat de vrije artskeuze zal leiden tot een oneigenlijk beroep hierop, dat wil zeggen het niet gebaseerd zijn op overwegingen van kwaliteit en noodzaak voor een bepaalde zorgbehandeling. Alleen dan dienen er dezelfde mogelijkheden te zijn voor elke burger/patiënt. In andere gevallen is een beperkt onderscheid in prijs gerechtvaardigd. De verzekeraars, die hiermede op een oneigenlijke manier op de loop gaan, zullen dit onder druk van het patiëntenveld snel nalaten. Ook is intussen wel duidelijker geworden dat er uitermate breed zal worden gecontracteerd, waardoor de noodzaak een restitutiepolis te moeten nemen sterk wordt ingeperkt. Van belang hierbij is uiteraard ook hoe met de kortingen op de naturapolis zal worden omgegaan. Wanneer in een ander geval de kortingen in eigen zak mogen worden gestoken, dan ook hier. De minister wil dat nog wel bevestigen, naar de CDA-fractie aanneemt.

De minister heeft tenslotte exact aangegeven wat met de gebruikmaking van artikel 12 van de Zorgverzekeringswet wordt bedoeld. Een zorgvuldige monitoring van de ontwikkeling rond de diverse polissen wordt door de CDA-fractie hiertoe bijzonder op prijs gesteld. Kan de minister dit toezeggen? De CDA-fractie wil zich voor 2006 bij de geschetste situatie neerleggen onder de voorwaarde dat de strijdbijl op het punt van het addendum eveneens kan worden begraven. Dat vergt een heldere uitspraak.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U spreekt over een zorgvuldige monitoring van de ontwikkeling rond de diverse polissen. Dat juich ik toe. Ik ben echter benieuwd of u ook al een idee heeft welke aspecten gemonitord zouden kunnen worden? Misschien kunnen wij er met elkaar naar kijken. Zeker als collega Schouw dan weer helpt om het evaluatiekader te omschrijven, moet dat toch wel helpen. Ik ben het met u eens dat deze ontwikkeling gemonitord moet worden. Ik ben verder benieuwd wat u met "strijdbijl" bedoelt.

De heer **Schouw** (D66): Ik voel mij als monitorspecialist natuurlijk meteen aangesproken. Wij hebben in het debat van juni precies afgesproken waar wij op gaan monitoren. Dat weet mevrouw Van Leeuwen ook en zij heeft herhaald wat wij toen hebben afgesproken en wat de minister toen al heeft toegezegd.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Wij vragen de minister nu dan dus nog eens duidelijk te zeggen waarop gemonitord gaat worden.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik vind dat wij de minister niet iedere keer naar de bekende weg moeten vragen. Wij hebben er toen uitvoerig over gepraat en ik

Van Leeuwen

heb letterlijk gezegd dat een zorgvuldige monitoring van de ontwikkelingen rond de diverse polissen door de CDA-fractie bijzonder op prijs wordt gesteld. Daarmee bevestigde ik datgene wat wij in het debat met elkaar hadden afgesproken. Dat past in het kader van mijn verhaal over de natura- en restitutiepolissen. Ik wil nog wel eens precies aangeven wat wij toen met elkaar hebben besproken, maar dat is dan wel een herhaling van zetten. Dat vind ik een beetje vervelend. Er zijn in de loop van deze debatten ontzettend veel toezeggingen door de minister gedaan en die worden ook steeds meer gehonoreerd. De heer Hamel gaf daar ook een voorbeeld van. Wij hebben in een korte tijd veel van het ambtenarenapparaat gevraagd wat betreft het probleem van de no claim. Ik ben echter niet van plan om iedere keer op hetzelfde terug te komen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vraag mij toch af wat dat zegt. Je kunt daar namelijk niet zo goed de conclusie uit trekken dat er te veel druk op het hele invoeringsproces staat.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat zult u – dat is uw goed recht – tot het eind toe blijven zeggen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik wil even terug naar de motie-Swenker en de restitutiepolis. Ik heb uit de Staatscourant begrepen dat mevrouw Van Leeuwen de hele zomer met dit wetsvoorstel bezig is geweest. Dat kan ik haar niet nazeggen, dus misschien moet zij mij corrigeren. Ik heb begrepen dat de essentie van het benadrukken van de vrije artsenkeuze is neergelegd in de uitspraak dat de restitutiepolis de standaard zal moeten zijn, nu en in de toekomst. De standaard betekent dat die polis ook de norm wordt voor de berekening van de zorgtoeslag et cetera, et cetera. Dat is wat wij hier in juni met elkaar hebben afgesproken. Ik lees in de antwoorden van de minister ...

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat is niet wat wij hier hebben afgesproken. Dat hebben wij verzocht. De minister heeft daarop een klip en klaar antwoord gegeven. Ik erken dat de minister toen niet helemaal heeft gedaan wat de CDA-fractie heeft gevraagd. Ik heb mij er toen bij neergelegd. Ik heb dat heel duidelijk gezegd in mijn inbreng. Ik hoop dat u die nog eens naleest, want er was geen letter Spaans bij of Frans of wat u ook maar wilt. Er zijn een heleboel nieuwe omstandigheden bijgekomen die mij het gevoel geven dat goed gaat als wij het zorgvuldig monitoren. Er is ook nog iets anders: als er zo veel collectiviteiten komen, komt het restitutievragestuk ook in een ander daglicht te staan. 2006 geeft geen enkel probleem. U kent de grote voorkeur van de CDA-fractie voor restitutiepolissen, maar op het ogenblik is dit het verhaal.

En dan kom ik aan de strijdbijl. Mevrouw Slagter, u zult zich herinneren dat ik een- en andermaal dat addendum heb opgevoerd. Het is een sterk punt voor onze fractie dat zij dit wil, opdat de verzekeren kunnen beoordelen waarvoor zij contracteren. Daarop ga ik nu verder. Dat staat ook in mijn verhaal. U hebt allen gezegd dat u meelas, dan hebt u dat ook al kunnen lezen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Het is een geweldig betoog. Ik kan het helemaal onderstrepen, maar mijn stelling was dat de koppeling van de restitutie aan de

vrije artsenkeuze een heel centraal punt is. Mijn opmerking over de minister en alles wat erna is gebeurd, heeft betrekking op het feit dat ik zie dat de minister er voortdurend afstand van neemt; dus is de vrije artsenkeuze in het geding. Ik wil weten wat de CDA-fractie daarvan vindt.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat is niet waar, mijnheer Van der Lans.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): De minister neemt voor de berekening van de zorgtoeslag het gemiddelde van alle polissen, want hij zegt bijvoorbeeld: het loopt allemaal niet zo uiteen. Hij zegt dus niet dat hij het gemiddelde van de restitutiepolissen als norm neemt. Dat zou hij wel moeten doen, wil hij het vraagstuk van de vrije artsenkeuze, zoals wij dat hebben ingevuld met de motie-Swenker, serieus nemen. Nu neemt u er ook afstand van. Dat is de enige conclusie die ik kan trekken.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik neem er geen afstand van. Ik heb alleen gezegd dat er toch door de negatieve optie, maar blijkbaar wenst u niet naar argumenten te luisteren...

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): U moet echt eens ophouden met het maken van zulke opmerkingen! Elke keer als ik iets zeg of een ander iets zegt, is het: u hebt de stukken niet gelezen. Wij zijn niet allemaal Hannie van Leeuwen! U moet gewoon ingaan op mijn argumenten. Ik constateer dat u nu afstand doet van alle intenties betreffende de vrije artsenkeuze die u hier in juni naar voren hebt gebracht. U draait er net zo omheen als de minister.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Leeuwen, ik verzoek u kort te antwoorden.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Omdat ik deze discussie voorzag, heb ik in het voorlopig verslag exact aangegeven hoe ik met de restitutiepolis en de naturapolis wilde omgaan. Ik heb de argumenten gegeven waarom ik op dat moment heb berust in de uitleg van de minister. Voor 2006 is er geen enkel gevaar, want de minister heeft aan mij de harde toezegging gedaan dat vanuit de zorgplicht de behandeling altijd kan worden voortgezet. Dat is een heel belangrijke uitspraak van de minister. Op die manier wordt recht gedaan aan het punt van de restitutie. Vervolgens heb ik aangetoond dat er een ontwikkeling is rond de collectiviteiten. Ik heb in mijn inbreng niet verbloedemd dat ik op dit punt niet helemaal heb bereikt wat de CDA-fractie wil. Ik vind het vervelend dat ik daar iedere keer opnieuw over wordt bevraagd. Daarom zei ik tegen u dat u eens moet luisteren. U kunt het zien als een nederlaag, maar ik ben zo eerlijk om toe te geven dat ik niet helemaal heb bereikt wat wij willen. Ik kan er best tegen dat ik een keer een punt niet helemaal binnenhaal.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Leeuwen, u hebt uw reactie gegeven.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Dit is een heel principiële punt. Ik constateer dat de CDA-fractie op dat zeer principiële punt inlevert.

Van Leeuwen

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Nee, want ik kom nu aan het volgende punt. Mevrouw Slagter vroeg terecht wat ik met die strijdbijl bedoelde. Wij hebben toen gezegd dat het addendum er moest komen. Daaraan houden wij vast. Daarover hebben wij nog niet de gewenste heldere uitspraak van de minister gekregen. Op pagina 9 van de monitor staat nota bene: Enkele verzekeraars overwegen een voorlopig aanbod te doen, zonder direct de polisvoorwaarden mee te zenden. Na acceptatie door de verzekerde worden in een dergelijke situatie bij het verzenden van de definitieve polis ook de polisvoorwaarden meegestuurd.

Voorzitter. Dan heeft de verzekerde al gekozen, terwijl hij niet echt kan kiezen. De minister zegt dat de polisvoorwaarden dan op internet beschikbaar zijn of op verzoek worden opgestuurd. Naar wij mogen aannemen, zal een dergelijke gang van zaken niet worden getolereerd. De cliënt moet op basis van de polisvoorwaarden en van de gecontracteerde aanbieders zijn eigen afweging kunnen maken. Alle hiertoe noodzakelijke informatie dient op schrift beschikbaar te zijn. Het hoort een addendum te zijn bij de zorgpolis. Dan kan de verzekerde zelf kiezen. In het kader van het ruime contracteraanbod wil ik in de loop van het jaar nog wel eens een debat hebben over die gevallen waarin mensen echt geen keuze voor een huisarts of specialist hebben kunnen maken onder deze voorwaarden. Vandaar dat ik het heb gezegd, zoals ik het heb gezegd, mevrouw Slagter.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U zegt dat u nog wel eens een debat wilt met de minister. Dat is ook een verzoek aan de minister om volgend jaar nog eens over deze kwestie te debatteren en te kijken hoe het met deze strijdbijl staat?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik hoop het nu al te doen. Ik houd dit verhaal niet voor niets. Ik krijg straks een antwoord van de minister en zal hier in alle openheid de discussie aangaan.

Ik ben nu toe aan de implementatie van de Zorgverzekeringswet. De Eerste Kamer heeft wel terdege vooraf – en niet achteraf, zoals thans door een directeur van een zorgverzekeraar wordt gesuggereerd – alle denkbare vragen gesteld, ook door middel van het bij uitzondering beleggen van een hoorzitting, waarvan een uitgebreid verslag is verschenen. Zoals nu ook uit de memorie van antwoord blijkt, heeft de CDA-fractie bij de aanvaarding van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag een voorbehoud gemaakt met betrekking tot de invoeringsdatum. Dat was ons bittere ernst. Des te meer valt dan op, dat wel erg slordig is omgesprongen met het verzoek van de Kamer, een onderzoek te doen naar de voor de invoering van de Zvw kritische succesfactoren. Uit de inleiding op de rapportage van de onderzoeksbevindingen blijkt immers dat de korte doorlooptijd van drie weken zijn grenzen stelt aan de reikwijdte en diepgang van het onderzoek. Daaruit moeten wij helaas concluderen, dat eerst in augustus de opdracht aan PricewaterhouseCoopers is verstrekt. Inderdaad, dat is nog deze zomer, zoals de minister stelt, maar die opdracht had ook op 21 juni kunnen zijn gegeven. De onderzoeksrapportage had dan ongetwijfeld nog meer aan onze verwachtingen voldaan!

Niettemin, uit de voorliggende rapportage blijkt, dat de realiteit iets positiever is dan vele betrokkenen, ook

zorgverzekeraars, ons de laatste maand willen doen geloven. Ook de CDA-fractie kan zich thans vinden in de conclusie dat zorgverzekeraars zich optimaal inspinnen terzake van het implementatietraject, het opleidingsprogramma en de voorlichting om de implementatie van de Zorgverzekeringswet te doen slagen, en dat zonder chaos en uitstel. De rapportage rechtvaardigt deze conclusie, op één onderdeel na. Veel meer verleggen de zorgen zich naar instanties zoals CTZ en CVZ. Alle verzekeraars noemen dit een aandachtspunt. De minister is ons hiervoor op z'n minst een verklaring schuldig. Het antwoord over de modelovereenkomsten wijst ook op de nodige haperingen, zeker in de tijd gezien.

Blijven met name over de zorgen rond de IT-systemen, de achilleshiel voor de invoering van de Zvw. Deze zorgen zijn – drie maanden voor de eventuele invoering van de Zvw – bepaald niet weggenomen. Onze veronderstellingen zijn alleen maar bevestigd. De conclusies luiden immers, dat tijdens deze momentopname de invoering niet onhaalbaar moet worden geacht onder de genoemde voorbehouden. Het gaat dan om 63,6% in de categorie geel, maar voor 18,2% in de categorie oranje – enkele entiteiten – geldt dat de overgang alleen haalbaar is, indien geïdentificeerde aandachtspunten worden opgepakt en enige risico's worden geaccepteerd. Deze Kamer, die vooral ook moet toezien op de uitvoerbaarheid, dient hier door te vragen. Om welke geïdentificeerde aandachtspunten gaat het dan en welke risico's moeten worden geaccepteerd?

De minister zal ons ervan moeten overtuigen, dat er geen aanleiding is om de invoering van de Zvw en Wzt, al dan niet ingrijpend, bij te sturen. In de optiek van de minister kan ermee worden volstaan de verzekeraars met een relatief lage score hierop expliciet te wijzen en aandacht te vragen voor de op te pakken punten. Uit de terugkoppeling van de onderzoekers is de minister gebleken dat deze signalen zeer ter harte worden genomen. Op welke wijze dan? Dit kan toch niet het laatste woord zijn? Om hoeveel verzekerden gaat het in feite bij deze "enkele entiteiten"? Waaruit zullen de extra maatregelen bestaan? Iedereen met enig besef van de kwetsbaarheid van IT-systemen zal hier om hardere maatregelen vragen, wil uitstel kunnen worden voorkomen.

Met betrekking tot de dbc-problematiek wil de CDA-fractie de minister in dit stadium alleen maar herinneren aan de aanvaarde motie. Uitbreiding van dbc's lijkt nu wel heel erg ver weg! Dat het hier alleen om kinderziekten gaat, zoals de minister stelt, wagen wij sterk te betwijfelen. En dat de Orde van Medisch Specialisten zich constructief opstelt, is mooi meegenomen, maar dan is toch wel verzuimd, gaande de ontwikkeling, het nodige draagvlak onder de leden te verwerven. Ook zegt het weinig, dat er overeenstemming over de oplossingen voor de problemen met de dbc's in het bestuurlijk overleg is bereikt. De hoeveelste keer is dit in feite, dat op soortgelijke wijze de kar weer in het spoor moest worden getrokken?

Er blijken nu problemen te zijn met de registratie, de uitval bij validatie, de facturering, de rechtmatigheid van de betalingen, het gebrek aan inzicht in het onderhanden zijnde werk, de nacalculatie 2005, het al dan niet correct declareren van overloop-dbc's en de splitsing van A- en B-productie die noodzakelijk is voor de schoning van het budget voor de B-dbc's. Wat gaat er eigenlijk wel goed? De partijen zijn het bovendien nog niet eens wanneer

Van Leeuwen

deze voorstellen ter oplossing van de problemen kunnen worden doorgevoerd. Op welke termijn denkt de minister dat de zogeheten "kinderziekten" echt zijn verholpen en hoe ziet hij hier de weg van A naar B, of liever van B naar A?

En dan nu de zorgtoeslag. De CDA-fractie heeft er van meet af aan geen misverstand over laten bestaan, te hechten aan een zeer zorgvuldige uitwerking van het zorgtoeslagsysteem. Zo veel mogelijk moesten de inkomenseffecten binnen het systeem als zodanig worden opgevangen, met slechts, indien volstrekt noodzakelijk, aanvullende fiscale maatregelen. Omdat het aanvankelijk voor deze zorgtoeslag uitgetrokken bedrag naar ons oordeel veel te laag was, is onze inzet geweest om in het voorjaar tot een aanzienlijke uitbreiding te komen. En er heeft metterdaad een reparatie plaatsgevonden met 600 mln. Dat was een duidelijke stap in de goede richting, maar ook toen is er onzerzijds op gewezen, dat ook dan nog een aantal groepen met negatieve inkomenseffecten zou kunnen worden geconfronteerd. Welnu, dat probleem – zo werd in de memorie van antwoord toegezegd – zou worden meegenomen in de integrale afweging die in de zomer over het inkomensbeeld 2006 zou worden gemaakt. Tijdens de plenaire behandeling heb ik hieraan toegevoegd: "De CDA-fractie rekent hierop." Wij gingen er hierbij van uit, dat er nog onvoorziene – verhoudingsgewijze kleine – reparaties nodig zouden blijken. Op een bedrag van 2,6 mld. mag een reparatie van enkele honderden miljoenen immers klein worden genoemd.

In het voorlopig verslag hebben wij vanuit onze kennis op dat moment een aantal kritische vragen op hoofdlijnen gesteld. De memorie van antwoord stelt ons in dit opzicht teleur. Om te beginnen, zal de minister toch een duidelijker weerwoord moeten geven op de grote verontrusting in werkgeversland en onder alle burgers zonder werkgever, over de ontwikkelingen rond de werkgeversbijdrage. De onrust zou naar onze mening in ieder geval kleiner zijn geweest bij een volledig nominale premie en een daarbij behorende zorgtoeslag. Er zou dan sprake zijn geweest van een overzichtelijke situatie, zonder dat alle betrokkenen zich steeds opnieuw moeten afvragen hoe hoog de werkgeversbijdrage in 2007 zal zijn. De CDA-fractie heeft ook begrip voor de nog gematigde kritiek uit werkgeversland op een verhoging van bijna 10% binnen één jaar. VNO-NCW gebruikt zeer milde termen, maar eindigt met de niet mis te verstane vraag over de in het vooruitzicht gestelde kostenneutrale invoering/ontwikkeling van de werkgeversbijdrage in het nieuwe stelsel. Er zal in ieder geval voor na 2006 duidelijkheid moeten komen. Ook de CDA-fractie acht een antwoord op deze vraag van wezenlijk belang.

De brief van MKB-Nederland is onmiskenbaar veel harder van toon. MKB-Nederland acht de stijging van de werkgeversbijdrage van 5,96% via 6,25% naar 6,50% een buitengewoon ongewenste ontwikkeling. De verlaging van het inkomensafhankelijke percentage voor ondernemers, te financieren uit de verhoging van de werkgeversbijdrage, wordt door de heer Hermans zelfs principieel onjuist genoemd, ook al zullen de werkgevers hiervoor worden gecompenseerd. Het lijkt ons toe dat de minister niet alleen aan MKB-Nederland, maar evenzeer aan deze Kamer een meer diepgaande verklaring moet geven dan hij in de memorie van antwoord heeft gedaan.

De minister gaat ook niet in op onze opmerkingen over de eventuele lastenstijging met € 25 per jaar voor

een alleenstaande en € 50 per jaar voor een huishouden en over de oorzaken van een eventuele premiestijging. Overigens, naar de minister uiteenzet, gaat het dan om een onvoorziene stijging. Wat is voorts de reden dat de commissie-Korthals Altes nog geen advies heeft uitgebracht?

Eén opmerking nog over de beantwoording van de vragen van het CSO. Het antwoord op de vraag of de tegemoetkoming van de werkgever/uitkeringsinstantie voor de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage tot een hogere pensioengrondslag leidt, brengt naar onze mening de problematiek duidelijk in beeld. In de meeste pensioenregelingen zal met een hoger loon rekening moeten worden gehouden, met navent hogere kosten. Kan er niet een paraplubepaling worden ingevoerd, zoals in het verleden met de overhevelingstoeslag is gebeurd, opdat partijen – voorzover nodig – de gelegenheid krijgen om eventueel de tekst van hun pensioenovereenkomst/pensioenreglement te wijzigen of andere maatregelen te nemen?

Dan kom ik nu tot een integrale afweging aan de hand van de vastgestelde zorgtoeslagen in combinatie met de aanvullende fiscale maatregelen. Allereerst zegt de CDA-fractie de minister dank voor de brochure over de financiële gevolgen van de nieuwe zorgverzekering. In ieder geval kunnen wij hierover aanzienlijk positiever zijn dan over de tv-spotjes en de eerdere brochure. Enkele door mij geconstateerde ontoereikende toelichtingen zullen overigens nog wel moeten worden gecorrigeerd. Ik beperk mij thans tot enkele kritische kanttekeningen op hoofdlijnen. Het kan niet de bedoeling zijn, in dit debat op allerhande individuele situaties in te gaan.

Voorafgaande aan die kanttekeningen nog een opmerking. Het CDA heeft nimmer een nieuw systeem in het vooruitzicht gesteld, waarbij iedereen er beter van zou worden. Integendeel, in het huidige stelsel zijn de lasten van de diverse ziektekostenverzekeringen zeker niet rechtvaardig verdeeld. Solidariteit, ook binnen de generaties, bijvoorbeeld van ouderen, ontbreekt al te zeer, waar de hoge kosten van de standaardpakketpolis staan tegenover de beperkte ziekenfondspremie. Het nieuwe systeem brengt in dat opzicht een grotere solidariteit. Op zich is de CDA-fractie echter niet gelukkig met het op zo forse manier inzetten van fiscale maatregelen buiten de zorgtoeslag, per maand variërend van € 49 positief tot € 22 negatief. Daarover zullen wij in komende jaren nog wel komen te spreken.

Een tweede opmerking is dat het de vraag is of het juist is, de verhoging van AOW en minimumloon uitsluitend aan de zorgkosten toe te rekenen. Deze verhoging is ook bestemd voor het opvangen van andere kosten die tezamen de kosten van het bestaan uitmaken. Denk bijvoorbeeld aan de gestegen premies voor de pensioenen en de lokale lasten. Het mooi ogende beeld komt er dan misschien wel iets anders uit te zien. In de diverse overzichten heeft ons vervolgens de differentiatie in de gemiddelde no-claimteruggave bevreemd. Voor de studenten € 140 – vermoedelijk omdat zij gunstiger risico's zijn – voor andere groepen € 90. In het licht van de € 140 zou de teruggave voor ouderen en chronisch zieken/gehandicapten veel lager moeten zijn.

Een ander kritisch punt betreft de aanname dat de werkgever tot dusverre voor hen die particulier verzekerd zijn 50% van de ziektekostenverzekeringspremie vergoedt. Kan dit voor de toekomst worden hard gemaakt?

Van Leeuwen

Opvallend is ook de uitspraak over het vergoeden van de inkomensafhankelijke bijdrage in 2006 uit het VUT-fonds. Hebben sociale partners hiertoe besloten? Dat is ons niet bekend. Overigens geldt dit ook niet voor alle vutters die particulier verzekerd zijn evenmin voor alle burgers met een prepensioen. Kortom, het aanvechtbare van sommige aannames, maar ook de diverse uitkomsten tonen aan, dat er in ieder geval nog sprake is van problemen voor de Vutters en de mensen met een prepensioen.

Hiernaast hebben wij in de overzichten node de berekeningen gemist rond de werkende jongeren vanaf achttien jaar met een jeugdminimumloon. Naast de Wajongers behoeven zij ook als groep, zeker de achttien- en negentienjarigen, aandacht en een handreiking. Naar onze mening is er ook voor jongeren van achttien en negentien jaar sprake van koopkrachtverlies. De tweede voortgangsrapportage heeft dat intussen bevestigd. Is dat bewust beleid? Is er dan geen sprake van een negatieve prikkel? Vervolgens lag er tot voor enkele dagen een probleem met scholieren/studenten. Is dat met het aanvaarde voorstel van D66 nu voldoende afgedekt?

Verder is het zo, dat de minister het gebruik maken van de negatieve optie met ons voor het jaar 2006 een goede zaak vindt. Dit om een zo geruisloos mogelijke overgang van het oude naar het nieuwe stelsel mogelijk te maken. Afhankelijk van de zorgverzekeraar kan dit toch een beduidend hogere premie betekenen. Nu de zorgverzekeraars door alle problemen vermoedelijk eerst in een laat stadium de premies voor 2006 bekend zullen maken, is dit toch wel een extra complicatie, speciaal voor de nog steeds kwetsbare groepen in de overzichten.

Ten slotte wat dit onderwerp betreft nog de vraag waarom geen rekening is gehouden met de afschaffing van het gebruikersdeel ozb, de verhoging van de kinderbijslag en de stijging van de contractlonen.

In onze schriftelijke inbreng hebben wij reeds geanticipeerd op een nog noodzakelijke reparatie ofwel compensatie. Wij hebben er begrip voor dat er nog geen volmaakt nieuw systeem voor ons ligt. Dat noodzaakt ons echter wel tot de herhaling van onze vraag om een substantiële risicopot in te stellen voor reparatie van nog voor groepen opduikende aantoonbare en onvoorzienbare onrechtvaardigheden. Wij herhalen deze vraag in de verwachting dat de minister voor reële argumenten vatbaar zal zijn. De CDA-fractie heeft van meet af aan de invoeringsdatum gekoppeld aan de reparatie van de losse eindjes, die zich bepaald nog zouden kunnen aandienen: reeds gesignaleerde onbegrijpelijke uitkomsten, maar vooral ook andere onvoorzienbare knelpunten die onder meer door de vliegende brigade kunnen en naar onze mening zeker ook zullen worden gesignaleerd. Wij gaan ervan uit dat dit nadrukkelijke verzoek van de CDA-fractie in een of andere vorm zal worden gehonoreerd. Een verwijzing naar de substantiële uitgavenreserve voor het opvangen van tegenvallers, is na de algemene beschouwingen in de Tweede Kamer volstrekt achterhaald. Of worden de toen gehonoreerde wensen elders gedekt en is de uitgavenreserve van 200 mln. nu geheel voor dit doel in te zetten? Uiteraard staan wij ook open voor argumenten van de minister in deze zo moeilijke zaak. Ik hoop van harte dat wij uitgaande van de door ons gedane suggestie tot een bevredigende oplossing kunnen komen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Er moet mij iets van het hart. Wij hebben hier in juni de CDA-fractie duidelijk een voorbehoud horen maken inzake de invoeringsdatum van de wet. Het voorbehoud was, dat er ongeveer op dit moment veel grotere zekerheid zou zijn over waaraan wij zouden beginnen. Nu komt mevrouw Van Leeuwen namens haar fractie met een drie kwartier durend betoog waarin het wemelt van de onzekerheden en van toezeggingen die nog moeten worden gedaan, opdat de fractie akkoord kan gaan. Als ultieme remedie is mevrouw Van Leeuwen gekomen met een risicopot of noodfonds. Dat geeft al aan dat zelfs de CDA-fractie eigenlijk niet gelooft dat deze wet op 1 januari op een fatsoenlijke en zorgvuldige wijze kan worden ingevoerd. Wij krijgen nu weer dezelfde situatie als in juni, toen een voorbehoud werd gemaakt dat vele toezeggingen zouden moeten worden gedaan. Op z'n minst moeten wij constateren dat de minister daarmee niet heel zuiver omgaat en alles voor zich uitschuift. Straks gaat de CDA-fractie wel aan dat avontuur beginnen, mits er maar een risicopot is. Ik vind dat een potsierlijke redenering aan het worden.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat mag u vinden. Ik wil u best antwoorden. Wij hebben toen al onze zorgpunten benoemd. Ik heb er ook een aantal geschrappt. Wat is er de afgelopen maanden niet gebeurd aan zo'n belangrijke zaak als het risicovereveningssysteem? Dat is naast de vrije artskeuze en andere zaken een van de kernpunten van het nieuwe stelsel. Dat is de afgelopen maanden opgelost. Natuurlijk mag ik dan in een debat nog wel een paar vragen stellen. Waarom debatteren wij hier anders met elkaar? Maar ik heb heel duidelijk gezegd dat ik redelijk tevreden ben. Ik heb mijn lijstje teruggebracht tot onder meer de invloed van patiënten en de risicopot. Ik heb daarnaast nog een paar vragen gesteld over de uitvoering. Mag dat? Daar waar wij nog niet helemaal zijn waar wij volgens de CDA-fractie moeten zijn, heb ik nadere vragen gesteld. Dat is toch de bedoeling van een debat in deze Kamer?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ja, maar u vergeet een cruciale vraag te stellen, namelijk of wij, het geheel overziende, de burgers een stelselherziening kunnen aandoen die zoveel onzekerheden in zich bergt en die zo belangrijk is. Dat is de vraag die over alles heengaat en waarop u ook een antwoord moet geven. Die onzekerheden zijn zo groot dat u de vraag moet stellen: kunnen wij in het kader van zorgvuldigheid en gegeven de politieke situatie waarin het vertrouwen in de democratie enorm aan het slinken is, het burgers aandoen om op 1 januari zo'n pakket in te voeren, ondanks alle bezwaren die eraan kleven en die wij zelf formuleren? Met al uw technische redeneringen loopt u daaraan voorbij.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Daar ben ik helemaal niet aan voorbijgegaan. Zet het eens op een rijtje en wees bereid daar met mij over te discussiëren. Wij hebben de negatieve optie ingebracht en die is overgenomen. Dat betekent dat er per 1 januari aanstaande geen onverzekerde extra bij komt. De heer Hamel heeft daar wel wat kritiek op uitgeoefend, maar een feit is toch dat per 1 januari aanstaande alle verzekerden een op een kunnen overgaan naar het nieuwe stelsel. Dat was een hoofdpunt en daar was het ons om begonnen in het debat in juni.

Van Leeuwen

Bleef in dit kader over de problematiek van de onverzekerden. Ik heb u daar nooit eerder over gehoord, maar die zijn er in het huidige stelsel ook. Nu lopen er ook al honderdduizenden mensen onverzekerd rond. Omdat straks die verzekeringsplicht er komt, probeer ik in een goede dialoog met de minister tot een oplossing van dat probleem te komen.

Hiermee hebben wij een heel complex aan zaken geregeld dat de Zorgverzekeringswet tot een goede invoering kan brengen. Lopende het debat zijn er verder heel wat andere punten ook opgelost.

U had het over de Zorgtoeslagwet. Ook in juni ben ik er uitermate kritisch over geweest. Ik heb al mijn grote waardering uitgesproken voor het boekje dat er nu ligt en ik hoop dat u dat net als ik bladzijde voor bladzijde zal lezen. Omdat ik het al heb gedaan, heb ik enkele toelichtingen genoemd die wat gewijzigd zouden moeten worden omdat die niet helemaal duidelijk zijn. In ieder geval ligt dat boekje er en dat is een goed uitgangspunt. Alleen, deze operatie is inderdaad bijzonder ingewikkeld en daarom vraag ik de minister – natuurlijk mede gelet op de onrust onder de bevolking en op alle brieven die wij hebben ontvangen – nog eens te bezien of bepaalde groepen toch niet over het hoofd zijn gezien. Het gaat mij om groepen en niet om individuele situaties, zoals ik ook in de uitgangstelling van het CDA heb aangegeven. Ik vind dat ik dan helemaal niet potsierlijk bezig ben, maar gewoon doe wat ik in een debat als dit behoort te doen!

Mevrouw de voorzitter. In de schriftelijke inbreng is de CDA-fractie niet zonder reden uitvoerig ingegaan op de problematiek rond de vrijwillige verzekering AWBZ. De juridische procedures zijn al aangekondigd en wij vrezen dat deze wel eens effect kunnen sorteren. Voor alle duidelijkheid, de huidige verplichte AWBZ-verzekerden in het woonland zijn bewust buiten beschouwing gelaten, juist omdat zij ook gebruik kunnen maken van de AWBZ-restitutieregelingen. De drie genoemde argumenten om tot beëindiging van de vrijwillige verzekering over te gaan – de fraudegevoeligheid, ruimhartige toepassing door het ontbreken van goede controle in het buitenland en de onevenwichtige verhouding tussen premieopbrengst en uitgaven – spreken de CDA-fractie niet zo aan. Deze problemen zijn reeds geduid bij de invoering en zijn ook uitvoerig aan de orde geweest, zodat deze thans dus niet als argument kunnen worden gebruikt. Bovendien kan hieraan iets worden gedaan en gaat het om een aflopende zaak. Daarom wil de CDA-fractie nogmaals aandringen op een vorm van overgangsrecht anders dan voor degenen die nu reeds gebruikmaken van de regeling en derhalve van de noodzakelijke voorzieningen. Elke variant is voor ons bespreekbaar, temeer omdat financiële overwegingen geen rol spelen. Bij terugkeer naar Nederland, die door ons als zeer belastend wordt gezien voor degenen die AWBZ-zorg nodig hebben, kunnen deze repatrianten immers alle aanspraken tot gelding maken. Waarom deze dan niet in enigerlei vorm gehandhaafd voor deze beperkte groep in het buitenland, die mede door de overheid is "verleid" tot deze vrijwillige verzekering en zich derhalve van hun eigen verantwoordelijkheid bewust is geweest?

Ik kom vervolgens op het derde onderdeel van onze gezamenlijke motie, de motie-Swenker, te weten de no-claimproblematiek. Naar ons gevoel voldoet de ons nu gezonden notitie – waarvoor overigens ook de CDA-fractie de minister zeer erkentelijk is – niet geheel

aan de verwachtingen. Een standpuntbepaling ontbreekt immers nog, maar collega Schouw zal aan de uitvoering van dit deel van de motie ongetwijfeld nog uitvoerig aandacht besteden.

Met stomme verbazing hebben wij in de tweede voortgangsrapportage de informatie over de voorlichtingscampagne gelezen en met name de door de Rijksvoorlichtingsdienst gemeten effecten, in het bijzonder de mededeling dat de boodschap goed is overgekomen. Uit de vele, vele reacties uit het land hebben wij een heel ander gevoel overgehouden. Als de Rijksvoorlichtingsdienst metterdaad standaard de effecten van alle campagnes onderzoekt, dan rijst toch de vraag, mede gelet op de uitkomsten van de Europa-campagne en de nu bekende reacties daarop, of er wel sprake is van een goede methode. In ieder geval doet de CDA-fractie – en daarbij willen wij het laten – een dringend beroep op de minister alle verdere activiteiten gericht op bijzondere doelgroepen vooraf door een panel uit deze doelgroepen te laten beoordelen.

Over de stand van zaken rond de uitvoering door de Belastingdienst hebben wij vooralsnog weinig vernomen. Wij vragen de staatssecretaris van Financiën ons hierin een goed inzicht te geven, ook in de eventueel te verwachten problemen. Gelet op het feit dat de verzekeraars eerst in december de definitieve premies gaan vaststellen, betekent dit dat voor de rekenpremie zal worden uitgegaan van aannames. Hoe en wanneer zal dit worden gecompenseerd en op welke wijze zal hierover worden gecommuniceerd? Wordt gemonitord of door kwetsbare groepen gebruik wordt gemaakt van de zorgtoeslag, dit ter voorbereiding van een eventuele automatische uitkering bij een grote onderbenutting?

Mevrouw de voorzitter. De CDA-fractie heeft duidelijk een aantal onderwerpen aangedragen die haar nog zorgen baren, met de bedoeling om in een goede dialoog met de minister en de staatssecretaris toereikende oplossingen te vinden. Wij behouden in ieder geval goede herinneringen aan het debat van 7 juni jongstleden.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Vandaag discussiëren wij met de minister van VWS over de Invoerings- en Aanpassingswet en kan definitief worden bepaald dat op 1 januari 2006 de nieuwe Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag in werking treden, maar kan overigens ook duidelijk worden dat invoering nu een onzekere sprong in het duister zal zijn. Tijdens de discussie in de Eerste Kamer in juni heb ik mijn bezorgdheid geuit over de haalbaarheid van deze datum en over de mogelijkheid dat er chaos en onzekerheid zullen ontstaan. Sinds juni is mijn bezorgdheid er niet minder op geworden en, gelet op alle onrust in de maatschappij, denken miljoenen mensen er net zo over.

Drie weken geleden werd in deze Kamer een unaniem door de Tweede Kamer aangenomen wet tegen het smeergeld betalen op kosten van de schatkist door CDA en VVD om zeep geholpen, met als argument dat er onvoldoende duidelijkheid was over de rechtsbescherming van de (met het smeergeld in verband gebrachte) belastingplichtige. Het heeft mij verbaasd dat deze partijen zoveel zorg tentoonspreidden voor een kleine en wellicht niet al te fijne groep burgers, terwijl zij tot nu toe

Slagter-Roukema

niet in staat zijn geweest om met het oog op de Zorgverzekeringswet rechtsbescherming en vooral ook zekerheid voor de burger te scheppen. Ik roep mijn medesenatoren vandaag dan ook op om oog en oor te hebben voor de vele losse eindjes die er nog steeds zijn, de risico's die gelopen worden als nu al tot uitvoering wordt overgegaan en vooral te letten op de vele vragen die nog in de samenleving leven. Ik ben namelijk bang dat een "ja" van ons vandaag een "o jé" in de samenleving zal betekenen.

Mevrouw Van Leeuwen heeft in juni gezegd dat zij zich liever kapot vecht voor een goede wet. Dat deel ik volledig met haar en ik denk dat dit voor iedereen hier in de zaal geldt. Maar, zo vraag ik haar dan maar op de vrouw af, kan zij zich met mij ook vinden in het volgende – ik gebruik nu haar terminologie –: wij moeten ook hoe dan ook voorkomen dat wij ons straks kapot schamen voor een slechte wet! Laten wij ons vandaag dan ook extra bewust zijn van de verantwoordelijkheid die op onze schouders rust.

Tot afgelopen zaterdag hebben wij brieven, rapporten, (voortgangs)rapportages, overzichten, kostenplaatjes en herziene kostenplaatjes van het ministerie ontvangen om geïnformeerd te blijven over de voortgang van de Zorgverzekeringswet. Het is een hele klus geweest, alweer, om alles door te ploegen en te begrijpen en weer te constateren dat er nog steeds nieuwe feiten boven komen die nog onvoldoende doordacht zijn op hun consequenties. Ik vraag mij dan ook af of er überhaupt in ons land één mens te vinden is die alles over de wet weet en dat dan ook nog kan overzien. Dit feit alleen al geeft aan dat het ten enenmale onmogelijk zal zijn om de gewone man en vrouw, die wel straks met de nieuwe zorgverzekering te maken zullen hebben, adequaat voor te lichten. De 30.000 telefoontjes per dag die de belastingtelefoon de eerste drie weken al verwerkte, zijn daar ook een omineus teken van, net als de noodsignalen die worden uitgezonden door de grootste ouderenorganisatie in ons land, de Katholieke Bond van Ouderen die spreekt van een ondeugdelijke en onduidelijke wet.

De minister heeft ons in zijn tweede voortgangsrapportage op de hoogte gesteld van alle inspanningen die hij doet om de burger adequaat voor te lichten. Ik ben blij dat hij heeft ingezien dat er nog heel wat moet gebeuren en dat er ook kritisch is gekeken naar de eerste ronde die meer vragen bleek op te roepen dan te beantwoorden. Kan hij inzicht geven in de aantallen mensen, zowel bij de belastingtelefoon als bij het ministerie zelf en bij de zorgverzekeraars, die nu fulltime bezig zijn met de voorlichting? Hoe hoog zijn de kosten die hiermee zijn gemoeid en denkt hij uit te komen met het hiervoor bestemde budget?

Ik heb gehoord dat met name ook de ouderenbonden overstelpt worden met telefoontjes van ongeruste ouderen. Volgens mij snappen oudere mensen heel goed dat er wat op het spel staat. Wat doet de minister om met name ook in overleg met de ouderenbonden deze groep goed en begrijpelijk voor te lichten?

De minister geeft aan dat nu de fase van benadering van specifieke doelgroepen is aangebroken. Hoe doet hij dat bij allochtonen en bij de nu al onverzekerden, de groep waar tijdens alle discussie al veel naar is verwezen? Ons inziens is nog geen afdoend antwoord gegeven op de vraag hoe deze onzichtbare groep bereikt wordt en de noodzaak om te voorkomen dat deze groep alleen maar groter wordt.

Het eerste probleem is de groep nu al onverzekerden, het tweede probleem wordt de groep die niet beseft dat ze zich zelf moet verzekeren en een derde groep wordt de groep die door welke reden dan ook betalingsachterstand oploopt en dan uit de verzekering gewipt wordt die ze eerst via de negatieve optie wel hadden. In die zin kan ik mij goed vinden in het voorstel van het CDA om daar een beter overleg over te voeren. Met organisaties als Divosa, VNG en ook de KNMG zijn wij van mening dat alles op alles gezet moet worden om te voorkomen dat de groep groter wordt en dat mensen tussen wal en schip vallen. Is de werkgroep onverzekerden al operationeel – daar werd in de voortgangsrapportage van gerept – en participeren hierin naast mensen van VWS, SZW, CVZ en ZN ook vertegenwoordigers van genoemde organisaties? Wat is de opdracht van de werkgroep en wordt conform een verzoek van het CDA een vangnet gecreëerd? Ik heb begrepen dat er besprekingen zijn geweest tussen de minister en een beperkt deel van deze Kamer – ik was daar ook graag bij aanwezig geweest – waar de nodige honderden miljoenen over tafel zijn gegaan. Collega Van Leeuwen heeft in haar bijdrage al vragen gesteld over deze risicopot en verhaalde ook over haar miljoenenjacht in de Staatscourant. Zij heeft ook aangegeven waaraan de veroverde miljoenen haars inziens zouden moeten worden besteed. Ik citeer uit haar bijdrage: losse eindjes die zich bepaald nog zullen aandienen, reeds gesignaleerde onbegrijpelijke uitkomsten, ook anders onvoorziene knelpunten die naar de mening van het CDA zeker ook nog zullen worden gesignaleerd. Met collega Van der Lans vraag ik mij dan af waar wij hier mee bezig zijn. Met geld alleen kan toch niet alles worden gerepareerd? Denk maar aan alle immateriële schade! Het heeft mij ook zeer verbaasd dat ik gisteren op teletekst kon lezen dat het kabinet niet onwelwillend staat tegenover deze suggestie van het CDA! Ik hoop dat collega Van Leeuwen mij kan vertellen waarom zij niet voor de koninklijke weg heeft gekozen en wel via de commissie VWS. Zo langzamerhand heb ook ik enige ervaring in dit huis, maar deze gang kende ik nog niet!

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik begrijp niet wat u bedoelt! In mijn eerste schriftelijke inbreng staat duidelijk mijn verzoek om een substantiële risicopot! Wat is daar mis mee?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Daar is op zich niets mee, maar wel in die zin dat u net zei dat er nog zoveel onvoorziens is. Als je dat vindt, aan welke sprong in het duister beginnen wij dan?

Mijn procedurele punt is dat het kennelijk mogelijk is voor een voorzitter van een commissie om in overleg met het ministerie geld vrij te spelen en dat het kabinet daar al toezeggingen over heeft gedaan, terwijl de commissie daar geen algemeen standpunt over heeft ingenomen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat vind ik een wat wonderlijke opmerking. U weet het blijkbaar al wel, maar ik niet en dat de kranten van alles suggereren, daar kan ik niets aan doen. Ik heb inderdaad vastgehouden aan die eerste schriftelijke inbreng en dat werd mij ook gevraagd in dat interview met de Staatscourant, maar de discussie daarover moet nog komen. Tot mijn grote verwondering heb ik vanmorgen in Trouw gelezen dat uit

Slagter-Roukema

kringen van de Tweede Kamer is verteld wat het antwoord van de minister zou zijn. U hebt mij er niet over gehoord en ik kan u met de hand op het hart verzekeren dat ik er nog niets over weet. Wij zijn nu bezig met het debat in een open dialoog met de minister!

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben in ieder geval blij met uw toelichting en dan zullen wij gezamenlijk de koninklijke weg bewandelen en het antwoord van de minister afwachten!

Ik vind overigens dat de minister tot nu toe onvoldoende serieus geluisterd heeft naar het probleem dat met name Divosa en de VNG hebben aangedragen, namelijk dat mensen aan de onderrand van de samenleving in financiële problemen zullen komen door de hoge nominale premie, doordat zijzelf kiezen voor een hoog eigen risico of doordat zij de zorgtoeslag op voorhand gaan consumeren. De minister praat er omheen als hij op bladzijde 3 van de memorie van antwoord stelt: "Situaties waarin bijstandsgerechtigden vanwege hoge medische kosten in financiële problemen geraken doordat zij niet verzekerd zijn, kunnen worden aange merkt als tekortschietend besef van de betrokkenen voor de verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan." Als dat al zo is – ik denk zelf dat er allerlei andere redenen zijn te bedenken waarom mensen in financiële problemen kunnen raken – dan nog is én geen serieus antwoord gegeven op de vraag wie er ten finale verantwoordelijk voor is dat mensen niet door de bodem van het bestaan zakken, én niet op de terechtte vragen van Divosa en VNG hoe hiermee om te gaan, waarbij de vraag naar financiële tegemoetkoming voor gemeenten, die een toenemend beroep op de bijzondere bijstand voorzien, er nog maar één is.

In tegenstelling tot de minister kan ik vanuit mijn eigen ervaring – die deel ik met heel veel mensen – melden dat niet iedereen in staat is de eigen financiële situatie en gezondheidsrisico naar behoren in te schatten. Als men een probleem ontkent, zoals de minister doet, betekent het nog niet dat het er niet is. Ik zou daarom graag een serieus antwoord van de minister willen op mijn ook serieuze zorgen.

Ook voor zorgaanbieders zal de toename van het aantal onverzekerden problemen met zich brengen. De minister vermeldt dat eerstelijnszorgaanbieders bij oninbare rekeningen voor kosten van medisch noodzakelijke zorg die aan illegalen is verleend een beroep kunnen doen op de stichting Koppeling. Geldt dat ook voor oninbare rekeningen van onverzekerden, want dat zijn toch niet precies dezelfde groepen? Overigens acht ik zelf de kans dat onverzekerden geen of te laat een beroep op medische zorg doen minstens zo groot en daarbij gevaarlijk voor de volksgezondheid. Wat vindt de minister daarvan? Ik denk maar aan mensen die doorlopen met tbc of andere besmettelijke de volksgezondheid bedreigende aandoeningen.

Ik ga nu over tot de verzekerden en de verschillende manieren waarop hun invloed en positie in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel geregeld zijn. Over de vrije artskeuze is al heel wat te doen geweest. Uit de bijdrage van collega Van Leeuwen heb ik begrepen dat zij tevreden is met de exegese van de minister in de memorie van antwoord van de motie-Swenker c.s., waarin de regering onder andere werd verzocht om de vrije artskeuze voor patiënten te garanderen zonder

extra premiebetalingen, hetgeen impliceerde dat men uit zou moeten gaan van restitutiepolissen als norm met alle gevolgen voor de berekening van de normpremie en de hoogte van de zorgtoeslag. In het voorlopig verslag, maar ook net in haar bijdrage, gaf mevrouw Van Leeuwen aan dat de minister het CDA-standpunt zoals verwoord in de motie niet heeft overgenomen. Is de minister van mening dat de vrije artskeuze door zijn uitleg voldoende gewaarborgd is? Hoe kan hij toezeggen dat hij artikel 12 zal gebruiken als blijkt dat er onvoldoende zorgaanbieders worden gecontracteerd en daarbij tegelijkertijd toegeeft dat dat eigenlijk niet kan, omdat hij private zorgverzekeraars niet kan dwingen? Overigens mis ik in het hele verhaal nog de notie dat er zorgaanbieders zullen zijn, die er zelf voor kiezen niet gecontracteerd te worden, omdat dat voor henzelf minder rompslomp betekent, waardoor vrije artskeuze toch een farce kan blijken te zijn. Het is ook mogelijk dat zorgaanbieders zorgverzekeraars verhinderen breed te contracteren. Wat vindt de minister daarvan? Is het inzetten van artikel 12 hiervoor ook mogelijk?

De minister heeft een bedrag van 7 mln. toegezegd dat via het fonds PGO verdeeld kan worden ter versterking van de patiënten- en consumentenorganisaties. Vanmorgen kreeg ik een brief onder ogen van de Samenwerkende Ouderenorganisaties die mij vragen om er bij de minister op aan te dringen duidelijkheid te verschaffen over de wijze waarop het fonds PGO deze middelen gaat toewijzen aan de PGO-organisaties. Hoe verhoudt deze toewijzing zich bijvoorbeeld tot de functiegerichte financieringssysteem die het fonds PGO wil gaan uitvoeren?

Ook heeft de minister ZN gevraagd hoe verzekeraars de verplichting zullen gaan invullen om verzekerden een redelijke mate van invloed op hun beleid te geven. Hij heeft de indruk dat zorgverzekeraars er werk van maken en zegt op dit moment geen nadere regels te willen stellen. Wij betreuren dat want hij vermeldt ook dat ziekenfondsen in het verleden de ervaring hadden dat het vaak lastig is om verzekerden te enthousiasmeren om zitting te nemen in ledenraden. Dat pleit er mijns inziens voor om juist wel regels te stellen, omdat dat zowel voor verzekerden als voor verzekeraars een steun in de rug kan zijn om enerzijds een positie op te eisen en anderzijds te benadrukken dat er van vrijblijvendheid geen sprake kan zijn. Misschien dat verzekerden tot nu toe het gevoel hadden toch niet serieus genomen te worden en dat kan met regelgeving juist voorkomen worden. Wij hebben overigens met instemming gezien dat de minister werk maakt van de ontwikkeling van de consumentenwet, waarin de bepalingen in de verschillende wetten worden gebundeld die de rechtspositie van de patiënt en/of consument betreffen. Wij zien wat dat betreft uit naar de derde voortgangsrapportage.

Voorzitter. Ik kom bij de verzekeraars en de resultaten van de monitor door PricewaterhouseCoopers verricht. Wij zijn blij dat de minister deze onafhankelijke audit, die mede op verzoek van de SP tot stand is gekomen, heeft laten verrichten, maar zijn echter niet gerustgesteld door de uitkomsten en delen de conclusie dat, gelet op de kwalitatief hoogstaande voorbereiding, verantwoorde invoering van de Zorgverzekeringswet mogelijk moet zijn per 1 januari absoluut niet. Wat betekent het nu precies dat bij 18% van de zorgverzekeraars – om hoeveel verzekerden gaat het dan ongeveer die de dupe zouden kunnen worden? – de code oranje van toepassing is als

Slagter-Roukema

het gaat om de IT-systemen? Ik ken geen stoplicht dat na oranje op groen springt, de minister wel? Als er kans is dat de systemen niet in orde zijn – en dat kan haast niet anders; ik heb ook ruime ervaring met IT-systemen die op tijd klaar zouden moeten zijn – dan lijkt mij de uitspraak van de minister een geval van wishful thinking. Ik heb in dezen dan ook dezelfde vragen als de CDA-fractie. Het commentaar van de minister op het rapport doorlezend, is het eens te meer weer treffend hoe hij verzekeraars vertrouwt op hun uitspraken, hoe serieus hij ze neemt en hoe weinig van dat alles blijkt als je ziet hoe er met de rest van de spelers in het veld – de burgers en de zorgaanbieders – wordt omgegaan. Hoe staat het met de IT van de zorgaanbieders? Heeft de minister daar ook onderzoek naar verricht? Hoe klaar zijn zij ervoor en hoe klaar zijn de burgers? Dit geldt zeker ook voor de modelovereenkomst en de daarop geënte modelpolissen. Klopt het dat er nog geen enkele modelpolis van een zorgverzekeraar is goedgekeurd door het CTZ? Hoeveel tijd rest hier nog voor? Het lijkt mij sowieso een illusie te denken dat er begin november al polissen zijn in te zien. Dat betekent dat burgers nog lang in onzekerheid zullen blijven over wat er straks te kiezen valt en wat ze ervoor moeten betalen. Ik verwacht overigens nog heel wat gedoe tussen CTZ, CVZ en zorgverzekeraars als het gaat om de manier waarop verzekerde prestaties functioneel worden omschreven. Voor gedoe is helemaal geen tijd meer en dat houdt het risico in dat er onduidelijke en onzorgvuldige polissen op de markt verschijnen, die vervolgens weer allerlei procedures bij geschillen commissies zullen veroorzaken. Hoe ziet de minister dat?

Als zorgaanbieder, als huisarts ben ik nog niet benaderd door zorgverzekeraars met een contract voor 2006. Verwacht de minister dat zorgverzekeraars met ingang van 2006 de onderliggende contracten voor de natura- en restitutiepolicen die ze dan wel al aanbieden, ook al gesloten hebben? Waarop baseert de minister overigens zijn mening dat zorgaanbieders ten opzichte van zorgverzekeraars een sterke uitgangspositie hebben bij onderhandelingen? Mijn ervaring is dat veeleer het omgekeerde het geval is. Fysiotherapeuten bijvoorbeeld denken er over het algemeen ook anders over.

Een ander onderwerp waarover wij in juni ook uitgebreid spraken en waarover de afgelopen maanden ook druk vergaderd is, is privacy en de waarborging van het medisch beroepsgeheim. Wij zijn blij dat de minister de bezwaren die zeker ook door de fractie van de SP naar voren zijn gebracht, zo serieus heeft genomen en heeft toegezegd om met een ministeriële regeling te komen ter aanvulling op artikel 87 van de Zorgverzekeringswet. We betreuren het wel dat de tekst ondanks toezeggingen vandaag niet voorligt, zodat ook nog niet valt in te schatten hoe het commitment van de uitvoerende partijen zal zijn. Mevrouw Van Leeuwen wees hier ook al op. Zolang de formulering van de regeling en de beoordeling ervan door de professionals niet bekend is, verwacht ik dat de professionals zich, evenals bij de uitvoering van de huidige Ziekenfondswet, zullen laten leiden door de eed van Hippocrates en de WGBO, waarin het beroepsgeheim de privacy van de patiënt waarborgt. Ik verschil van mening met de minister over de vraag of dit in het verleden niet goed geregeld was. Wij hadden in het verleden immers goede ankerpunten. Deze constatering is niet als dreiging bedoeld, maar wel als een oprechte uitnodiging aan de minister om haast te maken met de ministeriële regeling

en oog te hebben voor de zorgen die heersen bij de zorgaanbieders. Voor artsen is het beroepsgeheim heilig en het startpunt bij de ontmoeting met iedere patiënt.

Voor mijzelf is overigens het hele gedoe rondom privacy en beroepsgeheim een van vele voorbeelden die aantonen dat zorg zich niet leent voor marktdenken en marktprincipes. In dit geval gaat het om het ten behoeve van fraudebestrijding te grabbel gooien van de meest intieme informatie over mensen, waarmee anderen vervolgens ondanks Chinese muren, die mijns inziens net zo virtueel kunnen zijn en sterk als menige firewall, aan de haal kunnen gaan. Het zal u niet verbazen dat ik deze ontwikkeling afwijst. Op grond van welke argumenten acht de minister het noodzakelijk en aanvaardbaar dat met ingang van 1 januari 2006 dbc-prestatiebeschrijvingen onder vermelding van de volledige dbc-code op de nota aan de zorgverzekeraar worden vermeld? Geldt dit overigens alleen voor de dbc's uit het vrij onderhandelbare B-segment of ook voor die uit het A-segment? Op welke manier wordt vormgegeven aan de geheimhoudingsplicht van alle medewerkers van zorgverzekeraars? Hebben zij een beroepscode, leggen zij een eed of gelofte af?

De minister meldt ergens dat onderzoek naar versleuteling van de dbc's wordt verricht door het SIV en dat daar in oktober over wordt gerapporteerd. Wat is precies het SIV? Mevrouw Van Leeuwen gaf er een andere naam aan, zij had het volgens mij over "het IVF" of iets in die geest en zei dat daarover in oktober wordt gerapporteerd. Ik ben benieuwd naar wat voor instantie daar nu weer achter staat, ik had er niet eerder van gehoord. Hoe reëel acht de minister de kans dat vanaf 1 januari 2006 het BSN operationeel is? Daarbij gaat het natuurlijk ook over de noodzakelijke ICT-aanpassingen. En wanneer baart de commissie-Korthals Altes nu eindelijk het voorstel voor een maatschappelijk aanvaardbaar uurtarief voor specialisten? Dat zou toch al in juni bekend zijn?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Voordat mevrouw Slagter er iets achter zoekt, in mijn tekst staat "Stichting Informatie Voorziening". Ik zie inderdaad dat daar tussen haakjes iets anders is neergezet. Dat is de terminologie. Ik heb dit gewoon uit de stukken, dus zoekt u er niets achter.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat deed ik helemaal niet, hoor. Ik denk dat wij gezamenlijk wel via een IVF-methode tot het juiste antwoord komen, maar nu nog het antwoord van de minister.

We ontvingen onlangs het rapport dat het onderzoek beschrijft naar alternatieven voor no claim en eigen risico, een ander punt dat in de motie-Swenker c.s. werd genoemd. Mijn conclusie is dat het hoe dan ook ingewikkeld is om wijzigingen in te voeren en dat het dan misschien maar het beste is om de evaluaties af te wachten. Met één uitzondering mijns inziens en dat is het verschil tussen wat wel en niet valt onder no claim en eventueel eigen risico. Zelfs de zorgverzekeraars hebben hier veel moeite mee en wijzen ook op het probleem hoe een eigen risico met een restitutiepolicen is te verrekenen. Is de minister nog van plan wat aan dit verschil te doen? Mijn voorstel zou zijn om in ieder geval huisartsenzorg in zijn totaliteit niet onder het eigen risico te laten vallen, zoals ook bij de no claim het geval is. Dit zal de duidelijkheid zeker ten goede komen.

Slagter-Roukema

Graag zou ik willen dat de minister nog eens uitlegde hoe het nu zit met de AWBZ-premie. Ik snap het namelijk niet. In de brochure van VWS "Ziektekostenverzekeringen in Nederland, het nieuwe Zorgverzekeringsstelsel" staat dat iedereen die van rechtswege AWBZ-verzekerd is, verplicht is een zorgverzekering af te sluiten. Als toelichting staat daarbij dat het gaat om degenen die legaal in Nederland wonen of in het buitenland wonen en in Nederland werken en aan de loonbelasting onderworpen zijn. Bij de toelichting op de AWBZ staat evenwel dat alle ingezetenen van Nederland van rechtswege verzekerd zijn en niet-ingezetenen die aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen, met name grensarbeiders en expatriates. In de discussie in de Tweede Kamer is echter genoemd dat Nederlanders in het buitenland met AOW- en/of pensioen- of WAO-uitkering ook verplicht onder de basisverzekering vallen: zij betalen het CVZ de premie voor zorg in het woonland en het CVZ int ook de inkomensafhankelijke premie. Het CVZ betaalt de rekeningen van buitenlandse ziekenhuizen en huisartsen als het EU-landen of de verdragslanden Turkije en Marokko betreft. Zijn deze mensen ook AWBZ-premieplichtig en betalen zij daarmee voor iets waar zij vervolgens geen recht op hebben, want de aanspraken hierop vervallen toch per 1 januari 2006? Hebben deze mensen ook recht op de zorgtoeslag?

Voorzitter, ik kom tot een afronding. De haast om tot invoering op 1 januari te komen lijkt meer met prestige en electorale overwegingen te maken te hebben dan met het nastreven van goed beleid. Dat is op zich al kwalijk. Het is echter extra kwalijk omdat het hierbij om de grootste hervorming van het zorgstelsel gaat. Het is helemaal kwalijk omdat het gebeurt op een moment dat het vertrouwen in de regering historisch laag is en buiten het parlement een overgrote meerderheid van de mensen plus de uitvoerders tegen of op z'n minst vreselijk sceptisch is. Als de invoering mislukt, wordt er geweldig veel voedsel gegeven aan de opvatting dat regering en parlement maar doen, zonder rekening te houden met de bevolking. Daarmee gokt de regering met onze democratie. De mededeling van deze minister dat hij vertrekt als het fout gaat, is weliswaar stoere taal, maar wat kopen wij ervoor als hij als erfenis een chaotische toestand achterlaat en daarmee bewerkstelligt dat de burgers nog minder vertrouwen in de politiek hebben? Wij vinden dat de senaat vandaag gewoon zijn werk moet doen: beoordelen of met de aanname van de Invoerings- en Aanpassingswet de Zorgverzekeringswet gereed is voor uitvoering. Voor deze beoordeling moeten nog veel vragen beantwoord worden, door mijn collega's en mijzelf gesteld. Maar ook als alle losse eindjes vandaag worden vastgeknoopt, blijft het nog broddelwerk. Ik weet dat ik hierin niet alleen sta en dat mijn mening gedeeld wordt door heel veel maatschappelijke en beroeps- en brancheorganisaties, waar heel veel verstandige mensen zitten. Het blijft voor mij heel dan ook erg moeilijk dat wij daar geen rekening mee houden. Wij zijn er voor de burgers, ook als Eerste Kamer. Wij wachten de beantwoording van de minister af.

De vergadering wordt van 12.16 uur tot 12.23 uur geschorst.

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik voer het

woord mede namens de ChristenUnie. Het is vandaag kil in deze zaal. Wellicht is dat een strategie van u. Een aantal woordvoerders hebben al een leeuwendeel voor hun rekening genomen en moesten hun geest helder houden. Het is dan heel belangrijk dat het koel is. Ik begrijp dat u nu heel hard aan het stoken bent om, straks als ik klaar ben, de heer Van der Lans wat slaperig te maken.

Laat ik beginnen met een terugblik. Dit wetsvoorstel is een belangrijke stap op weg naar de herziening van ons zorgstelsel. Het is ook een bijzondere stap. In honderd jaar is het niet gelukt om één wet tegen ziektekosten voor alle Nederlanders te realiseren. Toen de bekende AR-voorman dr. Abraham Kuyper minister-president was, van 1901 tot 1904, werd het eerste ontwerp voor een wet tegen gevolgen van ziekte, zowel loonderving als ziektekosten, ingediend. Er zijn in die honderd jaar veel pogingen gedaan om te komen tot een algemene ziektekostenwet voor iedereen. De Ziekenfondswet kwam er op 13 oktober 1964, toen de Eerste Kamer hiervoor het groene licht gaf. Het duurde echter tot 1966 voordat deze werd ingevoerd. In dat spanningsveld opereren wij vandaag. Ook daarna zijn er verschillende pogingen geweest om tot een algemene ziektekostenwet te komen voor iedereen. Een interessante analyse van een parlementaire commissie in 1994 toonde aan dat dit telkens niet lukte omdat de politieke tegenstellingen te groot waren en de belangen van de verschillende actoren te divers; zij konden elkaar gewoon niet vinden. De vraag is waarom het nu wel lukt. Is er een verschuiving opgetreden in het politieke denken van de hoofdstromingen? Zijn de verschillende actoren het nu eens over deze wet? Laat één ding duidelijk zijn: onze fracties vinden het op zich een goede zaak dat er één Zorgverzekeringswet komt voor alle Nederlanders, waarbij nadrukkelijk rekening is gehouden met gemoedsbezwaarden, mensen met principiële bezwaren tegen verzekeringen. Dezen moeten wij niet verwarren met mensen die als zij zorg nodig hebben, die niet betalen; gemoedsbezwaarden proberen niet op andermans zak te leven. Ik merk dit op omdat wij vandaag ook de andere problematiek behandelen van de niet-verzekerden, om welke reden ook. Deze mensen zullen in dat opzicht nooit problemen geven, voor hen hoeven wij geen risicofonds in het leven te roepen.

Het lijkt erop dat nu een definitief einde wordt gemaakt aan het huidige duale stelsel van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeringen, dat dus de hoofdstructuur van dit publiek-private systeem dat al meer dan zestig jaar bestaat, wordt verlaten. In de loop der jaren is al een aantal grotere en kleinere aanpassingen van het stelsel tot stand gekomen. Een en ander heeft het stelsel niet doorzichtiger gemaakt. De regelgeving en daarmee de uitvoering van dit duale systeem was in de loop der jaren dermate ingewikkeld en ook onrechtvaardig geworden dat alleen een nieuwe wet de ontstane problemen kan oplossen. Een ander punt is dat door de steeds toenemende technologie en de vergrijzing de kosten in de zorg excessief zullen stijgen. En we hebben van de minister begrepen dat naar zijn mening een eenvormige Zorgverzekeringswet deze kosten beter beheersbaar zal maken. Ik hoop dat hij deze bewering nog eens zal onderbouwen.

Uit deze inleiding zal duidelijk zijn dat onze fracties van mening zijn dat het vandaag niet enkel om technische zaken gaat; deze komen erbij, zijn al uitgebreid aan

Van den Berg

de orde geweest, maar het gaat om méér. Dit wetsvoorstel is in ieder geval nodig om tot de beoogde basisverzekering te komen. Wij willen evenwel nogmaals benadrukken dat onze fracties het terrein van de zorg niet beschouwen als een markt. Er is in de zorg allereerst geen sprake van een marktsituatie. Immers, in een marktsituatie heeft de klant keuzemogelijkheden, om maar een voorbeeld te noemen. En daar is hij niet afhankelijk van de aanbieder van het product, terwijl in de zorg de patiënt min of meer afhankelijk is van de deskundigheid van de hulpverlener en niet zo veel, soms zelfs helemaal geen keuzemogelijkheden heeft. In een markt geldt ook dat degene met geld meer kan aanschaffen en meer diensten kan kopen dan mensen zonder geld. In de markt is een contractrelatie uitgangspunt.

Voorzitter, onze fracties kiezen in de zorg op principiële gronden voor een contactrelatie. Wij willen juist in de zorg uitgaan van solidariteit: rijken voor armen, jongeren voor ouderen en gezonden voor zieken. De Bijbel leert ons dit uitgangspunt en dat is heel heilzaam voor een samenleving. Nu vandaag een beslissing moet worden genomen over de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006, is het zaak om te kijken of die solidariteit niet onder spanning staat. De zorgverzekeringsmarkt zal de handen vol hebben aan deze, meest gecompliceerde, periode van zijn bestaan. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden en overheid zullen moeten wennen aan de nieuwe verhoudingen en rollen. Alle betrokkenen zullen in een geheel andere constellatie een nieuwe balans moeten zien te vinden. Ik verwacht dat dat een moeilijke operatie zal zijn die veel tijd en energie zal vergen. Hierdoor laten de voor- en nadelen van toekomstige ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt zich op dit moment nog niet goed tegen elkaar afwegen. Naar onze mening is op dit punt sprake van een spanningsveld. Dat geldt in niet mindere mate voor de risico's van de toekomstige ontwikkelingen. Een poging om te voorspellen hoe de zorgverzekeringsmarkt zich ontwikkelt op het gebied van nieuwe toetreders, polisvarianten, collectieve contracten, aanvullende verzekeringen, service, keuzevrijheid en mobiliteit van verzekerden, is niet mogelijk. Onze fracties willen daarom voor de toekomst wel duidelijk zijn. Wij willen nu nadrukkelijk uitspreken dat uitdunning van het basispakket, doordat zaken naar de aanvullende verzekering gaan en groepen bepaalde noodzakelijke zorg niet meer kunnen krijgen, voor ons niet bespreekbaar is. Wij nodigen de minister nadrukkelijk uit op deze beschouwing in te gaan en aan te geven wat zijn ideeën zijn.

Voorzitter, ik kom te spreken over de kortere termijn. Uit de vele reacties blijkt dat de voorlichting grote groepen niet of nauwelijks bereikt. Wel wordt in de voorlichting van het ministerie van VWS uiteengezet wat er echt gaat veranderen voor de verzekerde. Daarbij wordt gesteld: "verzekeraars mogen u niet weigeren" en "zij mogen ook geen hogere premie vragen als u oud of ziek bent". Verzekerden zijn echter zeer geïnteresseerd in de kosten van de verzekering en de gevolgen voor hun budget, maar daar komen zij nauwelijks achter. Het betreft vooral ouderen en chronisch zieken. Dat probleem wordt versterkt door de telefonische onbereikbaarheid van de Belastingdienst. De betreffende dienst verwijst daarnaast bij vragen over toeslagen en de uitvoering van toeslagen vaak direct door naar de zorgverzekeraars. Ik wijs de bewindslieden erop dat over de te geven

voorlichting toch andere afspraken zijn gemaakt, ook in dit huis. Om de Zorgverzekeringswet op korte termijn in te voeren moeten zaken helder zijn. Is 1 januari wellicht te vroeg voor invoering? Wij horen daarover graag wat toezeggingen van de minister en de staatssecretaris.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik stel mijn collega Van den Berg een huisartsenvraag. Wat vindt hij zelf van de invoeringsdatum? Vindt hij januari te vroeg?

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik heb mijn vraag aan de minister gesteld. Als er geen duidelijke verbetering optreedt in de voorlichting en de benadering, is invoering in januari te vroeg. Het is evenwel goed gebruik in dit huis om eerst de minister aan het woord te laten en ik wacht zijn beantwoording af. Over huisartsen gesproken, toen ik jaren geleden op een eiland burgemeester werd, was er één huisarts. Mijn voorganger waarschuwde mij om uit zijn handen te blijven. Ik heb die waarschuwing altijd ter harte genomen.

Voorzitter. Veel burgers maken zich zorgen over de effecten van de nieuwe wet op hun inkomen. Naast de verhoging van de nominale premie vrezen zij een toename van de eigen betalingen door gebruik van zorg. Voor een deel wordt die vrees veroorzaakt door de bepalingen in de nieuwe wet over no claim en eigen risico, maar voor een ander deel door de verwachting dat bepaalde vormen van zorg nu of te zijner tijd van wettelijke vergoeding worden uitgesloten. Men kan zich hiervoor bijverzekeren aan de hand van een aanvullende verzekering, maar de premies zijn de afgelopen jaren aldoor gestegen en ze vallen niet onder de compensatie in het kader van de wet zorgtoeslag. Hoe kan worden voorkomen dat mensen hiervan gedeprimeerde raken? Op die manier ontstaan weer andere problemen.

Namens de fracties waarvoor ik spreek, vraag ik opnieuw aandacht voor de toegang tot de collectieve arrangementen. Deze zullen naar onze mening massaal worden afgesloten. Met deze contracten kunnen immers premiekortingen tot 10%, het wettelijke maximum, worden bedongen. Voor werkgevers is dat interessant. Door de beoogde administratieve voordelen op zorgkosten en door betere en snellere zorg wordt dat geld terugverdiend. Bovendien kunnen deze regelingen bijdragen aan besparingen op kosten van werkgevers voor verzuim en reïntegratie. In dergelijke situaties is er geen vrije keuze voor de verzekerde, omdat de werkgever de keuze bepaalt voor de zorgverzekeraar. Wordt daarmee niet het stemmen met de voeten beperkt? Een aantal jaren is ingezet op stemmen met de voeten, maar als er te veel contracten worden afgesloten, wordt de rol van de verzekerde uitgehold. De invloed van de verzekerde op het beleid van de zorgverzekeraar wordt op die manier te veel beperkt. Ik pleit daarom voor een veel sterkere regeling. De minister heeft een sterkere positie van de verzekerde toegezegd. Natuurlijk hebben de zorgverzekeraars niet de intentie een ongewenste kruissubsidie tot stand te brengen tussen collectief en niet-collectief verzekerden voor de zorgverzekering, maar het betreft niet de overige verzekeringen en diensten die verzekeraars aanbieden. Wat is de visie van de minister op de beperkte invloed van verzekerden?

Wij vinden het ongewenst dat door collectiviteitskortingen individuele premies worden verhoogd. Ik vraag de minister op welke wijze dat voorkomen kan worden. Prof. Van de Ven wees recent nog op een mogelijk ander

Van den Berg

effect. Hij stelde dat als Nederlanders massaal een korting krijgen door middel van een collectieve verzekering, dit op de een of andere manier gecompenseerd zal moeten worden. Hij wees er daarbij op dat organisaties risicoselectie kunnen toepassen op degenen die lid willen worden van hun collectiviteit. "De collectiviteit doet de selectie en kan kiezen voor gezonde mensen die aantrekkelijk zijn voor de zorgverzekeraar." Beschouwt de minister dit ook als een reëel gevaar voor de nieuwe collectiviteitsmarkt die aan het ontstaan is? Ziet hij mogelijkheden om dit te voorkomen?

In de presentatie van de inkomenseffecten zijn de fiscale gevolgen van de werkgeversvergoeding van de inkomensafhankelijke bijdragen opmerkelijk. Voor werknemers net onder de grens van € 30.000 kan dit effect oplopen tot bijna € 800 extra inkomstenbelasting. Kan de minister dit bevestigen? Wij vragen met name nog aandacht voor de werkende jongeren van 18 tot 23 jaar, de mensen die in de VUT zitten, alsmede voor de mensen met een prepensioen.

Voorzitter. Wanbetalers kunnen na drie maanden worden uitgeschreven. Onze zorg is dat er een behoorlijk aantal wanbetalers c.q. niet-verzekerden zal zijn. Is het mogelijk om een incentive in te voeren opdat verzekeringsmaatschappijen gestimuleerd worden, verzekerden niet direct uit te schrijven?

Ik sluit mij aan bij de vragen van mijn collega over de modelpolissen, waarvan er nog niet een is goedgekeurd. Dat moet toch geweldig ingewikkelde problemen geven? Bij deze ingewikkelde operatie moet er een risicopot zijn om problemen op te lossen.

Ik vraag ook aandacht voor de toezeggingen die zijn gedaan aan de werkgevers met betrekking tot de kostenneutraliteit bij de stelselwijziging. De inkomensafhankelijke zorgpremiestelling in 2006 lijkt voor hen niet lastenneutraal uit te vallen. Is het juist dat het bedrag ruim 1 mld. hoger uitkomt dan gedacht? Wordt dit door het kabinet gecompenseerd met lastenverlichtingen elders? Op welke wijze vindt die plaats en wat gebeurt er in de komende jaren?

De nieuwe zorgwet geeft een nieuwe aanzet om te komen tot een verandering van de filosofie achter de zorg. Wij hebben geen problemen met het uitgangspunt dat er concurrentie is tussen zorgverzekeraars of met de nieuwe rol van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt, onder de voorwaarde dat de invloed van de verzekerden optimaal is geregeld. Wel hebben wij grote bezwaren als de zorg uitsluitend wordt gezien als een product en de patiënten als klanten die bij de zorgproducent inkopen via de zorgverzekeraar. Zorg is van een andere orde. Bij zorg gaat het om handelen vanuit een bewogenheid met de medemens. Zorg heeft spiritualiteit en aandacht nodig. Zorg heeft mensen nodig die zich willen inzetten voor de ander. Onze fracties willen die contactrelatie veilig stellen voor de toekomst. Staat de minister in dit opzicht aan onze kant?

□

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter. Zonder overdrijven kan gesteld worden dat het vandaag alweer een historische dag is voor de toekomst van de zorg in Nederland. Voor het zomerreces sprak deze Kamer uitvoerig over de nieuwe Zorgverzekeringswet. In het debat van toen waren nog veel onduidelijkheden. In het debat van vandaag moet beoordeeld worden of de

gevraagde, noodzakelijke verbeteringen worden doorgevoerd. Voor de fracties van D66 en OSF staan de hoofdlijnen van de Zorgverzekeringswet daarbij niet meer ter discussie; daarover is uitvoerig besproken en besloten in juni. Die hoofdlijnen steunen wij nog steeds ten volle. Er komt een overzichtelijk systeem van een basisverzekering voor iedereen: één stelsel. De zorg in Nederland wint op die manier aan overzichtelijkheid. Zorgverzekeraars en aanbieders moeten gaan concurreren om de gunst van de klant. Daarmee ontstaan meer prikkels voor een betere verhouding tussen prijs en prestatie. Er komt meer greep op de onbeheersbare stijging van de kosten van de zorg. Concurrentie, introductie van marktprikkels, benchmarking en transparantie leiden naar verwachting tot een effectievere manier van werken en tot kostenreductie. Die zijn belangrijk om het zorgstelsel ook in de toekomst betaalbaar te houden. Is daarmee alles koek en ei? Het antwoord daarop luidt: nee. Onze fracties willen nog een aantal kwesties aan het kabinet voorleggen, namelijk de zorgvuldige invoering, de kosten, de ingewikkelde zorgtoeslag, de onverzekerden, de collectieve contracten en de no claim en het eigen risico.

Ik kom allereerst te spreken over de zorgvuldige invoering. Direct na het zomerreces namen de waarschuwingen voor een zorgvuldige invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet onheilspellend toe. "Orkaan Hans" zou verwoestend toeslaan. Met een geweldig geraas zou "Orkaan Hans" op 1 januari 2006 de burger bereiken en met nietsontziende kracht alles veranderen in totale chaos. Wie echter wat nauwkeuriger de memorie van antwoord leest, kan niet anders concluderen dan dat de minister niet uit is op een orkaan. Er wordt juist weinig aan het toeval overgelaten. De meeste risico's zijn benoemd en ingeschat en daarop worden acties ondernomen. Voor een dergelijk doortastende aanpak bij die majeure hervorming hebben onze fracties veel waardering. Die waardering geldt niet alleen voor de minister maar ook voor het kabinet. Afgelopen vrijdag zagen wij minister De Geus vol verve dit verhaal verdedigen. Ook de ambtelijke organisatie verdient waardering. In een paar maanden is een publiekscampagne uit de grond gestampt en is de bedrijfsvoering bij verzekeraars binnenstebuiten gekeerd. Ook uit de duidelijke en complete tweede voortgangsrapportage over de Zorgverzekeringswet van 20 september jongstleden blijkt dat voor gemeenten, gemeten naar de huidige stand van zaken, een zorgvuldige invoering mogelijk is. Eén belangrijk aspect kan echter nog voor buitengewoon veel problemen zorgen, namelijk de soliditeit van de ICT-systemen. Die systemen vormen de backbone van de totale operatie. De bevindingen van een extern adviesbureau ten aanzien van de systemen die verzekeraars gaan gebruiken, baren de fracties van D66 en OSF grote zorgen. De onderzoekers noemen de ICT-systemen de achilleshiel voor de invoering van de Zorgverzekeringswet. De aanpassingen van bijna alle ICT-processen noemen zij complex en risicovol. Het externe adviesbureau komt dan ook tot de erg zuinige conclusie dat een verantwoorde invoering niet onhaalbaar is. Over dat zinnetje is nagedacht! Daarmee lijkt het professionele bureau zich te willen indekken. Al met al zijn de vooruitzichten voor een rimpelloze invoering niet goed. Dat is zorgelijk, omdat een soepele invoering van de Zorgverzekeringswet staat of valt met de werkende ICT-infrastructuur. Kan de minister aangeven wat zijn

Schouw

taxatie is op dit punt? Kan hij garanderen dat de systemen op 1 januari ten volle werken?

Mijn volgende punt betreft de kosten. Naarmate de publiekscampagne meer op stoom komt, komen de mensen met meer vragen. Voor veel mensen zijn de systeemvragen niet interessant, terwijl daarover juist uitgebreid wordt gecommuniceerd. De "ik"-vragen zijn van belang: hoe hoog wordt de premie voor mij, wat komt er in mijn pakket, ga ik er financieel op vooruit of achteruit, hoe zit het met mijn aanvullende polis? Die vragen worden door mensen gesteld. Een groot probleem is dat de antwoorden op die vragen pas half december bekend zijn. Het gevaar bestaat dat er nog twee maanden moet worden doorgemodderd omdat de antwoorden op die "ik"-vragen niet beantwoord worden. Juist die langdurige onzekerheid maakt mensen kwaad. Onze fractie vreest dat hoe meer voorlichting er komt over het systeem, hoe indringender de wat-betekent-dat-voor-mij-vragen worden. Ik vraag de minister of de zorgverzekeraars hun individuele klanten wellicht spoediger dan half december een brief kunnen sturen over de veranderingen van het zorgstelsel. Natuurlijk is nog niet alles duidelijk op dat punt, maar met het inbouwen van een aantal marges wordt al veel bereikt.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): De heer Schouw maakt zich zorgen over de invoeringsdatum vanwege de ICT en de mensen die het allemaal moeten ondergaan. Zijn wij echter niet zelf verantwoordelijk voor die onzekerheid omdat wij het proces tegen de invoeringsdatum aanduwen? Alle onzekerheid hebben wij zelf gecreëerd omdat wij uitgaan van de invoeringsdatum en het gehele bestuurlijke proces daartegenaan duwen. Als die druk van de ketel gaat, komt dat de zorgvuldigheid ten goede. Wij moeten ook zelf de verantwoordelijkheid naar ons toetrekken. Wat vindt de fractie van D66 daarvan?

De heer **Schouw** (D66): U hebt natuurlijk een punt. Als een majeure operatie wordt gestart waarmee veel zaken worden veranderd, dan kost het veel moeite om alles uit te lijnen en te laten landen. De gemakkelijkste oplossing is om de data te verschuiven. Onder druk wordt echter alles vloeibaar en daar kan ook rekening mee worden gehouden. Er mogen daarbij geen onverantwoorde keuzes worden gemaakt door blind te zijn voor de risico's. Uit de totale risico-inventarisatie blijkt eigenlijk maar één pijnpunt, namelijk de ICT. Daar moeten wij goed naar kijken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik luister met verbazing naar hetgeen collega Schouw net heeft betoogd. Enerzijds zegt hij dat langdurige onzekerheid mensen kwaad maakt. Anderzijds zegt hij: laat zorgverzekeraars maar vast een brief sturen waarin ongeveer staat wat de veranderingen inhouden. Met het inbouwen van marges zou al veel bereikt worden. Het gaat er echter juist om dat mensen precies de gevolgen willen weten. Een brief met allerlei marges roept alleen maar meer vragen op. Bij de start van de voorlichtingscampagne bleek ook dat veel zaken onduidelijk waren en tot vragen leidden. Daardoor kwamen veel telefoontjes binnen bij Postbus 51. Het voorstel van de heer Schouw lijkt mij dan ook niet zo goed. Ik stel voor dat hij die twee alinea's beter met elkaar in overeenstemming brengt.

De heer **Schouw** (D66): Naar mijn mening zijn die alinea's wel in overeenstemming met elkaar. Daar kan mevrouw Slagter wel van uitgaan, want ik heb het heel netjes voorbereid. Alleen met overheidscommunicatie over de stelselwijziging komen wij er niet. Dat is een beetje mijn punt. Ik als verzekernemer heb een relatie met mijn verzekeraar. Ik wil eigenlijk dat mijn verzekeraar met mij gaat communiceren over wat de veranderingen voor mij betekenen. Dat geeft de mensen veel meer duidelijkheid. Ik wil de minister vragen de verzekeraars op te roepen, te starten met communiceren met hun individuele klanten over wat zij nu al kunnen meedelen over wat een en ander voor die klanten betekent. Die suggestie doe ik. Als mevrouw Slagter het daarmee niet eens is, is dat buitengewoon jammer.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Moet in die voorlichting in ieder geval de hoogte van de premie staan?

De heer **Schouw** (D66): Het zou fantastisch zijn als dat eerder kan. Uit mijn woorden kunt u proeven dat ik de minister oproep de verzekeraars te vragen of het niet wat eerder kan. Het zou heel fijn als u dat verzoek wilt ondersteunen, mevrouw Slagter, dan kunnen wij enige druk uitoefenen op de verzekeraars om de patiënten meer duidelijkheid te geven. Dat is in het belang van de consument. Ik denk dat dit belang ons verenigt, mevrouw Slagter.

In een poging om tot verheldering te komen, wil ik zo'n marge eens verkennen. Als eerste de nominale premie. Die wordt gemiddeld € 1104 voor een naturapolis. In de schriftelijke voorbereiding heb ik gevraagd of de minister een bovengrens wil aangeven waarbij de gemiddelde poliskosten voor hem nog acceptabel zijn. Uit de memorie van antwoord blijkt dat hij dat niet wil doen. Stel dat er € 1200 uitkomt. Haalt de minister dan losjes zijn schouders op en gaat hij over tot de orde van de dag, of onderneemt hij actie? Welke duidelijkheid kan hij onze fracties, maar ook de mensen in het land, op dit punt geven? Welke marge is voor hem toelaatbaar op dit punt?

De heer **Hamel** (PvdA): Wat bedoelt de heer Schouw met gemiddelde poliskosten? Er kunnen immers polissen van € 1000 bijzitten maar ook van € 1500.

De heer **Schouw** (D66): Ik spreek over de gemiddelde prijs voor de naturapolis.

De heer **Hamel** (PvdA): Spreekt de heer Schouw over de hoogte van sommige polissen of over de hoogte van de gemiddelde polis? De gemiddelde polis bestaat namelijk niet! Een van de problemen in de discussie is dat wij spreken over gemiddelden. Dat kan heel erg opbreken.

De heer **Schouw** (D66): Wij spreken hier al een tijdje over een gemiddelde. Ik houd mij daar even aan vast, mijnheer Hamel.

Overigens zijn wij wel blij met de duidelijkheid die onder anderen Boris Dittrich vorige week bij de algemene politieke beschouwingen kon geven aan studenten. De studenten worden gecompenseerd met een verhoging van de basisbeurs met € 150 per jaar.

Een andere onduidelijkheid betreft de zorgtoeslag. De verwachting is dat ongeveer zes miljoen mensen die toeslag krijgen. Als dat niet goed geregeld wordt, zijn er

Schouw

binnen de kortste keren zes miljoen ontevreden klanten. De staatssecretaris van Financiën is hiervoor verantwoordelijk en de eerste berichten zijn niet zo hoopgevend. Ik heb begrepen dat mensen werden verzocht, een formulier in te vullen en een offerte mee te sturen van een verzekeraar voor een nieuwe polis. En dat terwijl nog niemand een offerte heeft! Wij willen graag weten, hoe dit zo heeft kunnen gebeuren. Door dergelijke fouten ontstaat er buitengewoon veel verwarring. Wij willen ook graag weten of alles nu wel op rolletjes loopt.

Verder willen wij ook graag de vinger aan de pols houden bij de invoering van de zorgtoeslag. Wie drie maanden geen premie betaalt, wordt uitgeschreven, is dan niet verzekerd en daarmee, zo zou men kunnen zeggen, strafbaar. Als de onverzekerde wordt gepakt, moet deze de achterstallige premie betalen en een boete van 130%. Wat gebeurt er als iemand niet kan betalen? Ontstaat er een carrousel van wanbetalers, zoals de gemeenten vrezen? En wat denkt de minister hieraan te doen?

Een probleem dat de fracties van D66 en OSF zwaar op de maag ligt, betreft de onverzekerde mensen. In Amerika is bijna een op de drie mensen onverzekerd. Ik geloof niet dat dit hier zal gebeuren, maar dit probleem mag absoluut niet worden veronachtzaamd. Bovendien zal de financiële schade van niet betaalde premies of niet betaalde zorg worden verhaald op andere verzekerden en dat zet de solidariteit van het stelsel onder druk.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft de afgelopen weken in overleg met DIVOSA drie handreikingen gedaan om de problemen van onverzekerde mensen aan te pakken. Ten eerste moet het zodanig geregeld worden dat automatische inhouding van de zorgpremies van bijstandsgerechtigden mogelijk is. Ten tweede moet de Belastingdienst de premie direct aan de verzekeraar betalen en ten derde moeten de verzekeraars worden verplicht om de betalingsachterstanden te melden bij het Inlichtingenbureau. Dat lijken ons zinnige suggesties. Dankzij een motie van D66 in de Tweede Kamer kunnen mensen er straks voor kiezen om hun zorgtoeslag direct naar hun verzekeraar te laten overmaken. Ook deze maatregel zal zeker bijdragen aan een soepelere invoering.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik heb gisteren de belastingtelefoon gebeld en kreeg na heel veel moeite iemand aan de lijn, die mij zei dat het helemaal niet mogelijk is dat de Belastingdienst de premie direct aan de verzekeraar betaalt. Misschien kan de minister dit punt straks even oppakken en uit de wereld helpen, dan hoef ik het in mijn termijn niet meer naar voren te brengen.

De heer **Schouw** (D66): Dat is dan een punt voor staatssecretaris Wijn. Het goed dat de heer Van der Lans hierop wijst. Ik neem aan dat de Belastingdienst dat wel goed regelt.

Ook zien onze fracties geen bezwaar wanneer de Belastingdienst de zorgtoeslag voor notoire wanbetalers direct overmaakt naar de zorgverzekeraar. Eigen verantwoordelijkheid is een mooi beginsel, maar het kabinet moet op dit punt niet naïef zijn. Sommige mensen kunnen die verantwoordelijkheid gewoon niet aan. Ze willen wel, maar kunnen niet. Dan moet de overheid een beetje daarvoor zorgen.

Wat te doen met de onverzekerden? De reactie in de memorie van antwoord is wat dit betreft wel erg magertjes. Wil de minister toezeggen dat hij constructiever dan tot nu toe het geval is, zal omgaan met de suggesties van VNG en DIVOSA?

De zorgtoeslag in zijn geheel overziend, merk ik op dat het allemaal wel ingewikkeld overkomt: regels, papier en het rondorganiseren van geld. Kan het niet een slagje effectiever? Onze fracties zouden dan ook graag zien dat er een onafhankelijke commissie wordt ingesteld die kritisch kijkt naar de wijze en de effecten van de invoering van de zorgtoeslag, een commissie die halverwege 2006 met een verslag komt van haar bevindingen én van de minister de vrijheid krijgt met adviezen te komen om de effectiviteit van dit beleid te vergroten. Wij verwachten op dit punt een harde toezegging van de minister.

Het sluiten van collectieve contracten is een sympathieke gedachte, maar als we eerlijk zijn, moeten wij constateren dat de uitvoering ervan een beetje ontspoorde, als die al niet uit het spoor is gelopen. Neem bijvoorbeeld het gegeven dat de VNG voornemens is om onder de basisverzekering een collectief contract af te sluiten met één zorgverzekeraar. Alle individuele gemeenten kunnen daaraan deelnemen. Dit is logisch vanuit het perspectief van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, maar zo'n grote speler werpt wel een blokkade op voor een gelijk speelveld. Immers, één contract voor drie jaar met VGZ-IZA houdt concurrentie tegen. Wat vindt de minister hiervan?

Collectieve contracten bevorderen ook dat verzekeraars deze prijzenslag proberen af te weren door onderlinge prijsafspraken te maken. Inmiddels heeft de NMA de verzekeraars al expliciet gewaarschuwd. Weet de minister iets over onderlinge prijsafspraken bij verzekeraars? Zijn het geruchten of zit er een kern van waarheid in? En vindt hij bemoeienis van de NMA op dit punt overdreven of juist wenselijk?

Dan in dit verband nog de onbedoelde kruissubsidies: verliezen op collectieve contracten moeten worden terugverdiend via individuele polissen. Uit de beantwoording van onze desbetreffende vragen kan ik geen andere conclusie trekken dan dat dit probleem behoorlijk zwaar op de maag ligt. Iedereen kent de feiten over de geweldige omvang van de collectieve contracten en de minister spreekt sussende woorden. Dat zegt volgens mij weinig over de omvang van het probleem, maar meer over de durf om het op te lossen. Wat moet er nog meer gebeuren op dit terrein voordat het kabinet tot een daad komt? Ik steun dan ook krachtig de opmerkingen van mevrouw Van Leeuwen en de heer Van den Berg op dit punt. Wij vinden dat het kabinet niet langer kan volstaan met die groei te constateren, er zal iets gedaan moeten worden aan de toename van de collectieve contracten! Zo was het immers nooit bedoeld!

Mijn laatste opmerking betreft de stapeling van eigen risico en no claim. Wij hebben de regering in een eerder debat gevraagd om deze weeffout zo snel mogelijk op te ruimen. Het door ons gevraagde onderzoek is er gekomen, waarvoor dank. De uitvoering van de motie die wij mede hebben ondertekend, stemt onze fracties echter een beetje triest. In plaats van het ons beloofde onderzoek over de mogelijke samenvoeging van de no-claimregeling en het vrijwillige eigen risico hebben we een onderzoek gekregen naar de haalbaarheid van drie zeer ingewikkelde IZA-achtige varianten die allemaal

Schouw

via de Belastingdienst lopen. Het toegezegde onderzoek naar de no claim en het eigen risico bleek bij nader inzien geen onderzoek maar een brief. Wij vinden dat een beetje slapjes van de minister. Aan het eind van die brief concludeert de minister dat hij niet verwacht dat de mogelijkheid tot stapelen van no claim en eigen risico tot problemen leidt. Wij vinden dat een weinig doortastende conclusie. Immers, met dit standpunt lost de minister geen enkel bezwaar op. Met pappen en nathouden zijn de problemen niet van tafel!

Wat zijn die problemen? Er is verwarring vanwege het naast elkaar bestaan van beide regelingen. Vooral de mogelijkheid om beide tegelijk te gebruiken, kan onnodig verwarrend zijn voor de verzekerden. Het is ook overbodig ingewikkeld, vooral omdat niet alle medische kosten die onder het eigen risico vallen, ook onder de no claim vallen. Het zal voor consumenten vaak onbegrijpelijk zijn wanneer het bedrag voor de no claim is opgebruikt en wanneer het eigen risico wordt aangesproken.

De huidige regeling is ook zeer bureaucratisch. Het afwikkelen van de no claim zorgt voor veel extra handelingen en bureaucratie. Als we iets kunnen leren van de gezondheidszorg in de landen om ons heen, is het dat één eigen risico aan de voet een bewezen rem is voor de zorgconsumptie. Dat werkt gewoon! Onze fracties willen dan ook dat de minister heel duidelijk toezegt dat hij méér dan zijn best gaat doen om het huidige systeem van no claim en eigen risico met ingang van 1 januari 2007 te vervangen door een eenvoudiger systeem: een systeem met voor iedereen een verplicht eigen risico aan de voet van ongeveer € 150. Zo'n systeem is veel beter uit te voeren, is goedkoper en zorgt voor veel minder bureaucratie. Het allerbelangrijkste is dat er één eigen risico aan de voet voor iedereen komt en daarnaast een mogelijkheid om zelf een hoger eigen risico te kiezen. We denken aan een eigen risico van ongeveer € 150. Zo'n systeem is begrijpelijk, werpt een drempel op voor overmatige zorgconsumptie en leidt tot kostenbesparingen en tot minder bureaucratie. Wij krijgen graag een toezegging van de minister op dit punt. Als die onvoldoende is, komen wij in tweede termijn met een motie.

□

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. Deze stelselwijziging is een complex proces. Er zullen veel inhoudelijke regelingen veranderen. Vandaag hebben wij het echter vooral over de invoeringswet. Met andere woorden: Hoe geven we de Zorgverzekeringswet een goede landing? Het gaat dan vooral over de nieuwe positie van de verzekeraars en verzekerden en over de financiële consequenties voor de burgers.

Een van de belangrijkste aandachtspunten voor de VVD fractie was bij de bespreking van de Zorgverzekeringswet dat er een degelijk gelijk speelveld voor particuliere verzekeraars en ziekenfondsen zou moeten ontstaan, dat vooral tot uiting zou moeten komen in een goed vereveningssysteem. Evenzo is een goed vereveningssysteem de beste garantie om indirecte risicoselectie van verzekerden tegen te gaan. De afgelopen maanden is kennelijk goed overleg gevoerd met de zorgverzekeraars om tot een evenwichtig vereveningsmodel te komen, want er is overeenstemming bereikt met Zorgverzekeraars Nederland. Alle

betrokken verzekeraars kunnen zich kennelijk vinden in dit model. De parameters zijn uitgebreid en aangepast en er wordt een groter aantal kosten met name ex post gecompenseerd. Wel moet worden vastgesteld dat het gelijke speelveld wel erg vlak wordt nu iedere verzekeraar voor 90% wordt gecompenseerd voor een verlies van meer dan € 35 per verzekerde en zijn eventuele "winst" van meer dan € 35 per verzekerde eveneens grotendeels moet afstaan aan het vereveningsfonds. Er is nu dus niet veel prikkeling voor zorgverzekeraars. De VVD heeft er wel begrip voor dat er veel onzekerheid is over de vraag, hoe de verevening uitpakt. Dat betekent ook dat voortschrijdend inzicht nodig zal zijn. De vraag is wel, in hoeverre in de toekomst de verevening ex post of de nacalculatie blijft bestaan voor de verschillende onderdelen. Heeft de minister al een visie over de uiteindelijke verhouding tussen de vereveningscriteria ex post en ex ante?

De minister moet jaarlijks de kosten ramen, niet alleen voor het "5% kindsdeel" maar ook voor de 50% die de werkgevers, het bedrijfsleven, in de vorm van het inkomensafhankelijke deel moeten betalen. Indien hij de kosten te laag raamt, zit er voor dat jaar te weinig geld in de centrale kas. Wat gebeurt er dan, bijvoorbeeld ten aanzien van die onderdelen waar sprake is van nacalculatie van gemaakte kosten aan zorgverzekeraars? Krijgen de zorgverzekeraars dan een onsje minder uit de centrale kas en moeten zij dan hun nominale premie verhogen? Het zou echter ook kunnen leiden tot al dan niet ondoorzichtige verschuivingen tussen de vastgestelde verdeling van 5% voor de overheid, 50% voor de werkgevers en 45% voor de burgers in de vorm van de nominale premie, met alle gevolgen van dien voor inkomensplaatjes. In feite heeft de minister nu al een dergelijke verschuiving doorgevoerd ten laste van het bedrijfsleven. Aanvankelijk zou het inkomensafhankelijke werkgeversdeel 5,96% bedragen. De afspraak was dat werkgevers niet meer zouden gaan bijdragen in de kosten van de zorg dan zij in feite nu al doen. Vervolgens is het werkgeversdeel opgehoogd naar 6,25% en toen bleek dat zelfstandigen, gepensioneerden en andere niet-werknemers er fors in inkomen op achteruit zouden gaan, is hun inkomensafhankelijke bijdrage verlaagd naar 4,4% en het verschil ten laste gebracht van de werkgevers door de 6,25% te verhogen naar 6,5%. Dat alles kost de werkgevers naar hun zeggen wel 1 mld.!

In het verleden heeft het feit dat bepaalde inkomensplaatjes door kabinetten gewenst waren, er verschillende malen toe geleid dat er geschoven werd met de verdeling van de ziekenfondspremie tussen werkgevers en werknemers. In hoeverre is dat nu niet weer het geval? Welke garanties kan de minister geven dat in de toekomst de verdeling van de premies in feite niet weer een speelbal wordt van de inkomensplaatjes?

Ook voor de verzekerden zal er veel veranderen. De positieve elementen zijn reden geweest voor de VVD-fractie om "ja" te zeggen tegen de Zorgverzekeringswet. Maar de burger heeft nog heel veel vragen. Ondanks het feit dat de radiospotjes en folders om ons heen vliegen, is er ook nog een aantal onduidelijkheden. Ervan uitgaande dat de zorgverzekeraars zich aan hun woord houden, zou iedereen tegen het eind van het jaar opnieuw verzekerd kunnen zijn voor nagenoeg hetzelfde pakket dat hij al had. Als de verzekerde niet zo tevreden is, kan hij gaan shoppen. De VVD vindt de termijn tot mei 2006 voldoende tijd voor

Swenker

iedereen om zich te oriënteren op een andere verzekeraar en voor groepen burgers zoals chronisch zieken of wie dan ook om zich te bundelen tot een collectiviteit en over een collectief contract te onderhandelen. Eén zaak verdient meer aandacht, ook in de voorlichting naar de verzekerde. Veel mensen hebben een aanvullende verzekering waarvoor andere termijnen gelden als het gaat om verlenging. Deze verzekeringen kennen meestal een termijn van dertig dagen en het zou niet goed zijn als burgers zich alleen baseren op de termijnen die gelden voor de basisverzekering en daardoor hun aanvullende verzekering zouden kunnen kwijtraken. De VVD-fractie verzoekt de minister hieraan aandacht te besteden in zijn voorlichtingscampagne.

Langzamerhand krijg je wel de indruk dat half Nederland zich aan het bundelen is in collectiviteiten. Dat is enerzijds een zeer interessante ontwikkeling en waarschijnlijk een beter alternatief dan het stemmen met de voeten als de zorgverzekeraar je niet bevalt. Collectiviteiten kunnen namelijk niet alleen onderhandelen over de premie, maar ook over de vraag welke zorgaanbieders moeten worden gecontracteerd. Maar als driekwart van de bevolking zich verenigt in collectiviteiten, kunnen daaraan ook zorgelijke kanten zitten. Een verzekeraar kan zwichten voor de druk die collectiviteiten kunnen uitoefenen om bijvoorbeeld een lagere premie te bedingen, en zijn tekort aan premie dat hij ontvangt voor deze groepering weer afwentelen op de individuele verzekerde: de bekende kruissubsidie.

De VVD-fractie is het eens met de minister dat dit zorgvuldige monitoring vereist. Voorkomen moet worden dat deze kruissubsidie gaat optreden van collectieve premie naar individuele premie, zoals dat in het verleden wel is gebeurd bij particuliere verzekeraars. Gaat de minister ingrijpen indien hij vaststelt dat er in een bepaalde situatie een premie wordt gevraagd die niet kostendekkend is?

Er is ook discussie ontstaan over de vraag of met name grote collectieve contracten zouden moeten worden aanbested. De minister zegt dat bij deze contracten in feite sprake is van een derdebegunstigde-contract. Immers, de rechtspersoon sluit niet voor zichzelf maar voor anderen een contract. Het Verbond van Verzekeraars stelt dat zijn juristen een andere mening zijn toegedaan. Zij menen dat aanbesteding wél nodig is. Kan de minister nogmaals duidelijk maken waarom hij gelijk heeft en het Verbond van Verzekeraars ongelijk?

De huidige onverzekerden blijven een punt van zorg. Dat geldt ook voor de problemen die de Sociale Diensten verwachten als bijvoorbeeld bijstandsgerechtigden hun zorgtoeslag besteden aan andere zaken dan aan de nominale premie. Velen, ook de VNG en FNV, maken zich grote zorgen. Allen pleiten ervoor het mogelijk te maken dat de zorgtoeslag buiten de verzekerden om rechtstreeks naar de zorgverzekeraar gaat. De minister vindt dit stigmatiserend ten aanzien van bijstandsgerechtigden en wijst op de mogelijkheid dat gemeenten gebruikmaken van artikel 57 WWB, waarbij de gemeente kan ingrijpen als blijkt dat de betrokkene niet goed in staat blijkt verantwoord om te gaan met zijn uitkering. De VVD-fractie is het ermee eens dat de burger in beginsel een eigen verantwoordelijkheid heeft om aan zijn verplichtingen te voldoen. Dit is de koninklijke weg. Anderzijds is de vraag terecht, hoeveel kalveren er eerst moeten verdrinken voordat de put gedempt wordt. Is in

dit geval voorkomen niet beter dan saneren? Het gaat om grote bedragen. Als iemand financieel krap zit, kan de verleiding te groot worden.

Maar stel dat de gemeente gebruik wil maken van artikel 57 WWB, dan zal de gemeente gegevens moeten hebben van andere instanties en moeten er nieuwe bestandskoppelingen komen. De vraag is, of dat niet in strijd is met de bestaande privacyregelingen. Naar mening van de VVD-fractie betekent dit eventueel een aanpassing van de wet. Is dat juist? Als het inderdaad zo is, kan de minister wel van mening zijn dat een wettelijke regeling een brug te ver is, zoals hij stelt in de memorie van antwoord, maar dan zou het argument dat de gemeente artikel 57 WWB ter beschikking heeft een wassen neus zijn. Dan rijst opnieuw de vraag of het toch beter is dat de Belastingdienst het rechtstreeks afdraagt aan de zorgverzekeraar, al was het maar om een hoop ellende te voorkomen. Wat is de mening van de minister?

De nominale premie zou € 1106 bedragen. Sommige zorgverzekeraars suggereren nu al dat dit te laag zou zijn en dat we eerder richting € 1200 moeten denken. Dat heeft niet alleen consequenties voor de zorgtoeslag omdat de minister bij een stijging van de gemiddelde premie met meer dan € 25 de zorgtoeslag eveneens zal verhogen, maar ook voor de mensen die geen zorgtoeslag ontvangen. Het is een verandering van de tot nu toe gepresenteerde inkomensplaatjes. Dankzij een reeks van fiscale maatregelen zijn de negatieve uitschieters voor bijvoorbeeld zelfstandigen en ouderen met een pensioen gedempt in 2006. Maar dat kan dus nog veranderen, afhankelijk van de premies waarmee de verzekeraars eind dit jaar op de markt komen. In dit opzicht is de ontwikkeling van de kosten van de dbc's niet erg geruststellend. Kortom, wat gaat de minister doen als blijkt dat de verzekeraars een hogere premie in rekening brengen? Gaat hij de dbc-ontwikkeling terugdraaien of komt het kabinet met compenserende maatregelen, ook voor degenen die geen zorgtoeslag krijgen?

Van belang is ook de ontwikkeling van de hoogte van de nominale premie in de toekomst. Als de kosten stijgen, zullen ook de nominale premies stijgen. Enerzijds zijn zorgverzekeraars volstrekt vrij om hun nominale premie te verhogen, anderzijds kan dit enorme gevolgen hebben, niet alleen voor de burger, maar ook voor de overheid als het gaat om de zorgtoeslag en ook voor het bedrijfsleven, dat immers de helft moet opbrengen van alle kosten. Gaat de minister de zorgverzekeraar te hulp schieten en met zijn "stalinistische WTG-koffertje", zoals hij dit zelf noemt, bijvoorbeeld de tarieven verlagen van de zorgaanbieders of de verdere ontwikkeling van de marktwerking stoppen? Zal hij de nominale premie en zorgtoeslag laten stijgen of grijpt hij op ouderwetse wijze in bij de tarieven van de zorgaanbieders?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Wij hebben wel vaker gediscussieerd over dat laatste punt. De woorden "stalinistisch koffertje" zijn in juni ook enige malen gevallen. Ik weet zo langzamerhand wel wat de minister hierover gaat zeggen, maar ik was zo benieuwd wat mevrouw Swenker hier zelf van vindt. Aan welke ingreep geeft de VVD de voorkeur? Of ben ik nu wat prematuur?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik denk dat u wat prematuur bent. Het antwoord zal, hoe saai ook, in feite zijn dat er

Swenker

sprake moet zijn van een balans. Het is duidelijk dat met de vergrijzing en de voortschrijdende technologische ontwikkelingen de kosten zullen stijgen. Het zal echter met mate moeten gebeuren. Als er te gekke uitschieters komen, zal de minister, zoals hij eerder heeft gezegd, helaas gebruik moeten maken van zijn koffertje. Het is voor de zorgaanbieders enorm belangrijk ervoor te zorgen dat de kostenstijgingen gematigd zijn en dat er geen sprake is van uitschieters. Dat is de weg van het midden en die is saai, dat geef ik mevrouw Slager toe.

De VVD-fractie heeft nog een enkele vraag over de inhouding van de inkomensafhankelijke bijdrage van 4,4%, in het bijzonder als het gaat over samenloop van beloningen. Ik geef enkele voorbeelden. Bij een gepensioneerde zal veelal het pensioenfonds de bijdrage inhouden omdat het immers vaak ook de loonbelasting inhoudt. Kan deze inhouding later met de uiteindelijke aanslag verrekend worden? Moet dit niet wettelijk verankerd worden? Een werknemer met een inkomen boven de grens van € 30.000 heeft daarnaast een nevenfunctie of een commissariaat. De werkgever houdt de volledige bijdrage in en de werknemer betaalt hier loonbelasting over, maar over de beloning uit het commissariaat of de nevenfunctie wordt eveneens de inkomensafhankelijke bijdrage betaald waarover ook weer loonbelasting wordt betaald. Op verzoek kan aan de inhoudingsplichtige de bijdrage worden terugbetaald. De werknemer heeft echter wel te veel belasting betaald. Hoe kan hij de te veel betaalde belasting terugkrijgen? Volgens mijn fractie zit hier een lapsus in de wet. Kan een werknemer of een zelfstandige bezwaar aantekenen of in beroep gaan bij de Belastingdienst tegen zowel de inhouding als tegen de te veel betaalde loonbelasting? Ik krijg hierop graag een duidelijk antwoord.

In de loop van dit wetsvoorstel is ook een ander punt boven water gekomen dat aanzienlijke gevolgen heeft voor een bijzondere groep, namelijk de Nederlanders die in het buitenland wonen. Het gaat daarbij om de gevolgen voor de AWBZ door de invoering van een basisverzekering, die in termen van de Europese Unie een sociale verzekering is. Particulier verzekerden zijn tot nu toe niet verzekerd voor de AWBZ omdat zij in het buitenland wonen en geen sociale verzekering hebben. Zij kunnen zich wel vrijwillig verzekeren voor de AWBZ en krijgen de kosten die zij maken gerestitueerd. Niet veel mensen maken hier gebruik van en vaak keren deze Nederlanders uiteindelijk terug naar Nederland als zij echt oud worden of echt langdurige zorg nodig hebben. Door invoering van de Zorgverzekeringswet treedt voor deze groep een forse verandering op. Degenen die een inkomen ontvangen vanuit Nederland, moeten nu niet alleen hun nominale premie gaan betalen maar vaak, omdat zij gepensionerd zijn, ook het zogeheten werkgeversdeel voor de zorgverzekering. Daarnaast moeten zij de inkomensafhankelijke premie voor de AWBZ gaan betalen die, gelet op het feit dat zij vaak een inkomen boven de ziekenfondsgrens hebben, meestal tegen de € 3000 zal bedragen. Zij krijgen daarvoor conform de EU-regelingen het pakket van het woonland terug. Als het gaat om AWBZ-voorzieningen, kunnen zeker niet alle landen in Europa zich met onze zorgvoorzieningen meten. Dan is het wel fors als iemand wel de volledige AWBZ-premie moet betalen terwijl hij weinig of voor onderdelen geen voorzieningen heeft waarop hij een beroep kan doen. In feite is hier sprake van een disbalans. De minister wil nu de restitutie-

regeling schrappen en als overgangsregeling uitsluitend voor degenen die nu zorg ontvangen, deze kosten blijven vergoeden.

Er zijn verschillende mogelijkheden om deze disbalans enigszins op te heffen. De overgangsmaatregel zou kunnen worden verlengd, maar dan blijft er sprake van een afbouwsituatie. Eerder zou het zijn om hun een korting op de AWBZ-premie te geven. Betrokkenen hebben immers in het algemeen minder aanspraken in hun woonland. Het zou dan ook redelijk zijn als zij minder premie betalen. De VVD-fractie dringt er bij de minister op aan om hun een korting op de AWBZ-premie te geven en op die manier de balans weer enigszins te herstellen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Zoals mevrouw Swenker weet, heb ik in eerste termijn dit punt uitvoerig aangekaart. Ik heb een overgangsrecht bepleit. Beschouwt zij hetgeen zij voorstelt als een vorm van overgangsrecht?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Maar dan wel voor een heel lange termijn. Ik zou de minister willen vragen om vanaf 2006 de mensen die in het buitenland wonen en die structureel AWBZ-premie moeten gaan betalen, een structurele korting te geven op die AWBZ-premie.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mevrouw Swenker doelt op degenen die nu al in het buitenland wonen?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik spreek over mensen die op 31-12-2005 in het buitenland woonachtig zijn.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mevrouw Swenker vindt dat dit blijvend moet zijn, in tegenstelling tot wat ik heb ingebracht. Het is inderdaad een hele lange vorm van overgangsrecht.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Het gaat mij erom om degenen die op 21 december 2005 in het buitenland woonachtig zijn, een korting te geven op de AWBZ-premie zolang zij daar wonen. Mensen die alsnog besluiten naar het buitenland te gaan, kunnen op grond van de dan bekende gegevens besluiten wat zij verder in hun leven wensen te gaan doen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dit punt is mij niet duidelijk. Dat heb ik in mijn bijdrage ook al gezegd. Het voorstel van mevrouw Van Leeuwen gaat toch niet alleen over de 1652 vrijwillige AWBZ-verzekerden die met ingang van 1 januari 2005 wel of niet aanspraak zouden kunnen maken, maar over de hele groep? Ik heb begrepen dat de mensen die nu vrijwillig AWBZ-verzekerd zijn, straks verplicht AWBZ-verzekerd zijn, tenminste als zij pensioen, AOW, WAO of anderszins genieten. Het gaat volgens mij over een veel grotere groep waarvoor een eventuele overgangsregeling of een korting zou moeten gelden dan de groep waarover mevrouw Van Leeuwen het heeft gehad.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik heb begrepen dat niemand precies weet hoeveel Nederlanders er op het ogenblik in het buitenland wonen. Ik neem aan dat dit niet de 1650 mensen zijn die nu vrijwillig een AWBZ-verzekering hebben gesloten met de restitutiemogelijkheden. Het gaat waarschijnlijk over meer mensen. Alle mensen die in het buitenland wonen en een inkomen krijgen uit

Swenker

Nederland, zullen op een of andere manier getraceerd moeten worden, want er zal premieafdracht komen. Dan weten wij over welke mensen het gaat. Ik heb het zowel over ziekenfondsverzekerden als over particulier verzekerden.

Voorzitter: Dees

Mevrouw **Swenker** (VVD): In de brief van 23 september 2005 doet de minister verslag van zijn overleg met KNMG, CBP en ZN over de gegevensverstrekking. Naar de VVD-fractie begrijpt, bevatten de prestatiebeschrijvingen van dbc's medische informatie. Uit de brief blijkt dat ernaar wordt gestreefd om op middellange termijn het aantal dbc's in te dikken, waarmee het probleem zou kunnen worden opgelost. Betekent dit ook dat de tijdelijke oplossing ten aanzien van de privacy die in 2005 is ingevoerd, gehandhaafd blijft? Hoe lang duurt de "middellange termijn"? Kan de minister daarvan niet "korte termijn" maken? Kan de minister ook aangeven of de prestatiebeschrijvingen in de dbc's met betrekking tot de GGZ vóór 2007 klaar zullen zijn zonder dat deze medische informatie bevatten?

Op 7 juni is door ons samen met een groot aantal fracties in deze Kamer een motie ingediend over drie aspecten van de Zorgverzekeringswet. Inmiddels zijn wij bijna vier maanden verder. Over het risicovereveningssysteem heb ik het al gehad. De VVD-fractie denkt dat de huidige regeling, gelet ook op de instemming van zorgverzekeraars, tot een redelijk level playing field kan leiden. Ongetwijfeld zullen er de komende jaren bijstellingen plaatsvinden. Vooralsnog heeft de VVD-fractie geen enkele aanleiding om te veronderstellen dat dit leidt tot onoverkomelijke problemen. Vervolgens werd er in de motie gesproken over de keuzevrijheid van de patiënt, die ook gewaarborgd zou moeten worden door middel van het aanbieden van restitutiepolissen. Inmiddels komt er een beetje meer duidelijkheid over wat zorgverzekeraars gaan doen. Voor 2006 hebben zij breed gecontracteerd, hetgeen vooral van belang is voor degenen die besluiten een naturapolis te accepteren. Er komen ook steeds meer verzekeraars, zoals onlangs Achmea, met de mededeling dat zij restitutiepolissen met niet gecontracteerde zorg aanbieden, waarbij zij de kosten gewoon vergoeden op basis van de gemiddelde kosten en dus niet een boete of een korting opleggen. Dit geeft de verwachting dat in de nieuwe situatie restitutie- en naturapolissen waarschijnlijk in 2006 gelijk oplopen. Dat neemt niet weg dat de VVD-fractie de minister toch verzoekt om een en ander ook voor de volgende jaren goed in de gaten te houden en in te grijpen als het in de jaren daarna anders mocht uitpakken.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Men kan kiezen voor monitoren en daarna corrigeren, maar men kan ook kiezen voor het uitgangspunt dat het gemiddelde van de restitutiepolis als standaard en als norm genomen wordt en dat vanaf het begin in het systeem inbouwen. Dan hoeft het niet gemonitord te worden. De verwachting is natuurlijk wel dat in 2006 de zaak dicht bij elkaar blijft. De essentie van het systeem is natuurlijk wel dat het daarna uit elkaar gaat groeien.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Waarom zou het uit elkaar gaan groeien?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Omdat de enige vorm van concurrentie tussen zorgverzekeraars uiteindelijk ligt in het inkopen en contracteren van zorg. Dat leidt tot een neerwaartse druk bij de naturapolissen en tot een opwaartse druk bij de restitutiepolissen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): U gaat er volgens mij van uit, ten onrechte, dat de ene verzekeraar een naturapolis en de andere een restitutiepolis aan zal bieden. Ik zie in de markt echter dat verzekeraars zowel restitutie- als naturapolissen aanbieden. Als verzekeraars dan zeggen dat zij bij de restitutiepolis hetzelfde vergoeden als bij de naturapolissen, dan loopt het toch gelijk op?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Als die restitutiepolissen duurder zijn, tast je toch de keuzevrijheid aan?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Natuurlijk, maar ik denk niet dat dat het geval zal zijn. Het gaat erom dat de angst was dat de verzekeraars bij restitutie niet alle kosten zouden vergoeden. Dan zouden de burgers maar een gedeelte vergoed krijgen en dan worden zij dus benadeeld. Als je echter rondkijkt en ziet wat verzekeraars doen, loopt het gewoon gelijk op. Het is uiteraard voor 2006 en wij moeten de vinger aan de pols houden. Daarom vraag ik de minister ook of het ooit anders gaat worden.

De heer **Hamel** (PvdA): Er is inderdaad één probleem en dat is de vraag of de restitutiepolis alles vergoedt. Waar gaat de verzekeraar dan op concurreren? Hij wil contracten sluiten en daar een kwantum bij doen en denkt daardoor een lagere prijs te kunnen bedingen bij een aanbieder. Dat was het idee achter de naturapolis. Bij een restitutiepolis kan men echter overal heen en dan kunnen er door de verzekeraar geen contracten worden afgesloten. Daarom zou er een wat hogere prijs moeten worden betaald voor de restitutiepolis en een lagere voor de naturapolis.

Mevrouw **Swenker** (VVD): U vergeet één ding. U vergeet dat als een verzekeraar geen aanbieders hoeft te contracteren, dat bijvoorbeeld veel personeelskosten scheelt en dat hij dus minder kosten hoeft te maken voor het inkopen dan bij de naturapolissen.

De heer **Hamel** (PvdA): Dan zit er toch enige spanning tussen de WTG-expres, zoals die in deze Kamer is besproken, en de grote gedachten die erachter lagen, namelijk dat marktwerking de prijzen zou drukken. Hoe ziet u dat?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik denk niet dat u het probleem van de WTG-expres ofwel de prijsexplosies van dbc's mag vergelijken met het probleem van de restitutie- of naturapolissen. Als een dbc te duur is, geldt dat zowel voor de natura- als voor de restitutiepolis. Dat staat daar los van. Het gaat om de vraag hoe doelmatig een zorgverzekeraar kan handelen. Bij naturapolissen is er het voordeel dat hij misschien door grotere inkopen goedkoper kan inkopen. Bij restitutiepolissen heeft hij alleen maar administratieve lasten en hoeft hij geen batterij mensen in te zetten om contracten te sluiten. Dat is weer goedkoper.

De heer **Hamel** (PvdA): Dan had de WTG-expres niet op die manier hoeven, want dan hadden wij kunnen

Swenker

zeggen: als wij alleen restitutiepolissen aanbieden, kan dat voor een lagere prijs.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik denk dat de WTG-expres ook heel andere doelstellingen had: niet alleen om de Zorgverzekeringswet wat gemakkelijker te maken, maar om te kijken of in een ziekenhuis meer marktwerking mogelijk is. Dat is toch een andere doelstelling dan de doelstelling van een Zorgverzekeringswet.

Ik zal ten slotte een reactie geven op de brieven van de minister ten aanzien van de eigen betalingen. Het onderzoek met betrekking tot een IZA-achtig systeem levert wel een zeer gecompliceerd beeld op met ingewikkelde constructies om privacygevoelige gegevens, zoals de hoogte van het inkomen, goed te regelen en het is de vraag of dit de bedoeling was.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mevrouw Swenker concludeert dat zo, maar ik meen dat in de toelichting – dat rapport is nu echter niet aan de orde – een aantal aspecten over het hoofd worden gezien, want dan zouden ook alle zaken rond huurtoeslag en dergelijke niet op deze wijze kunnen. Het is allemaal toch wat in het overdrevene getrokken.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Als ik zie dat bij de IZA-achtige regeling vier, vijf of weet ik hoeveel modellen moeten worden verzonden om te zorgen dat goed wordt omgegaan met privacygevoelige gegevens en ik vergelijk dat met de overwegingen van de minister met betrekking tot de no-claimregeling en het verplichte eigen risico, dan verdient volgens de VVD-fractie een verplicht eigen risico aan de voet de voorkeur. Met name de argumenten dat er grotere prikkels voor de burger vanuit gaan en de transparantie wordt vergroot, spreken de VVD-fractie zeer aan. De minister heeft in zijn brief gesteld dat de keuze tussen de no-claimregeling en een verplicht eigen risico een politieke afweging is. Graag verneemt de VVD-fractie welke keuze de minister nu maakt. Het moge duidelijk zijn dat de VVD-fractie de minister verzoekt het systeem van een verplicht eigen risico verder uit te werken. De VVD-fractie wil hier best een voorschotje op geven. De inkomensplaatjes gaan ervan uit dat de burger gemiddeld € 90 terugontvangt op grond van de no-claimregeling. Dit zou betekenen dat gemiddeld genomen de burger € 160 aan zorgkosten betaalt. Zou deze € 160 – ik ga ook graag akkoord met € 150, mijnheer Schouw – dan niet beter omgezet kunnen worden in een verplicht eigen risico? Graag een reactie van de minister hierop.

De heer **Schouw** (D66): Ik ben blij met de inbreng van mevrouw Swenker op dit punt. Ik heb min of meer hetzelfde gezegd, maar ging misschien nog één stapje verder. Ik heb gezegd: hobbelt in 2006 nog maar even voort met wat is bedacht, maar zorg ervoor dat met ingang van 1 januari 2007 er zo'n prachtig helder systeem, zoals u en ik willen, wordt ingevoerd. Ondersteunt u die gedachte?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Wij hebben bij de Zorgverzekeringswet allemaal al geconstateerd dat zorgverzekeraars niet in staat zijn om in 2006 ook nog een verplicht eigen risico in te voeren. Vandaar dat wij in onze motie hebben gezegd dat wij de minister verzoeken om een onderzoek in te stellen. Nu hij zijn bevindingen

op papier heeft gezet, zouden wij een keuze moeten kunnen maken. De keuze van de VVD spoort volgens mij een beetje met die van u. Het kan zijn dat daar nu voortvarend aan gewerkt wordt en dan zit je sowieso in 2007.

De heer **Schouw** (D66): Dan misbruik ik uw reactie op dit punt even om de collega's op te roepen om daar ook nog iets over te zeggen, want dan kunnen wij vanuit deze Kamer misschien een vuist maken.

Mevrouw **Swenker** (VVD): De minister heeft PwC verzocht te onderzoeken hoe de voorbereidingen bij de zorgverzekeraars lopen. Hoewel het de stand van zaken per 1 september is en er nog veel onzekerheden zijn, met name op ICT-gebied, vindt de VVD-fractie de bevindingen van PwC wel zodanig zijn dat je op grond daarvan de conclusie kunt trekken dat invoering per 1 januari haalbaar is.

□

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): "Voorzitter, al datgene wat wij vanaf 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, is een onverantwoordelijke handeling en ook een onverantwoordelijke behandeling van wettelijke maatregelen die dermate ingrijpend zijn voor iedere burger in dit land dat wij genooddakt zijn dat zo zuiver en plichtgetrouw mogelijk te behandelen."

Ik ben mijn bijdrage aan het debat over de Zorgverzekeringswet in juni met dit citaat van de heer Kaland begonnen en ik herhaal deze uitspraak vandaag nog maar eens. Het zijn immers wijze woorden. De toenmalige fractievoorzitter van het CDA sprak deze woorden uit in november 1991 in deze Kamer tijdens de plenaire behandeling van wat inmiddels de geschiedenisboeken in is gegaan als het plan-Simons. De regering wilde toen een beslissing forceren en een meerderheid in deze Kamer hield de poot stijf, onder meer omdat ze geen kennis had van een cruciale AMvB. De afloop is bekend: het plan-Simons haalde bakzeil.

Zo zal het met het "plan-Hoogervorst" niet gaan. De Zorgverzekeringswet is immers dit huis al gepasseerd. Maar de vraag waar de Kamer vandaag voor staat is of zij voldoende helderheid en zekerheid heeft dat de wet ook met ingang van 1 januari zorgvuldig ingevoerd kan worden. Daarbij moeten wij ons niet laten leiden door de voldongen uitvoeringsfeiten en het argument dat je een rijdende trein niet kunt stoppen, maar moeten wij afwegen of wij voldoende zeker van onze zaak zijn om burgers in dit land met ingang van 1 januari met dit nieuwe zorgstelsel te confronteren. Kunnen wij burgers dit aandoen?

Er is, zo veel mogen wij in ieder geval concluderen uit de bijdrage van mijn collegae tot nu toe, nog veel onhelder. Er leven in deze Kamer grote zorgen. Maar wat misschien nog wel belangrijker is: er leven in de samenleving grote zorgen. Mensen beginnen zich nu langzaam maar zeker te realiseren wat er op hen afkomt en vragen zich af wat dat voor hen betekent. Erg veel tijd wordt hun daarbij niet gegund, want over een paar

Van der Lans

maanden gaan de rekeningen al heen en weer, terwijl zij op dit moment nog niks voorhanden hebben, geen polis, geen definitieve getallen. Zij weten alleen dat er met een orkaankracht een nieuw zorgstelsel staat aan te komen. Velen vrezen een persoonlijke ravage. Dat creëert onzekerheid en wantrouwen, zeker bij mensen die qua gezondheid en qua inkomen kwetsbaar zijn.

De diepe crisis van de hedendaagse politiek uit zich naar de mening van mijn fractie in extreme mate bij deze Zorgverzekeringswet en deze Invoerings- en aanpassingswet. Je zou deze crisis kunnen omschrijven als een chronisch verschil tussen de systeem-werkelijkheid van de mensen die achter de knoppen van het beleid zitten en de ervaringswerkelijkheid van de burgers. Anders gezegd, het verschil tussen de statische berekening en modellen van de beleidsmakers op WVS en bij de zorgverzekeraars en de psychologische beleving van de burgers. Berekening en beleving zijn elkaar totaal gaan ontlopen. Op papier kloppen de tabellen en lijken alle koopkrachteffecten min of meer onder controle, maar in de psychologie van de burgers ligt dat totaal anders. In hun beleving komen er stevige rekeningen op hen af, worden zij gedwongen om op zoek te gaan naar de goedkoopste polissen en zien velen de bui al hangen. Het lijkt nu al vast te staan dat tegenover de zekerheid van de koopkrachtplaatjes van deze minister straks in januari vele duizenden verhalen komen te staan van mensen die in hun portemonnee een heel andere werkelijkheid voelen: namelijk dat ze erop achteruit gaan.

Je zou kunnen zeggen dat die spanning er altijd is, maar in dit geval moet je toch concluderen dat die spanning door de politiek zelf in extreme mate wordt opgevoerd, omdat het wetgevingsproces vanaf het begin onder de druk van de invoeringsdatum van 1 januari 2006 georganiseerd is. Bewust is er daarbij voor gekozen om burgers als het ware maar weinig tijd te gunnen. Daardoor kunnen wij de burgers wel voorlichten over de veranderingen, maar nauwelijks over de persoonlijke consequenties, wel over de structuur, maar niet over de praktijk, wel over dat zij zelf moeten betalen, maar tot op het laatste moment niet hoeveel dat is. Daar kan je miljoenen voorlichtingsgeld aan besteden, maar die onduidelijkheid en de daarmee samenhangende onzekerheid los je daarmee niet op. Sterker, het voorlichtingsmateriaal wekt snel de indruk dat de overheid nog niet het achterste van de tong laat zien. Daardoor werkt het al snel improductief. Het is eerder een investering in wantrouwen. Dat is precies wat wij de laatste weken zien. Als het straks in de ervaringen van mensen minder klopt dan in de berekeningen van het ministerie, zal er een golf van ongenoegen over de politiek rollen en dan kunnen wij niet anders dan constateren dat wij deze over onszelf hebben afgeroepen.

Het vertrouwen in de politiek is een van de grootste problemen van onze democratie. Het is een probleem van alle politieke partijen, maar wat je in zo'n geval niet moet doen, is ingrijpende wetgevingsoperaties zo organiseren, met zo'n hoge graad van onzekerheid dat je daardoor alleen al bijdraagt aan het wantrouwen van burgers. Dat is precies wat wij met het nieuwe zorgstelsel aan het doen zijn. Je kunt anno 2005 niet meer koersen op een statistisch gelijk, je zult ook een psychologisch gelijk moeten binnenhalen en dat kost tijd. Die tijd gunnen wij onszelf niet. Sterker nog, wij organiseren ingrijpende wetgevingsprocessen zo dat die

tijd er niet is. Daarmee werken wij feitelijk mee aan het graven van ons eigen politieke graf. Ik spreek over "wij", want het is een algemeen politiek probleem, hoewel dat natuurlijk niet mag verbloemen dat partijen die met deze manier van wetgeving instemmen, hier een grotere politieke verantwoordelijkheid in dragen. Zij spelen gevaarlijk spel. Dat zou tot bezinning moeten leiden. Zoals ook de rol van de Eerste Kamer in dit hele proces een punt van bezinning zou moeten zijn.

De heer **Schouw** (D66): Ik kan dit volgen, maar er liggen twee documenten en er is gekeken naar de invoering, de mogelijkheden en de kansen, de bedreigingen en de risico's. Er is een voortgangsrapportage, nummer twee, van het departement. Die is heel uitgebreid en daar staan deze dingen precies in. Ik weet dat het niet zo is, maar u wekt toch echt de indruk in uw betoog dat u er bij wijze van spreken niet eens naar gekeken heeft hoe nauwkeurig die invoering georganiseerd wordt. Ik vraag mij daarom af hoe u de in mijn ogen zeer nauwkeurige invoering van die wet beoordeelt. Er wordt namelijk niet losjes over gedaan. Het gaat allemaal heel precies en heel nauwkeurig. Er zijn uiteraard een paar risico's, maar niet alles is toch een chaos?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik weet niet waar de heer Schouw tussen tien uur en tien voor twee is geweest, maar ik ben in deze Kamer geweest. Ik heb een ongekend lange lijst zien passeren van onduidelijkheden, onzekerheden en vragen, alsook noodzakelijke toezeggingen, voorwaarden, dingen die geregeld moeten worden en onzekerheden over de berekeningen en over de invoeringspraktijk. De heer Schouw weet net zo goed als ik dat, als er bij bestuurlijke systemen zoveel onzekerheden worden geïntroduceerd, niemand het effect daarvan weet. Niemand kan het effect dus overzien. Dat doen wij onszelf aan, omdat wij het hele invoeringstraject onder het dictaat van één datum, namelijk 1 januari 2006, brengen. Deze conclusie is niet zo moeilijk te trekken.

De heer **Schouw** (D66): Wat betekent het echter voor de individuele mensen? Betrekkelijk zeker is overigens de hele achterliggende systematiek. U moet dat soort onderscheid maken. U moet ook niet alles over één kam scheren, alsof het allemaal alleen maar kommer en kwel en chaos is. Dat is niet terecht.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ondanks alle beweringen van deze minister moeten wij buitengewoon zorgvuldig omgaan met het hele proces van een buitengewoon belangrijk publiek goed, de gezondheidszorg. U kunt tegen deze achtergrond toch niet staande houden, dat het hele invoeringsproces een toonbeeld van zorgvuldigheid is? De burgers moeten de tijd hebben om eraan te wennen en zij moeten vergelijkingen kunnen maken. Zij moeten straks met negatieve opties werken. Ik zou liever een systeem hebben waarin zij echt een keuze kunnen maken en waarin zij daarvoor de tijd hebben. Dit geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Nogmaals, dat kost tijd en die tijd gunnen wij elkaar niet, omdat wij bang zijn dat, als wij nu de druk van de ketel halen, er van alles gebeurt.

De heer **Schouw** (D66): U bevestigt volgens mij toch het onderscheid dat ik gemaakt heb. Wij weten namelijk nog niet wat het betekent voor de individuele verzekerde.

Van der Lans

Daaruit kunt u echter niet de conclusie trekken dat het systeem een rotzooitje is. Als u dat doet, bent u echt onrechtvaardig bezig.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): U kunt niet de conclusie trekken dat het systeem optimaal functioneert. Dat zou u wel moeten kunnen doen, wanneer u "ja" zegt tegen deze wet. Het is precies het omgekeerde, daar gaat het ons om. Ik beweer niet dat de Zorgverzekeringswet niet ingevoerd moet worden. Dat is een gepasseerd station. Ik zeg echter dat er, als je tot dit stelsel overgaat, een garantie voor zorgvuldigheid moet zijn. Die garantie kan niemand in deze Kamer geven. Wij kunnen alleen nog maar om een lijst van toezeggingen vragen. Wij sturen de minister op pad op hoop van zegen dat hij er nog wat van maakt. Ik vind dat te weinig bij zoiets belangrijks als de gezondheidszorg.

Voorzitter. Ook de rol van de Eerste Kamer zou in dit hele proces een punt van bezinning moeten zijn. Je zou kunnen zeggen dat er gaande het wetgevingsproces een nieuwe partij aan de Tweede Kamer is toegevoegd: de Eerste Kamer. Misschien moet ik nauwkeuriger zijn en zeggen dat de groep Van Leeuwen aan de Tweede Kamer is toegevoegd. Wie de Handelingen van overleggen in de Tweede Kamer leest, ziet namelijk dat alles door elkaar is gaan lopen. Er wordt tegelijk op verschillende politieke borden geschaakt. De Tweede Kamer debatteert uitvoerig over wat de Eerste Kamer vindt en vice versa. Misschien wint deze Kamer daarmee aan belangrijkheid, maar vaststaat dat wij in een bestuurlijk proces verwikkeld zijn geraakt dat ons steeds verder verwijderd van onze relatief afstandelijke, staatsrechtelijke taak, namelijk om alles overziend "ja" of "nee" te zeggen.

Deze Kamer – voor de ene woordvoerder geldt het iets meer dan voor de andere woordvoerder – is gewoon een speler geworden in een politiek bestuurlijk spel. Mijn fractie vindt dat een onwenselijke ontwikkeling. Dat alles heeft uiteraard te maken met het feit dat het hele besluitvormingsproces tegen de invoeringsdatum wordt aangedrukt. Daardoor kan deze Kamer geen kant meer op. Zij heeft dus de keuze tussen een mosterd-na-de-maaltijd-rol of zich mengen in de politieke strijd. Dat zij kiest voor het ene, is begrijpelijk en verklaarbaar, maar daarom niet minder onwenselijk. Het zou niet onverstandig zijn, zo zeg ik tegen deze voorzitter – en misschien kan hij dit doorgeven aan de "echte" voorzitter – als dit punt, los van de politieke noodzaak om een wet aan te nemen, eens afzonderlijk behandeld kon worden. Zoals het nu gaat, gaat het niet goed. Zo heeft mijn fractie al eerder voorgesteld om de invoeringsdatum niet in een wet op te nemen, maar vast te stellen bij de finale besluitvorming in deze Kamer. Dat verlost ons van veel onzuivere argumenten.

Maar goed, laat ik mij richten op de onderhavige wet. Ik zal mij daarbij tot twee hoofdpunten beperken. Er zijn door mijn collega's al heel veel specifieke opmerkingen gemaakt en vragen gesteld. Het merendeel daarvan wordt door mijn fractie ondersteund. Alleen al om die reden zal ik die opmerkingen en vragen niet herhalen.

Het ene hoofdpunt betreft de onverzekerden. Niemand wil dat dit aantal groeit, maar tegelijkertijd kan niemand er omheen dat wij met dit niet-gewilde fenomeen te maken krijgen. Het is inherent aan deze wet, die geënt is op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Dat impliceert de mogelijkheid dat mensen die verantwoordelijkheid niet nemen of – en dat is zorgelijker – in

dermate nadelige omstandigheden verkeren dat ze die verantwoordelijkheid niet kunnen nemen. Ik noem schulden, plotselinge tegenslagen, psychische problemen. Dat kan ertoe leiden dat mensen hun verplichtingen niet nakomen. Mensen die in die omstandigheden verkeren, zijn er altijd geweest. Een van de basiskenmerken van de verzorgingsstaat was dan dat wij met die mensen rekening hielden. Voor deze noodtoestanden werd er in principe dus wat geregeld, waardoor deze mensen niet van zorg verstoken bleven. Daar dreigt nu wezenlijk verandering in te komen.

Er zijn in dit land nu al vele tienduizenden mensen die ernstige financiële problemen hebben. De schuldhulpverlening in het land maakt overuren. Het nieuwe zorgstelsel gaat in die omstandigheden interveniëren. De vrees is zelfs dat de wet daarin een katalyserende rol gaat spelen. Anders gezegd: die maakt de toestand voor deze mensen alleen maar zorgwekkender. De systeemwerkelijkheid van het ministerie van VWS gaat ervan uit dat de zorgtoeslag gekoppeld zal zijn aan het betalen van de nominale premie. De psychologische werkelijkheid van veel burgers is dat de zorgtoeslag een druppel op een gloeiende plaat van schulden is. Op die plaat verdampt deze druppel dan ook. Als de rekening van de nominale premie binnenkomt, is de zorgtoeslag namelijk al verdwenen, misschien zelfs door schuldeisers in beslag genomen. Wat er dan gebeurt, baart deze Kamer grote zorgen. Dat hebben alle partijen in juni hier namelijk duidelijk gemaakt. Mijn fractie vindt het zeer teleurstellend dat deze minister, ondanks het feit dat deze Kamer unaniem haar zorgen over de onverzekerdenproblematiek heeft uitgesproken, sindsdien tot niet veel meer in staat is gebleken dan het installeren van een werkgroep, die in overleg met gemeenten het probleem gaat monitoren en inventariseren. Dat is echt te weinig. Naar de mening van mijn fractie moet er nu tempo gemaakt worden met het creëren van voorzieningen die dit probleem zo veel mogelijk vermijden. De minister zal ervoor moeten zorgen dat men er vanaf het allereerste begin bovenop zit. Anders gebeuren er ongelukken.

Zo ben ik in Amsterdam betrokken bij een project dat voorkomt dat mensen uit huis worden gezet, omdat dat grote ellende met zich brengt. Dat geldt niet alleen voor de mensen die het overkomt, maar ook voor de samenleving, die langs een omweg met de kosten van dakloosheid geconfronteerd wordt. Er is in een aantal stadsdelen een heel draaiboek waarin woningcorporatie, maatschappelijk werk en deurwaarder, dus iedereen, zijn uiterste best doet om er bovenop te zitten en om huisuitzetting te voorkomen. Het kenmerk van deze aanpak is een heel directe benadering: telefoneren, huisbezoek, hulpaanbod, allemaal om te voorkomen dat mensen door het ijs zakken.

Aan zo'n aanpak moet je volgens mij ook denken, als het om de zorgverzekering gaat. De toegang tot de zorg is immers cruciaal. Je kunt dan niet blijven volstaan met een verhaal over eigen verantwoordelijkheid. Dat werkt voor velen niet. Bovendien komt de rekening langs een omweg toch weer bij de overheid terecht. Ik herhaal dat je er bovenop moet zitten en dat je ervoor moet zorgen dat bepaalde groepen niet onverzekerd raken en daardoor van zorg verstoken blijven. Ik zie zorgverzekeraars op dat punt niet aan de bel trekken. Daar hebben zij helemaal geen ervaring mee. Zij zeggen wel dat zij vrezen dat er grote aantallen onverzekerden komen, maar zij geven direct aan dat zij geen idee

Van der Lans

hebben op welke manier zij daarin zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen. Dat moeten anderen dus doen. Wie? Dat zien wij wel, zo is ook ongeveer de houding van deze minister. Daarmee droppen wij het probleem bij gemeenten die naar eigen bevind van zaken moeten handelen. Zij krijgen straks dus de ellende over zich heen, zonder dat zij daarvoor tot nu toe enige financiële tegemoetkoming ontvangen. Misschien komt daarin echter verandering na dit debat.

Daar het systeem onverzekerden creëert, is het naar onze mening ook een politieke verantwoordelijkheid om een structuur te installeren die dat naar vermogen voorkomt. Zo'n structuur ontbreekt er op dit moment, omdat alle aandacht gaat naar de invoering en de administratieve verwerking van grote aantallen. Dit soort probleemgevallen is kennelijk een kwestie van latere zorg. Mijn fractie meent dat deze minister daar veel te lankmoedig mee omgaat.

De problemen en de onduidelijkheden stapelen zich op. Zo is het onduidelijk of verzekeraars aan degenen die nu een betalingsachterstand hebben, wel een aanbod gaan doen. Een dergelijk verhaal duikt ineens op. Zijn verzekeraars verplicht om wanbetalende burgers een aanbod te doen? Kan de minister hen hiertoe dwingen? Deze kwestie gaat vooraf aan de acceptatieplicht. Misschien kan de minister ook op dit punt opheldering verschaffen.

Het CDA komt met het voorstel voor een apart potje voor zorgverzekeringsongelukken, een soort noodfonds. Dat zal er wel komen, want de minister zegt in dit huis nu eenmaal nagenoeg alles toe wat mevrouw Van Leeuwen voorstelt. Laat vooral duidelijk zijn, dat wij er ook niet tegen zijn. Inmiddels mogen wij wel vraagtekens plaatsen bij de strategie van almaar pleisters plakken op structurele onvolkomenheden van deze wet, vooral van de wijze van invoering daarvan. Het moment is allang gepasseerd dat je met pleisters plakken de tekortkomingen van de invoeringspraktijk kon bedekken. De tactiek van het CDA komt erop neer dat het erkennen van dat feit steeds vooruit wordt geschoven. Redden wat er te redden is, is het credo. Dat kan echter niet verbloemen dat straks ook de politieke handtekening van het CDA staat onder de invoeringsdatum, evenals alle onduidelijkheden en onzekerheden. Gelukkig heeft mevrouw Van Leeuwen de vorige keer laten weten dat zij alle zaaltjes in het land afloopt om deze wet te verdedigen. Zij zal daar nog een hele klui af krijgen en wij wensen haar daarbij heel veel sterkte toe.

Het tweede hoofdpunt betreft de vrije keuze van artsen. Ook daarvan heeft deze Kamer in juni een hard punt gemaakt. Het mag niet zo zijn dat financiële overwegingen bepalend zijn voor de keuze van de zorgaanbieder. Dat is ook een intentie van de motie-Swenker. Letterlijk verzoekt de motie de regering, erop toe te zien dat deze keuzevrijheid voor de patiënt ook daadwerkelijk gegarandeerd blijft zonder extra premiebetalingen. Ik denk dat dat voor de toekomst van de gezondheidszorg een buitengewoon belangrijke uitspraak is. De eerlijkheid gebiedt mij te zeggen dat de reikwijdte van deze uitspraak pas in tweede instantie goed tot mij is doorgedrongen, want daarmee heeft deze Kamer in juni uitdrukkelijk stelling genomen in een zeer wezenlijke kwestie. Zij heeft namelijk bepaald dat de restitutiepolis, dus de polis die een vrije keuze van arts mogelijk maakt, de norm moet zijn. Dit is dus de standaardpolis. Met andere woorden: bij het berekenen van de hoogte van de

zorgtoeslag moeten wij niet uitgaan van het gemiddelde van de naturapolissen, maar van de restitutiepolissen. Alleen dan kunnen wij voorkomen dat voor mensen met minder inkomen de vrije keuze van arts veel duurder uitpakt. Dat is dus een zeer principiële keuze die deze Kamer gemaakt heeft.

Maar wat doet de minister? Hij begint het verstrekkende belang van die uitspraak weg te wuiven. Ja, zegt hij, het maakt niet zoveel uit, wij verwachten geen grote verschillen tussen natura- en restitutiepolissen, dat wijkt allemaal niet zo veel van elkaar af, er wordt door de zorgverzekeraars breed gecontracteerd, dus wij kunnen zonder risico als standaardnorm voor de berekeningen het gemiddelde van alle polissen nemen. Het maakt niets uit, aldus de minister. En daarin zal hij zeker het eerste jaar van deze Zorgverzekeringswet gelijk hebben. De grootste zorg van de zorgverzekeraars is er de komende maanden niet in gelegen om met elkaar te concurreren, want dat komt later wel. Allereerst zullen zij de huidige verzekeringen proberen te behouden. Zij zullen elkaar met hun polissen in de gaten houden. Inderdaad, dan doen de restitutiepolissen en de naturapolissen er in de praktijk weinig toe.

Als deze fase echter voorbij is en de markt van ziekenfondsverzekeren verdeeld is, gaat dat veranderen. De concurrentie wordt dan scherper. Die concurrentie is maar op één manier te realiseren: via het scherp inkopen van zorg en de resultaten daarvan onderbrengen in flink concurrerende naturapolissen. Zo ontstaat er op termijn in financiële zin een opwaartse druk op de restitutiepolissen: die worden duurder. Er ontstaat dan een neerwaartse druk op de naturapolissen: die worden goedkoper. Als die concurrentie aanzwelt, is het voor het principe dat de vrije keuze van een arts voor iedereen toegankelijk moet blijven, toch de basisgedachte van de motie-Swenker, wel degelijk van belang dat die als standaard c.q. norm wordt genomen. Die standaard moet in dat geval dus niet het gemiddelde van alle polissen worden, maar het gemiddelde van alle restitutiepolissen. Daarom is het van belang dat de minister daarover een uitspraak doet in dit debat. Gaat hij de komende jaren dus de gemiddelde restitutiepolis als norm c.q. standaard nemen of wil hij dat niet, bijvoorbeeld omdat de kosten dan te hoog worden? Dit is een principiële punt. Daarom moet de minister daarover nu al helderheid verschaffen. Hij moet dit dus niet laten lopen met de opmerking "dat zien wij later wel bij de monitoring". Dat zijn uitstelmechanismes.

Het debat dat wij vandaag voeren, draait in feite om de vraag of de senaat deze wet rijp acht voor invoering. Daarbij staat een ongebreideld optimisme van de mensen uit de systeemwereld tegenover het groeiende wantrouwen van burgers in hun ervaringswereld. Natuurlijk is er altijd wantrouwen, maar in dit geval wordt het wantrouwen extra gevoed door het feit dat het invoeringsproces zodanig georganiseerd is dat alles tot het laatste moment onduidelijk blijft. Je kunt op internet op verschillende plaatsen peilingen vinden over wat mensen van het nieuwe zorgstelsel verwachten. De antwoorden zijn bepaald droevig: driekwart van de bevolking ziet dit stelsel niet zitten en verwacht er een verslechtering van de situatie van. Zelfs de zorgverzekeraars dragen dagelijks bij aan de verwarring. Zo ontving ik gisteren van FBTO, mijn zorgverzekeraar, een mailtje. Daarin stond het volgende. "Half september ontving u van ons een digitale nieuwsbrief. Tot onze spijt

Van der Lans

is het artikel 'Met FBTO makkelijk naar het nieuwe zorgstelsel' te vroeg verschenen. Het artikel gaf nog geen nieuwe informatie over de verplichte basisverzekering. Onze excuses voor de verwarring die mogelijk bij u is ontstaan."

Dit is maar één berichtje uit de vele. Niemand weet precies hoe de vork in de steel zit. Niemand kan de werking van de wet overzien. Daarmee is de invoering van het zorgstelsel een politiek geladen risico-operatie geworden. Wie daarvoor nu het licht op groen zet, moet wel zeker van zijn zaak zijn dat het ook echt goed gaat, want anders zou men bewust investeren in de groei van politiek cynisme in dit land, iets wat geen enkele politicus zou moeten willen. Die zekerheid bestaat echter niet. Wie zoveel onbekenden in een systeem introduceert, kan met geen mogelijkheid zeggen hoe al die onbekenden met elkaar gaan interfereren. Er bestaat geen beleidsmodel dat dit in voldoende mate kan voorspellen. Alle mooie koopkrachtplaatjes van deze minister zijn straks niet bestand tegen de ervaringen waarover mensen vanuit hun persoonlijke portemonnee zullen spreken.

Nu is in een complexe samenleving nooit een soort totale beleidszekerheid te bieden. Elke stelselwijziging herbergt een politiek risico, maar deze stelselwijziging slaat door naar de andere kant en daarmee wordt het in de huidige politieke cultuur een vorm van gevaarlijk spel. Mijn fractie is van mening dat de zorg in dit land, die in principe van alle burgers is, daartoe niet gebruikt mag worden.

Dit betekent dat het door ons zelf gecreëerde en tot nu toe geaccepteerde dictaat van 1 januari van tafel moet. Zeker, het niet invoeren van de wet met ingang van 1 januari leidt tot een ongekende woedeaanval van de zorgverzekeraars, van iedereen die zich uit de naad heeft gewerkt om alles in orde te maken. Maar daar staat tegenover dat als wij nu het sein definitief op groen zetten, wij daarmee investeren in het maatschappelijk wantrouwen.

Het minste dat burgers van de senaat mogen verwachten, is dat deze oog heeft voor de zorgvuldigheid en toetst of de risico's beheersbaar zijn. Welnu, de zorgvuldigheid is zoekgeraakt in de tijdsdruk en alle risico's zijn niet meer te overzien. Mijn fractie roept daarom deze Kamer op om tegen dit kabinet te zeggen dat de introductie van het nieuwe zorgstelsel meer tijd behoeft en daarmee niet met ingang van 1 januari aanstaande kan worden gerealiseerd.

Om nog eens met de heer Kaland te spreken: "Nu reeds zeggen dat alles op 1 januari door moet gaan omdat het in ieder geval moet gebeuren, is een onverantwoordelijke handeling en ook een onverantwoordelijke behandeling van wettelijke maatregelen die dermate ingrijpend zijn voor iedere burger in dit land, dat wij genoodzaakt zijn dit zo zuiver en plichtsgetrouw mogelijk te behandelen."

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

Voorzitter: Jurgens

Aan de orde is de gezamenlijke behandeling van:

- **het wetsvoorstel Aanpassing van bijzondere wetten aan de Wet dualisering gemeentebestuur (Wet dualisering gemeentelijke medebewindsbevoegdheden) (28995);**
- **het wetsvoorstel Aanpassing van de Gemeentewet, de Provinciewet en enkele andere wetten in verband met de dualisering van het gemeente- en het provinciebestuur (29310);**
- **het wetsvoorstel Aanpassing van bijzondere wetten aan de Wet dualisering provinciebestuur (Wet dualisering provinciale medebewindsbevoegdheden) (29316).**

De beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Witteveen** (PvdA): Mijnheer de voorzitter. De drie wetsvoorstellen die wij vandaag behandelen, dragen een groot aantal medebewindsbevoegdheden over van de vertegenwoordigende organen in gemeente en provincie naar de bestuurlijke organen. Die overdracht betekent de wettelijke voltooiing van de dualiseringsoperatie die een aantal jaren geleden is ingezet. Wat was daar ook alweer de zin van? Het kan misschien geen kwaad, nu wij een nieuwe minister in ons midden hebben, nog even de geschiedenis naar voren te halen.

De dualisering van het gemeentelijke en provinciale bestuur, bedacht door een staatscommissie, zou zorgen voor een ontvlechting van bevoegdheden van vertegenwoordigende en besturende organen; wethouders zouden derhalve geen lid meer zijn van de gemeenteraad. De dualisering zou een einde maken aan de vaag omschreven hoogste bestuurlijke macht van de gemeenteraad door een precisering van bevoegdheden over en weer. De dualisering zou de belangstelling voor de politiek onder de burgers stimuleren door die nieuwe, heldere bestuurlijke verhoudingen en zou er kortweg voor zorgen dat zowel de gemeenteraad als het college van B en W, zowel de provinciale staten als GS hun eigenlijke werk naar behoren zouden kunnen doen. Dat was indertijd het idee.

De term dualisering verwees naar een staatsrechtelijk ideaal van dualisme, waarbij men een geïdealiseerde voorstelling maakte van de Haagse politieke verhoudingen tussen parlement en regering en deze vertaalde naar gemeentelijk en provinciaal niveau. Ondanks vele bedenkingen vanuit het lokale bestuur werd dit bestuurlijke model bij wet, dus van bovenaf, voor alle gemeenten en provincies verplicht gesteld. Het was dus een typisch voorbeeld van een stelselwijziging die, weliswaar na veel voorbereidend werk en een brede discussie, van bovenaf dwingend over het land kwam en die geen ruimte liet voor experiment, gefaseerde invoering en lokale variatie. Alle gemeenten werden bijvoorbeeld over één kam geschoren, alsof er geen wezenlijke verschillen bestonden tussen heel grote en heel kleine gemeenten – bijvoorbeeld Amsterdam versus Appingedam – en alsof al die gemeenten baat zouden hebben bij een identieke bestuursorganisatie en een gelijksoortige vorm van vertegenwoordigende democratie. Het moest ook nog maar worden afgewacht of het werk dat in gemeenten en provincie plaatsvindt, zich wel allemaal zou laten ordenen in de drie categorieën die de staatscommissie