

# 35ste vergadering

Woensdag 15 december 2004

Aanvang 10.15 uur

## Voorzitter: Ten Hoopen

Tegenwoordig zijn 100 leden, te weten:

Aasted Madsen-van Stiphout, Adelmund, Algra, Aptroot, Arib, Van As, Azough, Van Baalen, Bakker, Balemans, Van Beek, Blok, Van Bochove, Boelhouwer, Van Bommel, Bos, Brinkel, Bruls, Buijs, Bussemaker, Van de Camp, Cornielje, Crone, Depla, Dijkma, Dittrich, Douma, Duivesteijn, Eerdmans, Van Egerschot, Eijnsink, Eski, Ferrier, Van Fessem, Geluk, Van Gent, Gerkens, Van Haersma Buma, Van der Ham, Hamer, Haverkamp, Heemskerk, Herben, Hermans, Van Heteren, Hofstra, Ten Hoopen, Huizinga-Heringa, Jager, Kant, Karimi, Koopmans, Koster-Kaya, Kruijssen, Lambrechts, Leerdam, Luchtenveld, Mastwijk, Mosterd, Nawijn, De Nerée tot Babberich, Van Oerle-van der Horst, Omtzigt, Oplaat, Örgü, Ormel, De Pater-van der Meer, Rijpstra, Roefs, Rouvoet, Samsom, Schippers, Slob, Smeets, Smilde, Smits, Snijder-Hazelhoff, Van der Staij, Sterk, Straub, Stuurman, Szabó, Timmer, Timmermans, Tonkens, Van Velzen, Vendrik, Verbeet, Verburg, Verhagen, Vietsch, Visser, Van der Vlies, Vos, Jan de Vries, Klaas de Vries, Weekers, Weisglas, Van Winsen en De Wit,

en mevrouw Dekker, minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, de heren Hoogervorst, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en Wijn, staatssecretaris van Financiën.

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer

mede dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden:

Blom, Dubbelboer en Wilders, wegens bezigheden elders;

Van Heemst, wegens bezigheden elders, alleen voor de middagvergadering;

Fierens, wegens verblijf buitenslands;

Spies en Waalkens, wegens verblijf buitenslands, ook morgen.

Tevens meld ik de afwezigheid van mevrouw Hirsi Ali.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag) (29762);**
- **het wetsvoorstel Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet) (29763).**

De **voorzitter**: Over deze wetsvoorstellen is reeds een uitgebreid wetgevingsoverleg gevoerd en vandaag is de plenaire afronding aan de orde. Desondanks zijn er forse spreektijden opgegeven. Ik stel voor dat wij als gezamenlijke doelstelling nastreven dat dit debat in de loop van de middag kan worden afgerond. In ieder geval wil ik ernaar streven om de eerste termijn van de Kamer voor de middagpauze af te ronden. Mag ik u voorstellen dat wij

proberen om deze doelstelling te behalen?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Dit is een mooie doelstelling. Het wetgevingsoverleg dat wij eerder hebben gevoerd, was vooral technisch van aard. Onze spreektijden zijn een indicatie en wij zullen proberen om ons daaraan te houden, maar gelet op die spreektijden is het al twaalf uur voordat de Kamer haar inbreng heeft afgerond. De minister moet zijn antwoord dan wel erg afraffelen om aan uw doelstelling te kunnen voldoen. Ik dring erop aan dat wij wel de tijd nemen voor de behandeling van een wet waar al dertig jaar over wordt gesproken.

De **voorzitter**: Ik heb u een voorstel gedaan, maar ik vind dat er geen enkele concessie moet worden gedaan aan de kwaliteit van het overleg. Ik heb gezegd "dat ik ernaar wil streven", maar dat wil niet zeggen dat ik het debat zal afkappen.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter. Dit is een historisch moment. Wij zij hier echter nog niet erg blij mee. Misschien gebeurt er vandaag nog iets waardoor wij alsnog blij worden. Je moet altijd hoop houden!

GroenLinks staat achter de gedachte van een basisverzekering en de invoering van een vereveningssysteem en een acceptatieplicht. De problemen die wij in het wetgevingsoverleg hebben signaleerd, staan echter nog recht overeind. Ik noem ze nog eens: een hoge nominale premie, een

## Tonkens

ingewikkeld en bureaucratisch systeem van teruggave via de zorgtoeslag, een privaatrechtelijk stelsel met grote risico's en weinig greep van de overheid en daarmee ook van de politiek op het geheel, het risico van veel onverzekerden die kosten maken die zij toch niet kunnen betalen, veel macht bij de zorgverzekeraars, weinig tegenmacht, patiënten die weinig zeggenschap hebben en weinig keuzevrijheid. Patiënten kunnen kiezen voor een verzekeraar, maar niet  $\pm$  en dat vinden zij veel belangrijker  $\pm$  voor een zorgverzekeraar.

Deze week schreef een redacteur van het NRC Handelsblad iets over woningbouwcorporaties wat naar ik vrees instructief zal zijn voor de zorg. Hij schreef: "De overheid heeft bijna 10 jaar geleden de financiële banden met de corporaties doorgesneden en ze op eigen benen gezet. Het kabinet en de Tweede Kamer komen er nu achter dat zelfstandige woningbouwcorporaties zich niet laten sturen. Politieke partijen willen meer woningbouw, maar kunnen de corporaties niet dwingen." Schrijft deze krant over 10 jaar hetzelfde over het stelsel? Zal er dan in de krant staan: "De overheid heeft de zorgverzekeraars op afstand gezet en een regierol gegeven, maar nu komt zij er achter dat de verzekeraars zich niet laten sturen. Politieke partijen willen meer zorg, maar kunnen zorgverzekeraars niet dwingen om zorginstellingen te bouwen, mensen op te leiden of samenwerkingsafspraken te maken."? Verzekeraars hebben een zorgplicht, maar als die zorg er niet is, wat dan? Dat is het waar wij bang voor zijn met dit nieuwe stelsel. Ik zal de belangrijkste hoofdpunten, die ook eerder al aan de orde waren, nog even kort nalopen. Een aantal zaken hebben wij al uitgewisseld.

Een belangrijk onderwerp voor ons zijn de inkomens. Wij hebben herhaaldelijk gevraagd om inkomensplaatjes, maar die kregen wij net niet precies zo als wij ze graag wilden hebben. Uiteindelijk zijn wij toch maar zelf gaan rekenen. Wij zijn er achter gekomen dat het nieuwe stelsel toch echt de rijken nog rijker maakt en de armen nog armer. De minister ontkent dat en komt dan steeds met de zorgtoeslag op de proppen. Dat leek ons geen afdoende maatregel, maar wij hebben dat nu uitgerekend. Het is

inderdaad geen afdoende maatregel. Wat blijkt uit een berekening die wij op basis van cijfers, overigens afkomstig van de minister, hebben gemaakt? Daaruit blijkt dat gezinnen boven modaal er 500 mln op vooruit gaan. Zij krijgen 500 mln lastenverlichting met dit stelsel. Gezinnen beneden modaal gaan er 500 mln op achteruit. Dat is een verschil van 1 mld. Er wordt dus voor 1 mld gewerkt aan grotere ongelijkheid in Nederland dankzij dit stelsel. Dit komt allemaal doordat iedereen, rijk of arm, zo nodig precies dezelfde premie moet betalen. Dat is erg onrechtvaardig en het is erg duur. Het wordt namelijk gedeeltelijk gecompenseerd door de zorgtoeslag en dat is erg duur. Alleen de uitvoering door de Belastingdienst kost al 80 mln per jaar. Daar moeten 500 mensen extra worden aangenomen.

De overgrote meerderheid van de Nederlanders komt voor de zorgtoeslag in aanmerking, en dat is erg ondoelmatig. Er wordt een regel ingevoerd, namelijk betreffende de nominale premie, en vervolgens valt meer dan de helft van de Nederlanders onder de uitzondering op die regel. Het kan zoveel eenvoudiger, zelfs binnen dit stelsel met marktwerking. Zelfs binnen dit stelsel is namelijk een kleine nominale premie al genoeg. Wij blijven het onbegrijpelijk vinden dat de minister dat niet doet, maar nu hij de nieuwe cijfers kent, wil hij dit misschien alsnog herzien, zodat het niet zo is dat de rijke mensen nog rijker en de arme mensen nog armer worden. Die cijfers hebben wij op een A4'tje gezet, en daarop ontvangen wij graag een reactie van de minister.

In zijn berekening van het aantal mensen dat voor de zorgtoeslag in aanmerking komt, rekent de minister erop dat die mensen een no-claimregeling terugkrijgen. Dit versterkt het mechanisme waar ik op doelde. Het is nogal technisch, maar het blijft ook politiek van belang. Voor heel veel mensen geldt dat echter niet. Het geldt niet voor gehandicapten, chronisch zieken en de meeste ouderen. Daarom hebben wij voorgesteld om de no claim niet in mindering te brengen op de normpremie. Nu is het eigenlijk zo dat mensen met hoge zorgkosten op achterstand worden gezet in de berekening van wat zij terugkrijgen. Die mensen betalen dus nog meer. De minister is nog nauwelijks op het

amendement ingegaan. Misschien kan hij dat nu alsnog doen.

Verder zijn wij erg bang dat dit stelsel leidt tot prijsstijgingen. De minister zegt voortdurend dat het leidt tot doelmatigheid, maar het is heel onduidelijk hoe en waarom dat zou gebeuren. Er blijft ten slotte voorlopig sprake van een enorme schaarste in de zorg. Iedere econoom weet dat marktwerking bij schaarste leidt tot prijsstijgingen. Bovendien moeten verzekeraars nu hogere premies berekenen, omdat zij aan zogenaamde solvabiliteitseisen moeten voldoen. Met andere woorden: zij moeten ervoor zorgen dat zij genoeg achter de hand hebben met het oog op risico's die zij lopen. Dat leidt ook tot hogere premies. Kortom, de rijkere worden rijker; de armen worden armer en het is voor ons allemaal duurder.

Dan ga ik nu in op een aantal hoofdpunten uit het debat rond de positie van de cliënt, want die staat natuurlijk ook centraal. De cliënt wordt er armer van, maar wordt hij er ook beter van? Wij hebben helaas de indruk dat dit niet het geval is. Het stelsel is niet alleen duurder, maar geeft cliënten ook weinig zeggenschap en keuzevrijheid. Keuzevrijheid heet een belangrijk uitgangspunt te zijn, maar keuzevrijheid is er alleen voor de rijkere mensen, want alleen de rijken kunnen zich een polis veroorloven waarmee zij daadwerkelijk zelf kunnen kiezen voor de zorgverlener die zij willen. Mensen die niet zoveel geld hebben, zijn aangewezen op de zorgverleners die hun verzekeraar voor hen heeft uitgekozen. In onze visie zou de keuzevrijheid voor de zorgverlener, voor je eigen huisarts en voor je ziekenhuis, voorop moeten staan en niet de keuzevrijheid voor een verzekeraar. Mensen kiezen veel liever hun huisarts zelf dan dat zij hun verzekeraar kiezen.

De positie van de cliënt wordt naar onze mening evenmin verbeterd door het voornemen van de minister om het zogenaamde "etalageartikel" af te schaffen. Als een verzekeraar korting geeft aan een bepaalde groep, hoeft hij dat niet langer eveneens te doen aan een andere groep van gelijkwaardige omvang. Het "etalageartikel" stond er eerst wel in en de minister wil het er nu uit hebben. Daar zijn wij helemaal niet blij mee. Het "etalageartikel" was juist van belang om te voorko-

## Tonkens

men dat collectieve contracten voor een bepaalde groep goedkope patiënten ten koste zouden gaan van andere, duurdere patiënten. Vanwege het "etalageartikel" konden bijvoorbeeld patiëntenverenigingen dezelfde korting opeisen als groepen werknemers. Wij vinden het van groot belang dat het "etalageartikel" blijft bestaan.

Als wij kijken naar de positie van de cliënt, dan zien wij ook dat er in dit stelsel op allerlei terreinen een enorme machtspositie voor commerciële verzekeraars geregeld wordt, met geen of nauwelijks tegenmacht van verzekerden. Op alle vragen die wij stellen, zegt de minister steevast één ding, namelijk dat mensen kunnen opstappen. Dat is eigenlijk hun enige macht, maar het is geen tegenmacht. Patiënten staan tamelijk machteloos in relatie tot een verzekeraar als hun enige verweer is om naar een andere verzekeraar te gaan, zeker als die andere verzekeraar waarschijnlijk een net zo beroerde regeling heeft.

Er is ook weinig tegenmacht van zorgverleners die nog wel eens ten behoeve van patiënten het goede willen. Zeker in hun eentje staan namelijk ook zorgverleners machteloos tegenover megagrote verzekeraars. Ook hierop zegt de minister steeds: men kan naar een ander gaan. Naar mijn mening is dat eigenlijk niet het geval. Als één zorgverlener, één huisarts of één fysiotherapeut tegenover een verzekeraar met miljoenen verzekerden komt te staan, dan is dat geen onderhandelings situatie. Wij zijn niet zo enthousiast over de marktwerking, maar als je het al doet, doe het dan goed. Zorg er dan voor dat er macht en tegenmacht is, zoals dat in een marktwerkingssituatie hoort.

Op een raar aspect hiervan wil ik nog ingaan. Een verzekeraar mag tussentijds een contract met een instelling opzeggen, maar een verzekerde mag dat niet. Wij hebben het daar met de minister over gehad. Hij zegt dat dit niet vaak zal voorkomen en dat er een heel bijzondere reden voor moet zijn. De rechter houdt tot nu toe veel rekening met de vertrouwensrelatie die de patiënt met een zorgverlener heeft. Dat is fijn, maar het zijn geen redenen waarom een verzekerde dat niet mag, het zijn alleen geruststellingen. De minister stelt ons gerust dat het heus niet zo erg zou zijn. Wij willen redenen horen waarom een

verzekerde niet mag, wat een verzekeraar wel mag, namelijk tussentijds opzeggen. Wij begrijpen dat je niet op zichzelf tussentijds mag opzeggen, maar als een verzekeraar een contract met mijn huisarts opzegt, dan moet ik op dat moment ook het contract met mijn verzekeraar kunnen opzeggen. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister, want tot nu toe heeft hij in plaats van redenen alleen geruststellingen gegeven.

De minister wil niet werken aan de tegenmacht van verzekerden, van cliënten, omdat hij geen nadere regels wil stellen in de wijze waarop verzekeraars hun verzekerden invloed verschaffen, zoals de fracties van de SP en van GroenLinks willen. Waarom wil hij dat niet? Daarop zegt hij: ach, wij moeten er eerst maar eens op vertrouwen dat zij het wel goed doen. Pas als de verzekerden niet echt invloed blijken te krijgen en als het niet eens helpt dat zij weglopen, dan wil de minister wellicht regels stellen over de invloed. Waarom vertrouwt de minister de verzekeraars zo enorm op hun blauwe ogen, terwijl hij dat bij andere partijen niet doet? Waarom wil hij de tegenmacht van verzekerden niet wat beter organiseren? Ook hier geldt toch dat markt alleen werkt als je niet alleen macht hebt, maar ook tegenmacht? Het lijkt wel of de minister bang is dat de verzekeraars weinig macht hebben. Dat kan toch niet het geval zijn. Op zijn allerbest begrijp ik de reactie van de minister op ons verzoek als een dreigement aan verzekeraars, namelijk: verzekeraars regel het goed anders kom ik met een wet. Mag ik dat zo begrijpen? Is het een dreigement en, zo ja, hoeveel tijd geeft hij verzekeraars om verzekerden een fatsoenlijke invloed te geven?

Ik kom nu op de kwestie van het persoonsgebonden budget (PGB). Wij hebben gisteren ook met de staatssecretaris gesproken over de vraag wat er overeind blijft van het PGB als een deel van de AWBZ, waar het nu onder valt, naar de zorgverzekering gaat. De staatssecretaris zei dat wij met de minister moesten praten waar het om de geestelijke gezondheidszorg gaat omdat zij daar niet over gaat. Dat doen wij dan vandaag. De vraag van de Kamer was of het PGB gegarandeerd is als die verschuiving van AWBZ naar zorgverzekering plaatsvindt.

De minister schrijft eigenlijk dat dit niet is gegarandeerd. Hij zegt dat dit ook niet nodig is omdat mensen die zelf willen kunnen kiezen voor hun zorg een duurdere restitutiepolis nemen. Dat duurdere is natuurlijk al het eerste probleem. Het tweede probleem is dat het iets heel anders is. De minister suggereert nu dat particulier verzekerden tot nu toe eigenlijk een soort PGB hadden. Dat is natuurlijk onzin. Restitutie heeft met een PGB niets te maken. Een persoonsgebonden budget houdt in dat iemand een budget krijgt om zelf allerlei soorten zorg te regelen. Mensen mogen dat budget besteden aan wie zij willen. Het betreft vaak verschillende soorten zorg waarvan een eigen pakket kan worden samengesteld.

Restitutie betekent niet meer dan dat mensen voor één bepaalde handeling een eigen zorgverlener mogen kiezen. Als deze zorgverlener duurdere is dan de zorgverlener die door de eigen verzekeraar is gecontracteerd, moet ook nog een bedrag worden bijbetaald. De minister heeft het dus volgens mij over iets anders. Het klopt dat er een restitutiepolis is, maar die heeft volgens ons niets te maken met het persoonsgebonden budget. Dan blijft de vraag staan of de minister het PGB belangrijk vindt of niet. Als hij het belangrijk vindt, is de vraag waarom hij dan niet garandeert dat dit in de Zorgverzekeringswet is geregeld minimaal voor de zaken waarvoor het nu in de AWBZ mogelijk is?

Om de verzekerden wat meer rechten te geven, hebben wij voorgesteld om de zorgplicht nader te omschrijven in de Zorgverzekeringswet. Wij hebben geopperd om in ieder geval vast te leggen wat de wachttijden zijn. Dat kan heel eenvoudig want er zijn al regels voor, de Treek-normen. Wellicht kunnen er ook normen worden ontwikkeld voor afstand en reistijd. Beide geven toch wat meer invulling aan de zorgplicht. De minister heeft gezegd dat hij dit te gedetailleerd vindt. Dat vind ik eerlijk gezegd geen antwoord. Treek-normen kunnen in één zin worden genoemd. Er kan gewoon in de wet worden gezet dat de wachttijden de Treek-normen niet mogen overschrijden, punt, klaar. Dat is helemaal niet ingewikkeld. Ik geef toe dat dit voor normen ten aanzien van afstand en reistijd iets ingewikkelder is, maar

## Tonkens

die normen kunnen gewoon worden gemaakt door een of andere instantie. Zij kunnen vervolgens worden benoemd als Treek-normen voor reistijd of afstand en in de wet worden opgenomen. Waarom zouden wij dat niet doen? Wij zien niet in waarom dat ingewikkeld is. Op deze manier is het volgens ons heel eenvoudig.

Een ander punt met betrekking tot de positie van verzekerden is de voorrangszorg. Wij hebben daar uitgebreid over gesproken. Het komt erop neer dat verzekeraars voortaan mogen wachtljstbemiddelen. Dat is een mooi woord, maar het betekent dat verzekeraars andere patiënten van een wachtljst mogen duwen. Als ik een verzekeraar heb die een beetje brutaal is, zorgt hij ervoor dat verzekerden van andere verzekeraars langer moeten wachten dan oorspronkelijk het geval zou zijn. Hierdoor ontstaat hier volgens ons feitelijk voorrangszorg. Er ontstaat een ongewenste situatie waarbij ook niet meer duidelijk is wat wachtljsten eigenlijk zijn. Daardoor wordt het heel moeilijk om daar nog politiek op te bedrijven.

In onze visie is er een gebrek aan democratische controle op de positie van de patiënt, onder andere omdat de minister de Algemene Rekenkamer op afstand plaatst. Hij doet dat naar zijn zeggen omdat het een privaatrechtelijk stelsel is en omdat een verzekerde altijd wel naar een ander kan gaan als het hem of haar niet bevalt. Op iets anders wat wij vaak willen regelen, antwoordt de minister ook altijd dat dit niet kan vanwege het feit dat het een privaatrechtelijk stelsel is. Toch zien wij niet in waarom dat niet zou kunnen. De Algemene Rekenkamer kan toch onderzoek doen naar de doelmatigheid van de besteding van zorggeld? Het is publiek geld, dus dat is van ons allemaal. Deze vraag hebben wij al gesteld. Het antwoord van de minister luidde dat het College toezicht zorgverzekeringen en de Zorgautoriteit in oprichting de zorgplicht en de risicoselectie al bestudeerden. Dat is ook belangrijk; het is wel iets heel anders. De Algemene Rekenkamer bestudeert doorgaans de rechtmatigheid en doelmatigheid van bestedingen van publieke middelen. De vraag blijft dus waarom dat in dezen niet zou kunnen. Het College toezicht zorgverzekeringen en de Zorgautoriteit in oprichting doen dat niet,

dus het gaat niet aan om daarnaar te verwijzen. Die twee bestaan overigens naast elkaar, want wij hebben al een CTZ en een Algemene Rekenkamer. Dat heeft in onze visie niets met elkaar te maken. Er is dus eigenlijk nog geen antwoord gegeven op de vraag waarom de Algemene Rekenkamer op dat vlak geen rol speelt. De minister heeft in reactie op ons verzoek ook nog gezegd dat het zinledig was en dat iedere besteding rechtmatig moest worden geacht. Dat zei hij letterlijk. Als dat argument klopt, kun je beter de Algemene Rekenkamer afschaffen. Je kunt dan zeggen dat iedere besteding van publieke middelen rechtmatig moet worden geacht omdat dat altijd de bedoeling is. Als het klopt, kunnen wij politie en justitie net zo goed ook opheffen, want iedereen zou zich goed moeten gedragen. Wij snappen de logica van dit argument dus niet. Wij willen weten waarom de minister dat niet wil.

Tot nader order hebben wij soms, eerlijk gezegd, de indruk dat de minister het niet wil omdat de verzekeraars het niet willen. De verzekeraars willen niet dat er al te veel op ze wordt gelet, dat cliënten veel te zeggen hebben en dat er veel publieke controle op ze wordt uitgeoefend. Daarom wil de minister het ook niet. Eerlijk gezegd, acht ik de minister hoger dan dat, maar ik hoor nooit argumenten als die wel moeten worden aangedragen.

Met het amendement-Heemskerk dat betrekking heeft op de controle op verzekeraars, wordt beoogd dat het College voor Zorgverzekeringen wordt ingeschakeld. Ik neem aan dat de heer Heemskerk daar zelf uitgebreid op ingaat. Ik zal er dus kort over zijn. Wij staan er geheel achter en vinden de argumentatie van de minister op dit punt niet sterk. Hij zegt namelijk dat het inschakelen van het CVZ voor advies in geval van een geschil tijdverlies oplevert. Dat argument begrijpen wij niet. De verzekerde krijgt namelijk al geen zorg. Daarom is er een conflict. Om wat voor een tijdsverlies gaat het? De patiënt krijgt niets, dus die verliest geen tijd. Wie verliest er tijd? Waar gaat het over?

Wij zijn en blijven van mening dat de keuzevrijheid van de verzekerde ook bij koppelverkoop centraal moet staan. De verzekerde moet bewegingsvrijheid hebben. Hij of zij moet naar believen kunnen wisselen van

basispakket en aanvullend pakket. De verzekeraar mag daar geen bepalingen voor opstellen, anders worden de macht en de zeggenschap van de cliënt wel erg klein. De minister geeft overigens toe dat het risico van onvoldoende stemmen met de voeten bestaat. Hij doet daar echter helemaal niets aan. Hij zegt dat de Zorgautoriteit in oprichting erop zal letten, maar daar hebben wij op dit moment natuurlijk niets aan.

Wie zorgt er eigenlijk voor nieuwe voorzieningen en voor voldoende spreiding van nieuwe voorzieningen in dit stelsel? Hierop is ook nog niet op geantwoord. Ook de vraag over de spanning tussen samenwerking en concurrentie is niet beantwoord. Waarom zouden zorginstellingen "best practices" uitwisselen als zij in dit stelsel bedrijfsgeheimen worden? Waarom zou men bedrijfsgeheimen aan elkaar prijsgeven?

Ik vat mijn betoog samen. Er zijn in onze visie nog steeds drie hoofdproblemen. Ten eerste worden de inkomensverschillen onnodig sterk vergroot, terwijl dit juist een kans was om een solidair stelsel op te zetten. In de tweede plaats is de zeggenschap van de verzekerden buitengewoon fragiel, net als hun keuzevrijheid. En het derde probleem is dat het privaatrechtelijke karakter van het stelsel ervoor zorgt dat de politiek buitengewoon weinig invloed op dit stelsel heeft. Wij geven nu met vele miljarden publiek geld heel veel uit handen. Ik heb al in het begin geschetst wat de gevaren hiervan zijn en ik hoop dat de minister onze bezorgdheid voor een deel kan wegnemen. Ik zeg er wel bij dat hij dit alleen kan doen door maatregelen voor te stellen en niet door het nog een keer uit te leggen.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Na vele jaren is het eindelijk zo ver, er komt in 2006 een nieuw ziektekostenstelsel voor iedereen. Daarmee komt er een einde aan het onderscheid tussen de particuliere verzekering en het ziekenfonds, na jarenlang getouwtrek. Ik geloof dat het zelfs twintig jaar geduurd heeft. Ik zou er heel erg graag heel blij mee willen zijn, maar dat lukt niet. Dat komt door de gekozen invulling, daardoor ben ik allerminst blij met deze route. De patiënten trekken niet aan het langste, maar aan het kortste eind. Bij de nieuwe zorgverzekeringswet is

## Kant

er veel marktwerking en onvoldoende solidariteit ingebouwd. De minister zei bij het wetgevings-overleg dat er toch in de wet staat dat het een sociale verzekering is. Ja, je kunt van alles opschrijven, maar daarmee is het nog niet waar. In mijn ogen is de verzekering niet solidair genoeg. Ik zal een aantal punten noemen waarbij de solidariteit ontbreekt.

Ik begin met het ontbreken van inkomensafhankelijke premies. Dit vind ik niet solidair. Iedereen gaat dezelfde premie betalen, of je nu miljonair bent of het met bijstand moet doen. Natuurlijk, het kabinet stelt in een aparte wet een zorgtoeslag voor om dit voor de lage inkomens te compenseren, maar dit is bureaucratisch, niet volledig en het zorgt er niet voor dat de mensen met de hogere inkomens voldoende bijdragen. Verder is de hoogte van de zorgtoeslag er elk jaar weer afhankelijk van, hoe de pet van het kabinet staat, want die hoogte moet telkens weer opnieuw worden vastgesteld. Ik vind dit zeer ongewenst, want zo hangt het van het politieke gesternte van dat moment, van de economische situatie, van de begroting en in de komende jaren met name van minister Zalm af. Ik heb daarom een amendement ingediend om een minimumcompensatie vast te leggen. Volgens mij is ook de fractie van het CDA hier een voorstander van, dus ik wacht met spanning de voorstellen van deze fractie af. Zij mag ook mijn amendement steunen. Ik heb in ieder geval begrepen dat ook deze fractie vindt dat er niet elk jaar weer een discussie over moet worden gehouden.

Er is nog iets vreemds in de regeling op het punt van de compensatie, namelijk een drempelinkomen. Ik begrijp niet waarom de regering hiermee wil werken, want hierdoor worden de mensen met een inkomen onder het drempelinkomen niet navenant gecompenseerd. Ik begrijp niet waar dit voor nodig is, waarom de mensen met de laagste inkomens hierbij zouden moeten worden benadeeld. Daarom heb ik ook op dit punt een amendement ingediend.

Alleen nominale premies, dat is dus de basis van het zorgstelsel. Daar komt nog bij dat er geen enkele zeggenschap over de premiestelling meer is. De markt is geheel vrij, de verzekeraars kunnen de premies

laten stijgen en variëren zoals zij willen. Maar ik begrijp niet waarom er op geen enkele manier een maximum wordt vastgesteld, waarmee er variatie binnen een bepaalde bandbreedte mogelijk zou zijn. Als je kijkt wat vanaf 1 januari gebeurt, zie je dat het vooral stijging, stijging en stijging is. Gemiddeld stijgen de nominale premies met bijna 25%. Dat is fors. Dat leidt tot extra negatieve effecten op de koopkracht die ik in elk geval ongewenst vind en waarmee dit kabinet geen rekening heeft gehouden. Die effecten worden dus ook onvoldoende gecompenseerd. Ik wil graag dat de minister in dit debat daarop reageert.

In de brief die de minister heeft gestuurd over de nominale premiestijging begrijp ik ook iets niet. In de brief staat een tabel waarin de premiestijging in verband met de no claim op 255 euro wordt gesteld. Dat is echter een bedrag aan no claim dat je maximaal kunt terugkrijgen. Dat is niet, waarmee tot nu toe rekening werd gehouden, wat in de premieverhoging zou zitten. Zo heb ik het althans tot nu toe niet begrepen. Zo is het, als ik het teruglees, ook niet gezegd. Het wordt dus anders voorgesteld. Ik hoop dat de minister een uitleg heeft hoe het zit.

De no claim komt ook terug in het zorgstelsel in 2006. Het zal niemand verrassen dat ik daarmee buitengewoon ongelukkig ben. Ook dat vind ik een vorm van aantasting van solidariteit. Het volgend jaar krijgen de mensen die no claim al om de oren, maar in het stelsel wordt het voortgezet. Ik vind dat ongewenst. Het is een regeling waarbij ziek gaat betalen voor gezond. Dat is gewoonweg niet eerlijk. Daarom heb ik een amendement ingediend om in het nieuwe stelsel geen no claim in te voeren.

Vergelijkbaar is het variabele extra risico dat zorgverzekeraars er bovenop kunnen leggen. Naast de verplichte no claim kunnen mensen vrijwillig kiezen voor een eigen risico van maximaal 500 euro. De nominale premie zal dan lager zijn. Het zijn natuurlijk vooral de jongere, beter verdienende mensen die een eigen risico kunnen dragen, omdat zij weten dat zij minder kans maken op ziek worden. Als het toch gebeurt, kunnen zij het ook wel betalen als het echt nodig is. Ook hiermee wordt in mijn ogen de solidariteit verder

ondermijnd en zal bijvoorbeeld gekeken worden of het verstandig is om een eigen risico te nemen. Mensen met lage inkomens die om de maandelijkse kosten te drukken, een eigen risico nemen, zullen ook voor problemen gesteld worden. Op het moment dat zij zorg nodig hebben en die niet kunnen betalen, komen zij voor problemen te staan omdat zij het eigen risico niet kunnen dragen en om die reden een belangrijke gang naar de dokter uitstellen. Hoe wil je voorkomen dat mensen die een eigen risico nemen, te laat met hun zorgvraag komen? Wat zijn de consequenties als mensen hun gang naar de dokter te lang uitstellen? Daardoor kan de zorg duurder worden. Ik krijg graag een reactie op deze kritiek, die vergelijkbaar is met mijn kritiek op de no claim. Bij een eigen risico van 500 euro speelt dit een zeker zo grote rol.

Er is ook sprake van onvoldoende solidariteit ten opzichte van het pakket. Over het pakket zullen wij nog uitgebreid spreken, maar duidelijk is dat het pakket van het stelsel het pakket wordt dat nu voor het ziekenfonds geldt. Ik vind dat een uitgekleeft pakket. Het kan gecombineerd worden met een aanvullende verzekering waarvoor geen acceptatieplicht geldt, maar waarin wel heel belangrijke zorgzaken zitten die mensen nodig hebben. Het is een aantasting van solidariteit omdat het stelsel wordt ingevoerd met een uitgekleeft pakket. Gelukkig geldt voor zorgverzekeraars een acceptatieplicht voor het basispakket. Dat betekent dat zij daarop geen risicoselectie mogen uitvoeren en mensen niet mogen weigeren. Het probleem is echter dat het basispakket zo minimaal is dat veel mensen niet anders kunnen dan zich aanvullend verzekeren. Thuiszorg, fysiotherapie, de pil, zittend ziekenvervoer en groepen geneesmiddelen zijn uit het pakket geschrapt. Daar zit precies de pijn. Op de aanvullende verzekering, waarin in mijn ogen ook noodzakelijke zorg zit, mag wel risicoselectie worden toegepast en kunnen mensen worden geweigerd. Of de premie wordt zo hoog dat mensen die niet meer kunnen betalen. De minister zegt dat je nu in de praktijk ziet dat de risicoselectie wel meevalt. Ik ken helaas te veel voorbeelden, onder andere van reumapatiënten, die voor een aanvullende verzekering gewoon worden geweigerd. Ik ben

## Kant

erg bezorgd dat dit in de toekomst zal toenemen.

Over het pakket zullen wij nog spreken, maar ik wil een punt toch aan de minister voorleggen en daarover met hem in discussie. De minister zegt dat zorg die voor eigen rekening kan komen, niet in het pakket hoeft. Ik vind dat een dermate brede opvatting dat ik graag een toelichting daarop krijg. Wat bedoelt hij ermee? In principe zouden mensen best veel voor eigen rekening kunnen nemen, zelfs met een laag inkomen nog wel. Als het vandaag echter de pil is, morgen een bezoek aan de huisarts, overmorgen een bezoek aan de tandarts en volgende week de fysiotherapeut, stapelen de kosten zich wel op. Wat bedoelt de minister dus met de uitspraak dat zorg die voor eigen rekening kan komen, niet in het pakket hoeft?

Een volgend punt waarbij in mijn ogen gebrek aan solidariteit bestaat, is het volgende. Het aanbieden van verschillende polissen leidt wel degelijk tot tweedeling, en ik geef een aantal voorbeelden. Eerste- en tweedeklasse zorgverzekeringen worden mogelijk. De minister stelt dat buiten iedere twijfel moet staan dat er geen onderscheid bestaat in de zorgverlening zelf. Een eventuele klasseverzekering heeft volgens hem geen betekenis voor het kwaliteitsniveau van de verzekerde zorg, maar heeft betrekking op niet-zorggerelateerde aanvullende aspecten, zoals het beschikbaar stellen van eenpersoonskamers. Zo'n voorbeeld geeft al aan dat het helemaal niet zo makkelijk is, onderscheid te maken tussen zorg- en niet-zorggerelateerde aspecten. Dat heeft namelijk heel vaak alles met elkaar te maken. Je kunt wel zeggen dat een eenpersoonskamer een niet-zorggerelateerd aspect is, maar als rust een belangrijk iets is in de genezing van een patiënt, of als de gezondheidstoestand dat noodzakelijk maakt, heeft dat natuurlijk wel degelijk alles met zorg te maken. Zo kan ik talloze voorbeelden noemen. Als een eenpersoonskamer of iets dergelijks beter is voor een patiënt, gun ik dat alle patiënten. Er ontstaat dus wel degelijk onderscheid. Je introduceert wel degelijk omstandigheden die beter zijn voor wie een hogere premie kan betalen. Hoe wordt dat gecontroleerd, en hoe worden die eisen gesteld? Stel, iemand met een

standaardpolis ligt vanwege zijn gezondheidstoestand op een eenpersoonskamer. Er komt een nieuwe patiënt, met een luxere polis, die vanwege zijn hogere premie de eenpersoonskamer op, maar die is bezet. Hoe moet een ziekenhuis dan handelen? Of zullen ziekenhuizen speciale afdelingen met speciale kamers maken, om de luxe zorg te kunnen aanbieden, en mogen die dan niet worden gebruikt door de standaardpremiebetalers, ook niet als bedden leegstaan? Dat lijkt me zonde van premiecenten.

Een andere mogelijkheid in de polis is dat er verschillen ontstaan in service, een mooi breed begrip. De ene verzekeraar kan zich inzetten op optimale service, zoals een klantenservice die 24 uur per dag telefonisch bereikbaar is, en dat kost geld, waardoor de premie hoger is. De andere verzekeraar kiest voor beperkte service, en kan het doen voor minder geld. Het is wel duidelijk wie dan wat kan betalen. Natuurlijk zijn mensen vrij in de keuze van hun polis, maar ook de dikte van je portemonnee is daarbij bepalend. In de service zal dus een tweedeling ontstaan. Je hebt mensen die een iets hogere premie wel kunnen opbrengen, zodat zij een zorgverzekering krijgen met optimale service, en je krijgt derderangspolissen, met lagere premies en minder service. Dat kun je een normale, gewenste ontwikkeling vinden, maar ik vind dat geen gewenste ontwikkeling.

De bewindslieden begeven zich op glas ijs als het gaat om het kunnen ontstaan van voorkruipzorg. Dat zou namelijk als service kunnen worden gezien. Maar ik vind dat alle patiënten snel aan de beurt moeten kunnen zijn. Je kunt natuurlijk een aparte service bieden: bij onze verzekering bent u binnen een bepaalde tijd geholpen. Wie kan die hogere premie betalen? Degene die meer geld in zijn portemonnee heeft. Het risico van voorkruipzorg bestaat dus. De minister vindt dat een aparte polis voor mensen die sneller geholpen worden niet mag, maar dat is niet in de wet geregeld. Daarom heb ik een amendement ingediend. Ik ben er niet helemaal gerust op dat de minister echt vindt dat het niet moet kunnen. Hij zegt namelijk ergens anders dat het maken van concrete afspraken over tijdigheid van levering van zorg wordt beschouwd als een mogelijkheid

voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders om zich in positieve zin van elkaar te onderscheiden. Natuurlijk, iedereen moet ervoor zorgen dat mensen sneller zorg kunnen krijgen. Maar als men zich daarop mag onderscheiden, is er wel degelijk een door mij niet gewenst risico van voorkruipzorg.

### Voorzitter: De Pater-van der Meer

Mevrouw **Kant** (SP): De keuze tussen een restitutiepolis of een polis in natura is ook een risico waarbij onderscheid gaat ontstaan. Het is niet zo dat ik onderscheid ongewenst vind, helemaal niet, maar het wordt wel ongewenst als je een stelsel ontwikkelt waarbij de keuzevrijheid vooral wordt bepaald door je inkomen. Ook bij de keuze voor een restitutiepolis of voor een naturapolis zit dat risico erin. Het systeem van voorschieten bij restitutie kan voor mensen een drempel opwerpen, omdat zij daar het geld niet voor hebben. Zorgverzekeraars geven nu al aan gewoon het verschil te laten betalen tussen de behandeling via de gecontracteerde aanbieder en de gekozen niet-gecontracteerde aanbieder. Hoe valt dit te rijmen met de uitspraak van het kabinet dat deze keuze tot restitutie niet om financiële redenen belemmerd mag worden? Graag een reactie van de minister op dit punt.

Voorzitter. De "preferred providers" mogen zorgpolissen aanbieden met meer of minder keuzevrijheid. Ook hier geldt wat ik eerder stelde. Ik ben erg voor een grote keuzevrijheid voor patiënten, maar dan moet die wel gelden voor alle patiënten. Nee, er komen polissen waarbij meer keuzevrijheid mogelijk is. Kun je die polis niet betalen, dan moet je maar genoegen nemen met een polis met minder keuzevrijheid. Daarmee ontstaat een ongelijkheid in het stelsel.

Dan kom ik bij het punt van de keuze van deze minister voor een privaatrechtelijk stelsel. In mijn ogen maakt die keuze voor een privaatrechtelijk en niet publiekrechtelijk stelsel het nodeloos moeilijk om grip op waarborgen als gelijke toegang te houden. Het houdt ook een groot risico in als het gaat om de vraag of het stelsel wel Europa-proof is. Die risico's hadden niet genomen hoeven worden als voor een publiekrechtelijk stelsel was gekozen.

## Kant

De minister leek in het wetgevings-overleg de suggestie te wekken dat het niet zoveel uitmaakt waar hij voor kiest. Als het allemaal niet zoveel uitmaakt, had de minister beter voor het andere stelsel kunnen kiezen. Dan hadden wij minder risico's gelopen. Het is natuurlijk onzin dat het niet uitmaakt. Natuurlijk maakt het wel iets uit. Neem het fenomeen winstoogmerk dat de minister mogelijk wil maken. Daar zouden in een publiekrechtelijk stelsel grenzen aan gesteld kunnen worden. In een privaatrechtelijk stelsel kan dat niet. Er is dus door deze keuze wel degelijk een onderscheid, namelijk dat het gewoon toegestaan moet worden. Iedereen zal begrijpen dat ik geen voorstander ben van zorgverzekeraars met winstoogmerk. Zij zullen de winst uitkeren aan derden, zoals aandeelhouders. In mijn optiek zijn in een solidair zorgstelsel de premiebetalers de aandeelhouders van de zorgverzekeraars. Als er winst gemaakt zou worden op basis van de premies die deze mensen inleggen, dan zou dat terug moeten vloeien in de vorm van premieverlaging of het zou geïnvesteerd moeten worden in betere zorg en niet moeten verdwijnen in de zakken van aandeelhouders.

Ik heb, zoals bekend, bezwaren tegen marktwerking in de zorg. Ik heb die bezwaren regelmatig in debatten naar voren gebracht. Ik wijs op de risico's die dit heeft voor samenwerking, voor de kwaliteit van zorg, voor de solidariteit en op de onnodig stijgende kosten. Dat laatste moet de minister toch aanspreken. Het onlangs verschenen WRR-rapport geeft mij een mooi aanknopingspunt om los van die bezwaren, waar ik al vaak de discussie over aangegaan ben met de minister, de minister ervan proberen te overtuigen dat marktwerking niet de juiste route is om problemen op te lossen, juist omdat marktwerking gestimuleerd wordt in iets wat geen markt is in de zorg. De prikkels van concurrentie en winstoogmerk, zo begrijpt ook deze minister, zet een betaalbare en kwalitatief goede zorg voor iedereen onder druk. Om dit te voorkomen komt de minister met extra regels en extra toezicht, bijvoorbeeld het instellen van een zorgautoriteit. Terwijl aan de bestaande bureaucratie niets wordt gedaan, komt er meer bureaucratie bij. In plaats van meer markt en

meer bureaucratie zien wij liever minder markt en minder bureaucratie. In die bureaucratie kan, ook in het huidige systeem, nog fors gesneden worden. Ik noem in dit verband de RIO's, de eigen bijdrage, de vele machtigingen die een rol spelen en die in de toekomst toe zullen nemen. Ik vind dat zorgverzekeraars elkaar niet moeten beconcurreren. Zij moeten weer regionaal gaan werken. Ook ben ik tegen het invoeren van diagnose-behandelcombinaties bij de specialisten in een ziekenhuis. Vorig jaar heb ik de minister bij de begrotingsbehandeling een rapport overhandigd waaruit naar voren kwam dat wij op dat punt nog wel een miljard zouden kunnen besparen.

Minder markt en minder bureaucratie is in mijn ogen de oplossing. Natuurlijk moet je er dan wel voor zorgen dat het geld voor de publieke sector, in dit geval de zorg, goed besteed wordt, maar dat moet je doen met zo min mogelijk wetten en regels. Doelmatiger, efficiënter en vooral ook kwalitatief beter kan het worden door publieke instellingen met elkaar te vergelijken en van elkaar te laten leren in plaats van elkaar te laten beconcurreren. Overigens heb ik dit jaar bij de begrotingsbehandeling de minister de suggestie gedaan om te denken aan een instituut dat kijkt naar kwaliteit, efficiency en doelmatigheid en dat instellingen in de zorg met elkaar vergelijkt en van elkaar laat leren. De minister heeft toegezegd dat hij naar die initiatieven in Duitsland en Engeland zou laten kijken. Ik ben benieuwd of dat al gebeurd is en, zo ja, wat de minister daarvan vindt.

Zonder controle en toezicht kan het niet, maar doe dat dan niet in detail, maar zoveel mogelijk steekproefsgewijs achteraf. Een belangrijke factor voor een goede publieke sector en een goede zorg waaraan publiek geld en premiecenten goed besteed zijn, is een goede institutionele moraal. Dat is het stelsel van waarden en normen binnen een organisatie in de zorg. Meer verantwoordelijkheid, minder regels en minder gedetailleerde controle, oftewel minder wantrouwen, zal werkers in de zorg stimuleren deze verantwoordelijkheid ook te nemen, niet weg te kijken maar elkaar aan te spreken. Velen zouden deze cultuuromslag in de

zorg toejuichen, juist in de zorg, want mensen krijgen weer zin in het werk omdat de arbeidsvreugde toeneemt. Zij kunnen namelijk dat doen, waarvoor zij hebben gekozen.

Naast de vele regels die in mijn ogen weg kunnen, zou er één regel bij moeten komen om de moraal te versterken: paal en perk stellen aan de verrijking door maximum-salarissen voor de top. Ook moeten falende managers in de zorg het veld ruimen. Zij moeten niet met een forse gouden handdruk weggestuurd worden en vervolgens elders aan de slag gaan. Het rapport van de WRR bewijst opnieuw dat het respect voor werkers in de zorg zou moeten worden hersteld. Het gaat om vrouwen in de vele mensen op de werkvloer, die nu al bezig zijn met de beste zorg geven. Zij zijn het best in staat om de afwegingen te maken die in de praktijk nodig zijn. In plaats van hen te vertrouwen, geven wij ons vertrouwen aan concurrerende zorgverzekeraars. Meer macht naar hen betekent nog meer aantasting van de mensen op de werkvloer en hun professionele autonomie. Daardoor wordt in mijn ogen ook de keuzevrijheid van patiënten aangetast. Daaroverheen komt er nu een heel nieuw extra controlemechanisme.

De marktwerking wordt ondanks de bezwaren stapsgewijs verder ingevoerd door deze minister. Afhankelijk van de effecten gaat hij kijken welke stap de volgende stap zou moeten zijn. De minister is voorzichtig en hij wil lessen trekken uit elke stap die hij zet. In plaats van lessen te trekken uit de toekomst kan hij misschien beter lessen trekken uit het verleden. Zou het niet verstandig zijn om een analyse te maken van de marktwerking in de thuiszorg en in de kraamzorg? Ik heb daar meermaalen om gevraagd, maar de minister heeft die vragen eigenlijk nooit afdoende beantwoord. Waarom is dat niet op een fatsoenlijke manier onderzocht? Waarom zijn er geen lessen uit getrokken, alvorens een nieuwe stap te zetten? Ik hoop dat de minister daar vandaag wel op wil reageren. Ik overweeg anders om de Kamer te vragen dat onderzoek alsnog te doen.

Marktwerking heeft ook risico's voor kwaliteit. Dat wordt misschien niet onderschat, maar er wordt te weinig rekening mee gehouden. Als je dat erkent, dan zou je de inspectie verder uitbreiden als je marktwerking

## Kant

introduceert. Nee hoor, de minister vindt dat niet nodig, terwijl hij eigenlijk zelf al heeft opgemerkt dat het nodig is. Eerder zei hij: bij het toestaan van het winsttoogmerk zal ik dan ook de inspectie voor de gezondheidszorg vragen extra aandacht te besteden aan de kwaliteit van de zorg bij instellingen die winsttoogmerk nastreven. Hij erkent het, maar er komt geen uitbreiding van de inspecties.

Ik kom nog bij een aantal losse punten die vooral de patiënt aangaan, die in mijn ogen aan het kortste eind trekt. Het eerste punt is de overgangsregeling. Wij hebben een inkijkje gehad in de invoeringswet. Wij hebben stilgestaan bij die overgang tijdens het wetgevingsoverleg, maar het is mij nog steeds niet duidelijk of dat op een fatsoenlijke manier geregeld wordt. Dan denk ik vooral aan de aanvullende verzekering. Komen mensen niet op eens in de problemen als het stelsel is ingevoerd? Hoe gaan wij dat op een fatsoenlijke manier regelen? De minister is daar eigenlijk nog niet erg duidelijk over geweest.

Dan kom ik bij het punt van zorg op tijd. Het is mooi dat je in het pakket vastlegt op welke zorg mensen recht hebben, maar als je vervolgens niet bepaalt dat het binnen afzienbare tijd moet gebeuren, dan heb je er niet zoveel aan. Als je wel recht op zorg hebt, maar het een jaar kan duren voordat die wordt verleend, heb je niet zoveel aan dat recht. Je kunt dan al overleden zijn, of je gezondheidsprobleem kan ernstig vergroot zijn. Ik vind daarom dat ook geregeld zou moeten worden dat zorg altijd op tijd wordt gegeven, binnen minimale normen, maar dat is niet gebeurd in het wetsvoorstel. Wij hebben daarvoor Treek-normen, maar er kan ook met deskundigen worden vastgesteld welke van die normen zodanig essentieel zijn dat het daarbij in ieder geval geregeld moet zijn, omdat het voor de mensen zeer belangrijk is dat die vormen van zorg binnen de normtijd worden verleend.

De minister vindt het niet nodig om dit te regelen en wil het overlaten aan het veld. In het verleden hebben wij gezien tot welke problemen dat kan leiden. Ik wil daarom wél graag in de wet regelen dat zorg ook op tijd geleverd moet worden. Dat kan natuurlijk niet allemaal in deze raamwet en daarom zou er een algemene maatregel van

bestuur moeten komen, die dit punt regelt. Het door mij ingediende amendement vraagt om op dat punt met zo'n algemene maatregel van bestuur te komen.

Het punt van de koppeling van de aanvullende verzekering aan de basisverzekering vind ik bijzonder moeilijk. Ik voel mij in de ontstane discussie eigenlijk behoorlijk gechanteerd, want het argument om de koppeling niet te verbieden is, dat wij anders weer risicoselectie in huis zouden halen. Die selectie is een probleem, omdat het bij de aanvullende verzekering wel om in mijn ogen wezenlijke zorg gaat. Ik kan het dan ook niet helemaal overzien. Ik wil de beste uitkomst voor de patiënt en het al dan niet koppelen wil ik dan ook laten afhangen van de vraag, welke vorm het meeste gevaar op risicoselectie geeft, maar ik kan niet goed inschatten of dat gevaar bij niet koppelen, of juist bij wél koppelen aanwezig is. De minister stelt dat koppeling het minste risico van risicoselectie geeft, maar anderen, waaronder de CG Raad, schatten in dat er juist bij een volledige ont koppeling het minste gevaar van risicoselectie is. Ik neig ertoe om ook die inschatting te maken, maar ik vind het niet helemaal duidelijk. Ik hoop dat beide kanten mij vandaag duidelijk kunnen maken waarom hun wens tot de minste risicoselectie zou leiden.

De kern van het probleem ligt overigens ergens anders. De hele discussie over het al dan niet koppelen geeft al aan waar het probleem ligt: er zitten zaken in de aanvullende verzekering die wezenlijk voor mensen zijn. Als je dat probleem wegneemt door de wezenlijke zaken gewoon weer terug te brengen in het basispakket, zou de hele discussie niet meer nodig zijn.

Zorgverzekeraars mogen collectieve contracten aan groepen gaan aanbieden. De minister heeft daarvoor in de wet het etalageartikel opgenomen, waarmee wordt bedoeld ± als ik het goed heb begrepen ± dat een verzekeraar die aan een groep een collectieve verzekering met korting aanbiedt, ook aan andere groepen van dezelfde omvang diezelfde verzekering met dezelfde premie en voorwaarden moet aanbieden. Lagere premies mogen dan ook alleen worden vastgesteld op basis van schaalvoordelen. Op zichzelf lijkt

mij dat een redelijke rem op het ontstaan van verschillen op dit punt. Als je hier geen waarborgen inbouwt, is het duidelijk welke groepen patiënten zorgverzekeraars het liefste een korting op de premie geven. Dat zijn bijvoorbeeld werknemers van bedrijven, niet de leden van patiëntenverenigingen. Als er echter de verplichting is om dan ook hetzelfde contract aan te bieden aan bijvoorbeeld de Nederlandse Reumabond, tegen dezelfde voorwaarden en dezelfde premie, zet dat een rem op het ontstaan van grote verschillen.

Punt is echter dat deze waarborg nu misschien gaat verdwijnen. De minister heeft tijdens het wetgevingsoverleg min of meer de oproep gedaan dat, als de Kamer het anders zou willen, ze zelf maar met voorstellen zou moeten komen. Ik vind dat jammer. Dat is des te jammer omdat deze oproep ook nog gehoor heeft gekregen, waardoor deze rem als sneeuw voor de zon lijkt te gaan verdwijnen. Er ligt immers een amendement van mevrouw Schippers om het betreffende artikel te schrappen en om het mogelijk te maken dat collectieve contracten worden aangeboden met een premiekorting tot 10%. Als je dat doet, zal gebeuren wat ik zojuist zei: zorgverzekeraars gaan zich dan richten op gezonde groepen verzekerden. Mevrouw Schippers vindt het vast niet erg dat dit onderscheid dan gaat ontstaan, maar ik vind dat een enorme aantasting van de solidariteit in het stelsel en zal dan ook zeker tegen het amendement stemmen. Ik ben ook benieuwd hoe de minister hiernaar kijkt, want hij heeft dit niet bedacht. Hij heeft wel opgeroepen om met iets anders te komen, maar ik ben toch benieuwd hoe hij oordeelt over de gevolgen van dit voorstel.

Wat betreft de positie van patiënten wordt in de stelseldiscussie de rechtsbescherming van de verzekerde behoorlijk onderschat. Daar zijn nu al problemen mee, maar die problemen worden alleen maar groter. Als je meer macht legt bij verzekeraars, kan dat leiden tot een aantasting van de rechten van patiënten en van de professionele autonomie van bijvoorbeeld de voorschrijver. Je ziet nu al dat er allerlei machtigingssystemen zijn voor vloeibare voeding, hartrevalidatie en bijzonder geneesmiddelen alvorens een zorgverzekeraar



## Kant

dat gaat vergoeden. De Raad van State zei in reactie op het stelsel dat de zorgverzekeraar een grotere rol krijgt bij de zorgindicatie en is van mening dat de zorgbehoefte en de behandeling moeten worden vastgesteld op medisch-inhoudelijke gronden. De zorgverzekeraar gaat zich er echter mee bemoeien en dat vind ik een ongewenste ontwikkeling. Weigering van zorg mag alleen op inhoudelijke gronden, maar de zorgverzekeraars weten die gronden vast wel te vinden. Dat zie je nu al vaak gebeuren en als ze meer macht krijgen, zal dat nog vaker gebeuren. Als het even kan, zullen zij geen medische voorzieningen verstrekken. Hoe oordeelt de minister hierover?

De positie wordt ook aangetast omdat wij van een publiekrechtelijk naar een privaatrechtelijk systeem gaan. Je recht halen in een privaatrechtelijk systeem is een stuk moeilijker dan in een publiekrechtelijk systeem. Dat wordt volgens mij zwaar onderschat. Wat vindt de minister hiervan? Er komt met het oog op de positie van de patiënt een onafhankelijke geschillencommissie, maar ik maak mij over die onafhankelijkheid grote zorgen. De minister verwijst in dit verband naar de ombudsman zorgverzekering. Die ombudsman is echter niet onafhankelijk, want hij valt onder de zorgverzekeraars. Hoe denkt de minister de onafhankelijkheid van de geschillencommissie te garanderen? Ik wil hier graag een duidelijke toezegging op.

Mensen kunnen uiteindelijk naar de rechter of de geschillencommissie, maar naar de rechter gaan kost geld en tijd. Dat heb je vaak niet als patiënt. Je hebt immers heel vaak niet de tijd om te wachten op een bepaald geneesmiddel of een speciale behandeling. Ik vind het erg vreemd dat een zorgverzekeraar kan weigeren medewerking te verlenen als een zorgverlener, een voorschrijver het belangrijk vindt dat een patiënt een bepaald geneesmiddel of iets anders krijgt. Er is dan sprake van een geschil maar al die tijd krijgt de patiënt niet de noodzakelijke zorg. Dat is natuurlijk een uitermate ongewenste situatie. Ik vind dit een heel merkwaardige rechtsfiguur: de zorgverzekeraar stelt vast dat er een geschil is en al die tijd moet de patiënt wachten. Ik wil dit graag omdraaien. Denkt de minister dat dit mogelijk is? Zolang er een geschil is, moet zorg worden verleend in

afwachting van een uitspraak van de geschillencommissie. Dat kan een hoop narigheid voor de patiënt voorkomen. Eventueel zal ik op dit punt met een amendement komen, maar men zal begrijpen dat dit een nogal ingewikkelde materie is.

De inspraak van ledenraden wordt pas geregeld als blijkt dat zorgverzekeraars onvoldoende invloed afstaan. Wie bepaalt wat onvoldoende is? In het geval van een groot meningsverschil tussen verzekeraars en verzekerden is de positie van patiënten onvoldoende gewaarborgd. Het wetsvoorstel is hier te vaag over. Het instellen van ledenraden moet gewoon worden geregeld in de wet. Het amendement van mevrouw Tonkens op dit onderdeel ondersteun ik van harte.

Een ander punt waarover ik mij grote zorgen maak, betreft het volgende. Ik wil de garantie hebben dat er niet ergens publiek geld bij zorgverzekeraars is weggestopt dat wij straks bij de overgang van publiek naar privaat kwijt zijn. Hoe zit het bijvoorbeeld met de budgetten die in 1990 voor verstrekkingen in het ziekenfonds zaten en toen zijn overgeheveld naar de AWBZ? Die zijn door de ziekenfondsen opgepot. Waar is dat geld gebleven? Wat gebeurt ermee na de overgang? Is er gecontroleerd wat er met dit voorbestemde geld is gebeurd? Waar is dit geld? Verdwijnt het straks in de private pot? Ik zou dit zeer ongewenst vinden. Ik hoor graag de reactie van de minister.

De minister zegt in de uitvoeringswet dat alleen zorgverzekeraars die zonder winstoogmerk werken, reserves mogen aanspreken. Ik vind het logisch dat er iets wordt geregeld, maar ik vind dit te vaag. Hoe lang geldt dit? Hoe wordt dit gecontroleerd? Wat gebeurt er met de zorgverzekeraars die nu reserves hebben en die wel met winstoogmerk gaan werken? Moeten zij het geld eerst inleveren voordat zij tot die werkwijze overgaan? Hoe wil de minister dit regelen?

Een ander punt dat mij bezighoudt, heb ik ook al eerder naar voren gebracht. Ik zal mijn vraag herhalen. In het concept van het besluit Zorgverzekering staat dat zorg ten gevolge van atoomkernreacties tijdens een oorlogshandeling of terrorisme is uitgesloten. Ik heb begrepen dat dit per 1 januari aanstaande ook geldt voor particuliere zorgverzekeringen. Ik vind dit

wel vreemd. Wie zal de zorg betalen die nodig is na een terroristische aanslag? De mensen die dan zorg nodig hebben, kunnen die natuurlijk niet zelf betalen. Ik neem aan dat de minister hierover heeft nagedacht. Wil hij opheldering verschaffen?

Ik ben niet zo blij met de functiegerichte omschrijvingen die zijn aangekondigd. Daarmee verdwijnt de zekerheid dat de zorgverlener voldoende is opgeleid voor de zorg die hij levert. Ik vind dit geen vooruitgang.

Een volgend punt waarvoor ik aandacht vraag, is de positie van de kleine zelfstandigen en freelancers. Het is mij nog niet helemaal duidelijk of deze mensen niet te veel worden benadeeld. Als ik het goed heb begrepen, moeten zij ook de werkgeversbijdrage betalen. Is dit niet een te zware last voor hen?

Ik rond af. Er moet nog veel veranderen in de zorg, maar de voorstellen van het kabinet die wij vandaag bespreken, zullen naar ik vrees meer problemen oproepen dan oplossen. Dit is jammer. Mijn motto is: minder markt, minder bureaucratie en meer vrijheid voor de mensen op de werkvloer in de zorg. Zij moeten meer handelingsvrijheid krijgen in een systeem dat hen weliswaar controleert, maar ook veel eigen verantwoordelijkheid laat.

De zorg moet geen verantwoording afleggen aan aandeelhouders, maar aan de samenleving. Het antwoord op het falen van de overheid bij het oplossen van de problemen in de zorg is niet de markt. Dat antwoord is: een betere overheid. Een overheid die durft los te laten waar het kan en aan te sturen waar het moet.

Dergelijke overwegingen hadden natuurlijk tot een andere keuze voor een zorgstelsel geleid. Het mocht niet zo zijn. Het had ook geleid tot een veel minder ingewikkeld en veel eerlijker stelsel. Het mocht niet zo zijn.

Mijn keuze is: een verzekering voor iedereen, verplicht, met inkomensafhankelijke premies, gewoon via de belasting en zo simpel mogelijk, en verder flink de bezem er door. Geen no claim, geen extra eigen risico, geen verschillende polissen, geen concurrerende winstmakende zorgverzekeraars en vooral veel, veel minder bureaucratie.

Ik zei: geen concurrerende winstmakende zorgverzekeraars. Ik

## Kant

zal het nog sterker zeggen: als het aan mij ligt, overwegen wij serieus om de zorgverzekeraars op te heffen.

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Normaal gesproken houdt de plenaire afronding in dat alles wel zo'n beetje is uitgewisseld en dat plenair nog even de conclusies worden herhaald. In dit debat zal er echter iets meer moeten gebeuren, want er is in het wetgevingsoverleg wel wat blijven liggen. Het gaat bovendien over een fors project, namelijk een heel complex van wetgeving met een lange voorgeschiedenis. Evengoed kun je ervan afzien om alles te herhalen wat al uitvoerig besproken is. Ik vond het wetgevingsoverleg wel een goed overleg. Er is in een dag tijd veel aan de orde gekomen. Er is vrij terzake en inhoudelijk gesproken. Ik maak ook de minister een compliment, want er werd inhoudelijk goed, adequaat, terzake en to-the-point gereageerd, waardoor er een heleboel heeft kunnen passeren. Dit neemt niet weg dat iedereen zijn politieke inschattingen en observaties behoudt, alsook het recht om op allerlei punten van mening te blijven verschillen. Ik heb echter een goed gevoel over de inhoudelijke kant van het wetgevingsoverleg.

Dit neemt niet weg dat mijn fractie in een lastig parket zit wat betreft de voorgestelde wetgeving. Wij wilden ook een nieuw stelsel en dat willen wij nog steeds. De vraag is dan, of je het voorgestelde stelsel ideaal vindt en of dat het is wat je voor ogen had toen er vele jaren werd gesproken over de noodzaak van vernieuwing van het zorgstelsel. Willen wij ook dit stelsel? Ik steek niet onder stoelen of banken dat er, ook na het wetgevingsoverleg, voor onze fractie nog een aantal punten in zitten waardoor wij die vraag nog niet zomaar met ja kunnen beantwoorden. Mijn fractie heeft niet de gewoonte om lichtvaardig tegen wetsvoorstellen te stemmen, zeker niet als het veelomvattende wetsvoorstellen zijn. Dan moet er wel wat gebeuren. Deze voorstellen bevatten echter voor ons een aantal principiële en zwaarwegende punten, waardoor mijn fractie dit plenaire debat echt nog nodig heeft om tot een eindoordeel te kunnen komen. Ook voor mijn fractie is het dus meer dan een formele plenaire afronding

van iets dat wij al genoeg hebben besproken.

De verschillpunten betreffen de juridische vormgeving van het stelsel, de inhoud van het basispakket ± daarbij doel ik op de breedte van het pakket, maar ook op de ruimte voor gewetensbezwaren ± de premiestelling, dat wil zeggen de vormgeving van de solidariteit, en het eigen risico en de no claim. Ik ga er niet breedvoerig op in, maar die punten wil ik nog wel even naar voren halen. Deze punten zijn voor mijn fractie niet zomaar de wereld uit.

Over de juridische vormgeving van het stelsel heeft de minister in het wetgevingsoverleg gezegd: of je nu kiest voor een publiek stelsel of voor een privaat stelsel, de doelen die wij ons hebben gesteld, zijn in beide stelsels op zichzelf te realiseren. In een privaat stelsel zijn echter de doelen van doelmatigheid en marktwerking eenvoudiger te realiseren ± dat ligt voor de hand ± terwijl de sociale randvoorwaarden die wij willen waarborgen gemakkelijker, maar ook steviger kunnen worden geborgd in een publiek stelsel. Dat was bijna letterlijk de positie van de minister toen ik hem daarover met een aantal collega's heb bevestigd. Op zichzelf genomen is het een belangrijke uitspraak dat wij de doelen die wij met elkaar delen in beide stelsels kunnen realiseren. Het mag echter ook duidelijk zijn dat doelmatigheid en marktwerking niet de hoogste doelen zijn, hoewel wij ons niet tegen marktwerking "an sich" keren. Ik heb meer dan eens hier uiteengezet dat wij daartegen reserves hebben. De sociale randvoorwaarden, die in een publiek stelsel eenvoudiger en steviger zijn te borgen, zijn voor ons heel belangrijk in dit wetgevings-traject. Daarom hebben wij een andere voorkeur voor de vormgeving van het stelsel. Wij hebben voorkeur voor een publiek stelsel. De minister heeft de Kamer verzekerd dat hij ook in een privaat stelsel nog altijd de ayatollah van de zorg blijft. Hij bedoelde dat als geruststelling. Wij zullen dat onthouden. Hij raakt dat nooit meer kwijt. Je kunt natuurlijk ook zeggen: wij moeten het nog zien. Of je het moet willen is vers twee, maar de minister heeft de ambitie, en hij is er zeker van dat hij die ambitie kan waarmaken.

Voorzitter. De minister was op het punt van de vormgeving van het

stelsel gerustgesteld door de brief van de Europese Commissie, van de heer Bolkestein. Het is natuurlijk een kwestie van taxatie, ik ga dat niet allemaal overdoen. Hij heeft ook wel aangegeven dat als het stelsel op enig moment juridisch mocht worden aangevochten, dan biedt het tijdsverloop ons genoeg ruimte voor aanpassingen. Hij zei erbij dat dit dan aanpassingen in de richting van een publiek stelsel zullen zijn, want ± en dat vond ik een belangrijke uitspraak ± de publieke waarborgen van acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie zijn onopgeefbaar. Dat is ook van belang.

Als dit uiteindelijk het stelsel wordt, dan hopen wij niet dat wij door een Europeesrechtelijke uitspraak genooddaakt zullen zijn, het aan te passen, want dat zou nog heel wat teweegbrengen. Het kan echter ook niet zo zijn dat wij dan maar kiezen voor een volledig privaat stelsel en de sociale randvoorwaarden, de publieke randvoorwaarden, relativeren. Dat heeft de minister duidelijk aangegeven. Ik laat het er op dit punt verder bij. Hier is uitgebreid over gesproken en de voorstellen gaan nu eenmaal uit van het gekozen privaatrechtelijk stelsel. Wij hopen er dan maar het beste van en dat bedoel ik niet als een fatalistische opmerking. De minister verstaat mij wel.

Het pakket is het tweede punt waar ik uitvoeriger bij wil stilstaan. Het had voor ons een aantal componenten. In de eerste plaats ± ik refereer aan de eerdere discussies over de vraag wat er in het pakket hoort en over de trechter van Dunning ± moet het gaan om noodzakelijke zorg, die dan wordt getoetst aan zaken zoals een aantoonbare werking, kosten-effectiviteit en de noodzaak van collectieve financiering. Dat zijn een paar cruciale criteria voor de fractie van de ChristenUnie. Wij willen deze graag vasthouden en wij willen hen letterlijk boven de markt houden. Misschien is dat wel in dit verband een heel goede uitdrukking: het zijn waarborgen die wij boven de markt stellen en boven de markt willen houden. Noodzakelijke zorg, daar gaat het om. Ik heb erop gewezen dat er in onze ogen de afgelopen jaren onderdelen uit het pakket zijn gehaald, ook voor chronisch zieken en gehandicapten, die eigenlijk voor hen noodzakelijke zorg waren en die ook getoetst aan de genoemde

## Rouvoet

criteria in het pakket zouden behoren. Ik bedoel de volledige fysiotherapie, zittend ziekenvervoer en een aantal andere dingen die na de aanvullende verzekering zijn gegaan, weliswaar met verzachtende maatregelen zoals een clause, een vangnetconstructie, waarbij de eerste behandelingen wel worden vergoed. Toch hebben wij daarmee geraakt aan noodzakelijke zorg. Mijn fractie betreurt dat en vindt dat wij, nu wij over een verplichte basisverzekering spreken met een nieuw vast te stellen inhoud, terug moeten naar de oorspronkelijke opzet van het ziekenfondspakket. Wij zouden de elementen die er de afgelopen jaren zijn uitgehaald, uit oogpunt van kosteneffectiviteit en bezuiniging, niet eruit moeten laten, maar weer in het pakket opnemen. Dan konden wij met een schone lei beginnen met een basispakket van noodzakelijke zorg. Ik vind het nog steeds deze minister aan te rekenen dat die elementen van noodzakelijke zorg uit het pakket zijn gehaald en dat zij niet in het verplichte basispakket zullen komen. Daar zijn deze mensen wel door getroffen.

Het andere punt waarmee wij moeite hebben in de pakketdiscussie betreft de doorgesloten solidariteit, zoals ik dat heb genoemd. Er zijn grenzen aan de solidariteit en dan bedoel ik niet de solidariteit tussen gezond en ziek of rijk en arm. Ik bedoel de afgedwongen financiële solidariteit voor verstrekkingen die in het pakket zitten waar mensen gewetensbezwaren tegen hebben, bezwaren van ethische of morele aard, de controversiële verstrekkingen. Nu kun je hele discussies houden over de vraag of er een precieze lijn te trekken valt tussen wat wel en wat niet controversieel is. Daar komen wij zeker nog op te spreken, er ligt een amendement op dat punt. Het gaat mij om het principe dat de minister heeft gezegd: het verzekerde pakket van nu is het verzekerde pakket van straks. Dat zou ik graag gehandhaafd willen zien voor de mensen die nu in de particuliere verzekering de mogelijkheid hebben om een zogenaamde profifepolis of een opgeschoonde polis af te sluiten en die deze mogelijkheid kwijtraken. Nu zegt de minister daar een oplossing voor geboden te hebben, door een aantekening op de polis mogelijk te maken dat je bepaalde verstrekkingen uitgesloten wilt hebben. Hij zegt

er in de schriftelijke beantwoording bij dat hij het zou betreuren als dat voor de fracties van de ChristenUnie en van de SGP, die daar samen een amendement over hebben ingediend, onvoldoende zou zijn.

Ik vind het jammer om te moeten zeggen, maar het is onvoldoende. Het is niet waar dat met een aantekening op de polis, op het dossier, de verstrekking waar de bezwaren zich op richten is uitgesloten van de verzekering. Mensen met zo'n aantekening kunnen er geen beroep op doen en spreken met hun verzekeraar af dat zij er geen beroep doen op die dekking. De verstrekkingen zitten echter in het verplichte basispakket voor iedereen. Die kunnen dus niet worden uitgesloten. Als het anders zou zijn, zijn wij terug bij de suggestie die de SER indertijd heeft gedaan om verschillende pakketdifferentiatiemogelijkheden te bieden. Dat is echter niet wat er in de wet staat.

De oplossing die de minister biedt voor de aantekening is een sympathieke geste. Die geste komt echter niet wezenlijk tegemoet aan het probleem, namelijk het probleem dat mensen verzekerd zijn voor een aantal zaken waar zij bezwaren tegen hebben en worden gedwongen om daar financiële solidariteit mee te betrachten. Het is niet uitgesloten. Het is geen profifepolis.

De heer Wiegel, die zich in het debat heeft gemengd, zei dat profifepolissen mogelijk zijn en dat ervoor kan worden gekozen. Als ik echter goed lees wat hij zegt, zegt hij in feite dat de wetgever ervoor kan kiezen om al die controversiële verstrekkingen niet op te nemen in basisverzekering, maar in de aanvullende verzekering. Dat is wat ons betreft de ideale oplossing. Laten wij die mogelijkheden vooral verkennen. Daar zou ik voor zijn. Degenen die wel gebruik willen maken van die voorzieningen, zullen er dan apart voor moeten betalen via de aanvullende verzekering. Hierdoor kan de nominale premie voor iedereen naar beneden. Dat zou de koninklijke weg zijn. Daar is echter niet voor gekozen. Ik vind de nu gekozen oplossing onvoldoende.

Ik begrijp dat de minister zegt dat mensen geen premiekorting moeten krijgen. Als er premiereductie tegenover staat, wordt het immers erg aantrekkelijk om te zeggen dat er ethische bezwaren zijn tegen allerlei dingen. De minister heeft een punt

als hij zegt dat hij geen morele bezwaren tegen elkaar kan wegen en kan besluiten om de ene wel en de andere niet toe te kennen. Als dat zou gebeuren, zo zegt hij, kan het idee van de basisverzekering ten principale ter discussie komen te staan. Ik begrijp die redenering. Het gaat wel om het principe van de financiële solidariteit dat wat mij betreft op dit punt moet worden doorbroken. Het is mij en de heer Van der Vlies er echter niet om te doen ± hij zal daar straks zelf iets over zeggen als eerste ondertekenaar van het amendement ± om mensen een premievoordeel te geven.

De korting op de nominale premie die gepaard zou moeten gaan met het uitsluiten van bepaalde verstrekking zou niet terecht moeten komen bij de verzekerde. In die zin hebben principes hun prijs. Deze zou echter ook niet terecht moeten komen bij de verzekeraar, want dan is er sprake van een financiële solidariteit waar mijn bezwaar zich juist tegen richt. Er zijn andere mogelijkheden. Daar moeten wij het maar over hebben. Er is al gesproken over het vereveningsfonds. Dat vind ik geen gelukkige oplossing omdat het voordeel dan toch nog bij de verzekeraars terecht komt. Dan wordt in feite het probleem verlegd. Er zou aan een heel andere bestemming kunnen worden gedacht in de collectieve sfeer, zoals het preventiefonds. Ik wil daarover meedenken. Het gaat mij dus niet om het bezorgen van een premievoordeel aan de mensen met bezwaren tegen bepaalde verstrekkingen. Het gaat mij om het doorbreken van de verplichte solidariteit in een basisverzekering voor mensen die nu daar een oplossing voor hebben gevonden met hun particuliere verzekeraar.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U was helder. U zei dat u het liefst enkele zaken die voor uw fractie controversieel zijn uit het basispakket zou overhevelen naar aanvullende pakket. Mijn fractie wil die zaken juist in het basispakket hebben omdat het vanuit een andere optiek heel nuttig kan zijn dat zij erin zitten. U zegt dat het zoals het nu is geformuleerd onvoldoende is. Hoe hard is dat punt voor u? Stemt u tegen de Zorgverzekeringwet als een aantal verstrekkingen in het basispakket blijft?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik

## Rouvoet

ben niet voortdurend met strategische overwegingen bezig. Ik heb in het begin gezegd dat er voor mijn fractie nog enkele punten zijn die zwaar wegen. Daar is dit er een van. Daarom spreek ik erover. Ik kom nog op een enkel ander punt. U mag wel weten dat dit een zwaar punt is. Ik ben niet van de afdeling die zegt dat wij het niet zo erg vinden als de minister hier niet aan tegemoet komt en dat wij gewoon voorstemmen. Ik verwacht van de minister, en zo ken ik hem ook, een inhoudelijk antwoord op de vragen die ik hier nog stel.

De afweging wordt over het totaal gemaakt. De punten die ik aan de orde heb gesteld en die ik nog aan de orde zal stellen, zijn voor mijn fractie allemaal belangrijk. Dit is voor ons een heel principiële punt. Het is zwaarwegend waar het gaat om de ideologische discussie over verzekeringen en over wat wij elkaar opleggen aan verplichtingen bij een verplichte basisverzekering. Het weegt zwaar. Hoe zwaar dat is, zult u merken.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dan begrijp ik u goed. U zegt dat het van strategisch belang is, maar dat u er geen dusdanig principiële bezwaar tegen hebt dat u er nooit overheen zult stappen. U zegt dat dit afhangt van de beantwoording van de minister.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Nee. Ik ben niet van plan om verschillende gewichten aan mijn verschillende argumenten te hangen. Ik heb een aantal meningsverschillen met deze minister. Daarover gaat dit debat. Ik wacht de beantwoording van de minister af. Vervolgens ga ik na op welke punten hij mijn fractie al dan niet tegemoetkomt. Het hangt van het totaal af of mijn fractie voldoende argumenten heeft om voor deze wet te stemmen en of er geen blokkerende argumenten zijn aangedragen die tot een tegenstem van mijn fractie leiden. Dat dit voor mijn fractie ook principiële een zeer zwaarwegend onderdeel is, heeft de minister goed begrepen en volgens mij u inmiddels ook. Hier kan ik het bij laten. Ik heb geen nieuwe argumenten ten opzichte van de argumenten die zijn uitgewisseld tijdens het wetgevingsoverleg.

Algemeen gemoedsbezwaarden zijn mensen die bezwaar hebben tegen verzekeringen als zodanig.

Tijdens het wetgevingsoverleg heb ik vooral gewezen op de constructie van artikel 57 die, als ik mij niet vergis, over de parallelregeling met de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en andere volksverzekeringen gaat. Er is vooral een discussie ontstaan naar aanleiding van het amendement over de financiële consequenties van een en ander dat collega Van der Vlies heeft ingediend. Hij heeft daar geweldig in moeten investeren. Ik laat dan ook aan hem over om dat amendement nader toe te lichten. Ik hecht er wel aan, op te merken dat mijn fractie vindt dat er een aanvaardbare oplossing moet komen voor de algeheel gemoedsbezwaarden. Daarvoor is de strekking van artikel 57 uitstekend in haar ogen. Zij vindt dat wel goed moet worden nagedacht over de financiële consequenties ervan. Ik maak nog één kanttekening bij de bezwaren en de profitepolissen. De minister stelt ergens in zijn schriftelijke beantwoording dat hij het zou betreuren als de fractie van de ChristenUnie en die van de SGP die als niet afdoende zouden beschouwen, mede gelet op het in financiële zin verwaarloosbare beslag van de verstrekkingen die deze fracties vermoedelijk als controversieel zullen aanmerken. Ik begrijp dat hij dat zegt, maar hij zal van mij aanvaarden dat dit voor mij geen argument is. Ik vind het niet zo relevant of die een groot of een klein financieel beslag leggen; het gaat om het principe dat tegemoet wordt gekomen aan de gewetensbezwaren van mensen. Dat is belangrijker dan het financiële beslag.

Wij hebben uitvoerig gesproken over de premiestelling. De fractie van de PvdA zal zeker terugkomen op het amendement dat terzake is ingediend. Wij hebben ons even afgevraagd of dit al dan niet een ideologische discussie was. Daar wil ik niet meer op ingaan. Zeer praktisch is het argument dat je met een compleet andere vorm van premiestelling de zorgtoeslag en de Zorgverzekeringswet niet meer nodig hebt en dat je dus ook geen last hebt van de bureaucratische rompslomp die ontstaat door gemiddelden en overcompensatie. Dat zou deze minister geweldig moeten aanspreken. Tot nu toe heb ik bij hem echter weinig enthousiasme ontdekt voor de voordelen van de voorstellen van onder andere de fracties van de Partij van de Arbeid en de Christen-

Unie om een deels nominale en deels inkomensafhankelijke premie te heffen.

Ik heb het amendement-Smits meeondertekend. Dat introduceert principiële een gemengde premiestelling in het stelsel. Dat vind ik van belang. Het gaat er natuurlijk wel om wat daarvan uiteindelijk het effect op de inkomens is. Er was een tentatief plaatje bijgevoegd waarover ik niet enthousiast was. De minister heeft terecht op een aantal dubieuze uitkomsten gewezen. Daar hebben wij nog lang over gesproken met elkaar. Allerlei varianten zijn denkbaar. Dankzij de keuze van dit kabinet voor een volledig nominale premie hebben wij bij de Zorgverzekeringswet een zorgtoeslag nodig om nog enigszins aanvaardbare inkomenseffecten te realiseren. Ik hecht eraan, op te merken dat er zeker ook aan knoppen moet worden gedraaid om de inkomenseffecten aanvaardbaar te maken ingeval voor de oplossing wordt gekozen die mevrouw Smits en ik aandragen. Dat lijkt geen twijfel. Wij hebben daar de Wet op de zorgtoeslag alleen niet voor nodig. Ik sta ter beschikking voor het voeren van een discussie over de knoppen waaraan je kunt draaien en over de mate waarin daaraan moet worden gedraaid. Ik weet dat mevrouw Smits daar ook voor beschikbaar is. De Kamer moet er alleen wel in geïnteresseerd zijn. Van belang blijf ik vinden dat het amendement in bespreking blijft om het principe van een gemengde premie in de wet vast te leggen. Dan moeten wij het nog zeker hebben over alle mogelijke varianten.

Ik zeg niets meer over de no claim. Mijn standpunt is bekend. Dat is niet veranderd. Mijn bezwaren daartegen staan nog recht overeind. Ik wil het alleen genoemd hebben zodat de minister niet denkt dat ik overstagen gegaan of gerust ben gesteld. Dat ben ik niet. De voorgaande sprekers hebben hier ook uitvoerig over gesproken.

Ik sluit mij kortheidshalve aan bij de vragen van mevrouw Tonkens en mevrouw Kant over het PGB. De minister wijst in dit verband op het alternatief van restitutie en de uitwijkmogelijkheid van niet gecontracteerde zorg. Zonder dit veld nu helemaal af te grazen merk ik op dat het hoe dan ook een achteruitgang is voor degenen die nu een PGB hebben, alleen al omdat je bij de keuze van niet gecontracteerde

## Rouvoet

zorg te maken hebt met de gemiddelde prijs van een verstrekking en geen vergoeding kunt krijgen voor de reële kosten, zoals bij het PBG. Ik ben er dan ook niet van overtuigd dat er een sluitende oplossing is gevonden voor de mensen die nu gebruik kunnen maken van het PGB in een bepaalde AWBZ-vorm die overgeheveld zal worden. Ik heb ook gewezen op woonvormen voor jongeren die aangewezen zijn op kortdurende geestelijke gezondheidszorg. Graag nog een nadere toelichting hierop, ook naar aanleiding van de vragen van collega's.

Ten slotte nog de kortingen voor gezond gedrag. Ik doel hierbij niet op de accijnzen op rookwaren en drank, ik heb gesproken over positieve prikkels in de vorm van vouchers, een soort tegoedbonnen voor bijvoorbeeld degenen die deelnemen aan een bevolkingsonderzoek. Dat is immers bevorderlijk voor gezond gedrag en het lijkt mij goed om dit te stimuleren. De minister heeft gezegd dat hij hier wel over wil nadenken, maar hij vroeg tegelijkertijd om clementie, want het was aan het eind van de dag en hij moest nog over een heleboel dingen nadenken. Dat begrijp ik wel. Hij zei dat hij er misschien op zou terugkomen bij de behandeling van de Preventienota 2006. Dat is een wel heel vage toezegging.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal het doen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat is al een verbetering, maar ik heb dit natuurlijk niet voor niets aan de orde gesteld in dit debat over de nieuwe zorgverzekeringswet. De toezegging van de minister dat wij hierover gaan nadenken in het kader van de preventienota, staat als een huis, zo begrijp ik nu. Dat is mooi, daar kan ik bij mijn fractie mee aankomen, zou ik bijna zeggen. Maar als wij op dat punt iets willen doen, moet daar dan geen mogelijkheid voor worden opgenomen in deze zorgverzekeringswet? Graag een toezegging op dit punt, want ik zou niet graag van een koude kermis thuiskomen, in die zin dat het te laat is als bij die gelegenheid blijkt dat Kamer en minister hier positief tegenover staan, omdat er dan geen mogelijkheden meer zijn om het alsnog in de wet op te nemen, omdat die dan al bijna ingegaan zal

zijn. Graag ook op dit punt nog een beschouwing. Als die moet leiden tot een amendement, is het nog wel mogelijk om dat in te dienen voor de stemmingen.

Overigens, even los van de vraag hoe reëel het is dat wij de behandeling van deze wet vandaag zouden kunnen afmaken, omdat er nu alweer nieuwe amendementen zijn aangekondigd, vraag ik me af of wij elkaar zo onder druk moeten zetten dat wij vastleggen dat wij hier per se aanstaande dinsdag over gaan stemmen. Ik begrijp wel dat er druk op staat, maar ook omdat de Eerste Kamer er natuurlijk sowieso pas na het reces over zal debatteren, wil ik wel graag de gelegenheid voor de regering en voor mijn fractie om een zorgvuldig oordeel over de nog in te dienen amendementen te vormen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De heer **Heemskerk** (PvdA):  
Mevrouw de voorzitter...

De **voorzitter**: Ik heb de door u gevraagde tijd ingesteld.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb gedacht, voorzitter, mij in te schrijven voor 40 minuten. Dat is een bijna een Fidel Castro-achtige spreektijd en je kunt dan helemaal los gaan in je voorbereiding. Ik denk wel dat ik vanochtend de eerste spreker ben die binnen zijn spreektijd zal blijven. Een wet waarover al dertig jaar wordt gesproken en die nu eindelijk leidt tot een plenair debat, vergt echter een stevige inbreng.

In het wetgevingsoverleg heb ik gesteld dat mijn fractie tweeslachtig staat tegenover deze wet. Laat ik het nog eens helder uitleggen. Heel veel keuzes zou de PvdA anders hebben gemaakt. Deze wet is niet het nationale ziekenfonds en is ook niet het plan-Simons. En daarmee kan misschien de VVD-achterban gerustgesteld worden. Wat zouden de keuzes van de PvdA zijn geweest? Zoals ik ook in april heb gesteld, zou dat zijn een publiekrechtelijk stelsel in plaats van een privaatrechtelijk stelsel en een breed pakket zonder allerlei hoge eigen risico's. Wij noemen dat risicosolidariteit. Zieken moeten niet heel veel meer gaan betalen dan gezonde mensen. Verder

zou onze keuze zijn een premie die vooral gebaseerd is op de hoogte van het inkomen. Dat heet inkomenssolidariteit en wij vinden dat iets moois. Dat is echt iets anders dan precies hetzelfde bedrag voor iedereen, een nominale premie van 1100 euro die vervolgens gecompenseerd wordt door een toeslag van de Belastingdienst. Dat is onnodig rondpompen van geld, leidt tot veel bureaucratie, administratieve lasten en honderden ambtenaren extra in het imperium van staatssecretaris Wijn. Bovendien is de zorgtoeslag zeer onzeker. Het is ieder jaar maar weer de vraag of het past in het uitgavenkader. Mijn collega Smits zal hierop uitgebreid ingaan.

Met deze Zorgverzekeringswet beslist de Kamer hoe de basisverzekering eruit zal zien en welke eisen zij stelt aan de verzekeraars. Dat is niet voor volgend jaar of voor een paar jaar, maar voor heel veel jaren is het de vraag of en hoe de overheid zich nog met zorgverzekeraars wenst te bemoeien. Onze vrees is dat wij de zorgverzekeraars op een te grote afstand van de overheid zetten. De minister vindt dat het mooie aan dit stelsel. Het is een rem op regelgeving. Als de overheid echter geen grip meer heeft en tegelijkertijd echte samenwerking niet tot stand komt, hebben wij het slechtste van beide. Dan is het vlees noch vis. Met de GroenLinks-fractie zeg ik dat wij lessen moeten trekken uit de privatisering van de woningbouwcorporaties. Ook daarop is geen echte grip meer van de overheid, terwijl iedereen wil dat de corporaties meer woningen gaan bouwen. Zij gedragen zich echter als echte ondernemingen. Er is onzekerheid. Zij potten dus hun geld op en de woningbouwproductie stopt. Dat is ook een van de grootste risico's van deze Zorgverzekeringswet. De overheid geeft iets weg, maar als de markt het niet oppakt, eindigen wij in niemandsland. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

Sommigen trekken de noodzaak en de urgentie van de aanpassing van het zorgverzekeringsstelsel in twijfel. Dat heeft mijn fractie nooit gedaan. Een basisverzekering voor iedereen, met acceptatieplicht en risicoverevening is noodzakelijk en nuttig. Het is winst voor heel veel kwetsbare groepen in de huidige, particuliere verzekeringen. Dat zijn ouderen en chronisch zieken, die nu

## Heemskerk

geketend zijn aan hun huidige verzekeraar. Met de nieuwe basisverzekering kunnen zij wel weg als het ze niet bevalt, zonder dat de nieuwe verzekeraar een extreem hoge premie in rekening zal brengen. Het is ook winst voor zelfstandigen en mensen met een inkomen rond de ziekenfondsgrens, die minder te maken krijgen met dan erin en dan eruit. Mijn fractie vindt het ook winst dat de overheid de premiekosten voor kinderen voor haar rekening neemt. Er zitten dus echt een aantal belangrijke goede elementen in deze wet. Het gekke verschil dat er is tussen de particuliere schadeverzekeraar en tussen de ziekenfondsen wordt opgeheven. Zij zouden meer met elkaar kunnen gaan concurreren. Wellicht maakt dit de zorg beter en goedkoper. Dat is nu de vraag. Dat is ook het verschil van inzicht tussen deze minister en mijn fractie. Wij houden namelijk grote vragen. Wordt de zorg beter, wordt de zorg goedkoper, gaan de verzekeraars met elkaar concurreren, en is daarbij het model van de ziekenfondsen leidend, of gaan we uit van de particuliere zorgverzekeraar? Dat is het verschil tussen publiekrechtelijk en privaatrechtelijk. Het is meer dan een geloofskwestie, en ik zal dat proberen te onderbouwen. De minister is heel helder: dit is een maximum aan publieke randvoorwaarden. Voor mijn fractie is het juist te weinig, want publiekrechtelijk betekent voor de Partij van de Arbeid dat je een nieuw stelsel opbouwt vanuit meer competitie tussen de ziekenfondsen. Die doen nu al heel veel dingen goed, ook volgens deze minister. Zij kopen zorg in, zij zijn risicodragend, dus zij hebben een eigenbelang om het goed te doen. En zij zijn in hun uitvoering veel goedkoper dan de particuliere commerciële schadeverzekeraars. Bouw het model van de ziekenfondsen dan uit met die publiekrechtelijke uitgangspunten. Wat betekent dat? Dat je de zorgplicht van verzekeraars duidelijk in de wet omschrijft. Wij bepalen als Kamer het pakket, en de verzekeraar levert dit, zij het met heldere criteria over aanvaardbare wachttijden en bereikbaarheid. Want als het uiteindelijk misgaat, kunnen verzekerden eerst hun verzekeraar op de zorgplicht aanspreken, en als het echt helemaal misgaat, komt de overheid in zicht om te corrigeren. Publiekrechtelijke uitgangspunten

betekenen dat dit geen verzekeringswetje is, maar dat er in de overwegingen en de doelstellingen van deze zorgverzekeringswet staat dat het niet alleen een sociale verzekering is, maar dat het ook uitvoering geeft aan het Grondwetsartikel waarin staat dat in de gezondheidszorg van de burgers moet worden voorzien. Wij willen de gezondheidsverschillen in dit land verkleinen. Wij willen toch niet dat op basis van je inkomen en je sociale klasse wordt voorspeld hoe oud en hoe ziek je wordt? We willen al helemaal niet dat dit verschil groter wordt. Veranker dat dan in de doelstellingen van de wet. Publiekrechtelijke uitgangspunten betekenen ook dat de criteria, op basis waarvan het basispakket wordt samengesteld, wel in de wet worden verwerkt. Die criteria zijn: medisch noodzakelijke zorg, het moet werkzaam zijn, doelmatig en er moet een eigen verantwoordelijkheid zijn, zij het wel gerelateerd aan draagkracht. Publiekrechtelijk betekent in de ogen van mijn fractie dat geschillenbeslechting goedkoop, onafhankelijk en laagdrempelig is. Mijn fractie verwacht heel veel onduidelijkheid over de toekomst van het pakket, omdat wordt overgestapt op een functiegerichte omschrijving. Wordt een verrichting dan wel of niet terecht vergoed? Dat zit nu bij het CVZ, dat werkt goed, snel en goedkoop, dus hou het daar! Als er dan een geschil is, ga je eerst als verzekerde naar je verzekeraar, maar als het een verstrekkingengeschil is waar je onderling niet uitkomt, vraag je advies aan het CVZ. Na dat verplichte advies kun je altijd nog naar de ombudsman of de rechter. Ik ben daarom blij dat het CDA haar naam onder het amendement op dit punt wil zetten.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is een heel goed amendement, waar ik erg blij mee ben. Het versterkt de positie van de patiënt, die door het systeem verder wordt benadeeld dan in de huidige situatie. Wat vindt u van mijn suggestie, een subamendement op uw amendement, namelijk dat je in de periode dat er een geschil is de patiënt wel de zorg of het geneesmiddel biedt dat wordt voorgeschreven, zodat niet hoeft te worden gewacht op de uitspraak?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als dat bedreigend is voor de gezondheid van de patiënt, zal de Partij van de

Arbeid altijd de kant van de verzekerde kiezen, in plaats van die van de verzekeraar. Dan zou ik inderdaad zeggen: laat de behandeling doorlopen, totdat er helderheid is over de betaling van de verstrekking.

Mevrouw **Kant** (SP): Dan moet dat wel in de wet worden geregeld, want nu is het andersom.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik begrijp dat u daarover een subamendement voorbereidt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik vrees dat hier een misverstand rijst. Over de geschillen en het CVZ willen wij nog met de minister debatteren. Ik onderteken mede uw amendement over de ont koppeling.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ja, ik vergis mij. Het was het amendement op stuk nr. 19 in plaats van op stuk nr. 18. Ik bied mijn excuses aan. Wij wachten de antwoorden van de minister af. Hij voelt waarschijnlijk al dat de sympathie van een groot deel van de Kamer naar het CVZ uitgaat.

Voorzitter. Publiekrechtelijke uitgangspunten betekenen in de ogen van de PvdA-fractie ook dat de Algemene Rekenkamer een taak heeft om toe te zien op het vereveningsfonds. Dat is 14 mld euro en wordt verdeeld tussen de verzekeraars. Gaat dat allemaal wel goed? Laat de Rekenkamer daarnaar kijken en daarover advies uitbrengen. Deze minister komt echter van een volstrekt andere kant aanvlagen. Hij zegt dat de verzekeraars ondernemen zijn. Zij krijgen een subsidie uit het vereveningsfonds, omdat zij verplicht zijn zieke en dure patiënten te accepteren. De minister wil dus geen opvatting hebben over de verhouding tussen restitutie of schadeverzekeraars aan de ene kant en natura of ziekenfondsen aan de andere kant, terwijl iedereen weet dat de zorgverzekeringsmarkt niet werkt als het overwegend een markt wordt die bestaat uit verzekeraars die bonnetjes declareren van hun restitutiepolis.

De minister wil een rem op regelgeving. Hij wil geschillenbeslechting overlaten aan de sector. Het verschil tussen publiekrechtelijk of privaatrechtelijk is dus niet gevoel of geloof, maar het verschil tussen woorden of concrete daden waar de minister op af te rekenen is. In het

## Heemskerk

wetgevingsoverleg zei de minister het volgende: "Ik ben het er mee eens dat het allemaal niet zo verschrikkelijk veel uitmaakt of je het stelsel publiekrechtelijk met concurrentiemogelijkheden of privaatrechtelijk met sociale waarborgen inricht." Als het dan toch niet uitmaakt, dan kan hij net zo goed andersom beginnen en het verzekeringsstelsel uitbouwen met de ziekenfondsen als uitgangspunt van het model.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Er is natuurlijk een andere methode waarmee je wel aansluit bij het privaatrechtelijke karakter met behoud van de expertise van het CVZ, namelijk via arbitrage. De arbitrageregeling uit het Wetboek voor Rechtsvordering sluit aan bij het privaatrechtelijke karakter en het is onafhankelijk van de zorgverzekeraars. Daar wil ik zo ook de minister over horen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): In die variant heb ik mij niet verdiept, want die is nieuw voor mij. Ik zal goed luisteren wat de minister daarover zegt. Voor ons is het belangrijk dat het CVZ verplicht adviseert als er een verstrekkingengeschil is, als verzekeraar en verzekerde het oneens zijn en de verzekeraar het afwijst. Dat is snel, laagdrempelig en goedkoop. Het is ook nuttige informatie voor het CVZ, omdat het CVZ de minister adviseert over de samenstelling van de pakketten. Het CVZ ziet dan meteen dat er onduidelijkheid is als er iets uit het pakket wordt gegooid. Dat is een prachtige constructie. Waarom zou je iets veranderen als het al goed werkt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben het met u eens wat betreft de nuttige expertise van het CVZ in dezen. Ik vraag mij alleen af of je dat verplicht moet doen. De minister en u hebben ook al van gedachten gewisseld over de heroverwegingsprocedure. Ik geef de minister overigens gelijk dat de zorgverzekeraar daar de voorkeur aan zal geven. Dan is het toch voldoende wanneer de verzekerde erop gewezen wordt dat hij naar het CVZ kan gaan. Als je het via een arbitragecommissie doet, zoals ik voorstel, dan kom je automatisch bij het CVZ terecht. Waarom moet je dat dan verplicht stellen? Dat is weer een extra regel. Voordat er verplicht

advies aan het CVZ wordt gevraagd, kan het wellicht al geregeld worden in de heroverwegingsprocedure.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het mooiste blijft het natuurlijk als de verzekerde en de verzekeraar er onderling uitkomen. Mijn stelling is dat de verzekerde altijd in het nadeel is. Het is toch een beetje David tegen Goliath. Wij moeten ervoor zorgen dat het onafhankelijke en deskundige CVZ advies uitbrengt zodra de verzekeraar het niet wil doen. Natuurlijk zijn er altijd mensen in dit land die het tot met de Raad van State oneens zijn en dat mag. Het zal ook nooit een 100% bindend advies zijn, want iedereen mag naar de rechter. Ik wacht af wat de minister hierover zegt, maar ik hecht er zeer aan dat er eerst een advies van het CVZ komt voordat het wordt afgewezen.

De **voorzitter**: Ik weet niet wie u als David en wie als Goliath ziet, maar het is een aardige vergelijking.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De heer Heemskerk zegt dat het nu snel en goed gebeurt, maar dan ben ik wel benieuwd naar zijn definitie van "snel". Ik weet niet of hij wel eens naar de wachttijden voor geschillenbeslechting van het CVZ heeft gekeken, maar daar schrik je echt van. Dat is een uiterst trage procedure.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik kan mij voorstellen dat dit sneller en beter kan. Het CVZ moet daar maar aan werken en als het echt dramatisch lange wachttijden worden, is het aan ons om de minister daarop aan te spreken. Dergelijke wachttijden zijn zowel voor de verzekeraar als voor de verzekerde niet goed. Het lijkt mij toch dat je zoiets binnen enkele weken moet kunnen afhandelen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het verbaast mij wat dat u het zo prijst, terwijl je heel kritisch kunt zijn over de manier waarop het nu met geschillenbeslechting gaat. De patiënt zou dan ook wel eens beter af kunnen zijn met een alternatief.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat is mogelijk, maar het kan ook te maken hebben met het feit dat de coalitie een aantal verstrekkingen op het terrein van zelfzorggeneesmiddelen

uit het pakket heeft gegooid. Dat kan tot zodanig veel onduidelijkheden hebben geleid dat er daardoor een heel stuk meer van klachten bij het CVZ is.

Ik vervolg mijn betoog, voorzitter. Publiekrechtelijk is dus méér dan een woord. Het is voor mijn fractie ook belangrijk omdat de mogelijke interpretatie van de richtlijnen door de Europese Unie er alleen maar toe zal leiden dat er zaken afgaan. Door Europa wordt het alleen maar minder, niet meer. Met een minimum en een privaatrechtelijk stelsel ontstaat er een glijdend pad. Als wij door het Europese Hof worden teruggedroten en weer moeten gaan veranderen, zullen er naar onze verwachting ongetwijfeld schadeclaims ingediend worden. De minister deed daar nogal laconiek over en zei dat het al eens eerder van privaatrechtelijk naar publiekrechtelijk was gegaan. Toch hoor ik graag meer gedetailleerd of dat echt zo maar kan en of de minister echt geen enkele schadeclaim verwacht.

Wij willen dus meer publieke waarborgen en meer mogelijkheden voor de overheid om in te grijpen als het anders loopt. Er is immers eigenlijk al een dominante non-profit markt. Ook de ziekenfondsen moeten de komende tien jaar nog afrekenen als ze met winstoogmerk willen gaan werken, en krijgen met de vennootschapsbelasting te maken. De non-profit ondernemingen hebben dus al een voordeel. Waarom dan toch nog al die zware privaatrechtelijke ondernemings-elementen erin brengen?

Het wetsvoorstel is gebaseerd op drie belangrijke veronderstellingen, namelijk dat verzekerden macht op de verzekeraars gaan uitoefenen doordat ze gaan shoppen uit alle polissen en dus gaan stemmen met hun voeten, dat er echte concurrentie komt tussen de verzekeraars onderling, en dat verzekeraars kritisch zorg gaan inkopen bij de instellingen en dat doen op kwaliteit en prijs. Het is maar de vraag of al die drie veronderstellingen zullen uitkomen. Gaan de verzekerden nu echt shoppen? Ook hier wil de minister geen resultaatsverplichting afgeven over de transparantie van de markt. Ook dat is weer aan zelfregulering overgelaten, terwijl er duizenden polissen zouden kunnen komen waardoor mensen door de bomen het bos niet meer kunnen zien. Dat lost de markt wel op, of dat

## Heemskerk

doen de verzekeraars onderling wel, aldus de minister. Mijn fractie vraagt opnieuw naar een invulling van de informatierechten van burgers, opdat ze prestaties kunnen opvragen. Sluiten trouwens alle prestatie-indicatoren in de zorg op elkaar aan? Is dat enigszins te begrijpen? Anders wordt het nooit wat met de kritische burger. Worden de verzekeraars beloofd die zich inspannen om kwalitatief goede zorg te contracteren?

Een mogelijkheid om de invloed van verzekeren op de verzekeraar te vergroten, is om de verzekerenraad een adviesrecht te geven bij grote wijzigingen in het polisbeleid van de verzekeraar, bijvoorbeeld als er wezenlijk andere zorginstellingen gecontracteerd worden, of als de polissen fors wijzigen. Ik hoor graag van de minister of hij deze rol voor de verzekerenraad ziet in artikel 28.

Om de positie van de verzekeren ten opzichte van de verzekeraar sterker te maken, vindt mijn fractie het ook zeer belangrijk dat er geen koppelverkoop kan plaatsvinden. Als je een andere basisverzekering wilt, moet je je oude aanvullende verzekering kunnen behouden. De minister stelt dat wij daarmee het paard van Troje binnen zouden halen, omdat er nu nog niet zo scherp wordt geconcurrereerd op de aanvullende verzekeringen en het wel meevalt met het weigeren van slechte risico's. Dat vind ik een naïeve opstelling. Het weigeren van risico's in de markt van aanvullende verzekeringen zal alleen maar toenemen. Wij willen dat de verzekeraars gaan concurreren. Er is geen verevening in de aanvullende polissen en daarom zal er altijd risicoselectie moeten plaatsvinden. De overheid gaat wel over de inhoud van de basispolis. Daarin kan dus worden opgenomen dat een automatische ont koppeling niet mag. Dat is ook de inhoud van mijn amendement op nr. 19, waaronder overigens ook de namen van mevrouw Smilde en mevrouw Tonkens komen te staan.

De tweede veronderstelling van deze wet is dat er competitie komt tussen de verzekeraars onderling. Als de verzekeraars elkaar echter niet gaat opjutten, loopt het hele systeem spaak en is de markt al verdeeld. Trekt men zich niet terug op de historisch gegroeide, sterke posities in de regio's? Voor al deze problemen verwijst de minister door naar

de zorgautoriteit, maar die er is nog niet. Ook het wettelijke kader voor die autoriteit is er nog niet. Toezichthouders kunnen alleen maar ingrijpen als het onheil al is geschied. Een te dominante positie van een verzekeraar in de regio vind ik zorgwekkend. Het ziekenhuis kan dan immers niet meer onderhandelen, het krijgt gewoon een dictaat opgelegd. Daarom vraag ik de minister of hij in de Wet marktordening zorg de toezichthouders een wettelijk instrumentarium wil geven om regionale toetreding te bevorderen. Dat betekent dus dat marktaandeelen moeten worden afgebouwd, anders hebben verzekeren en de instellingen geen keuzemogelijkheid. Omdat de regiomarkt in opbouw is, zal verder moeten worden gegaan dan de NMa nu doet op basis van de Mededingingswet. Zou niet kunnen worden gewerkt met maximale marktaandeelen, bijvoorbeeld 35%, net als in de krantenwereld? De minister zei in het wetgevingsoverleg dat de zorgautoriteit kan gaan optreden tegen aanmerkelijke marktmacht. Wordt het dus een taak voor de zorgautoriteit en niet voor de NMa? Hoe zal "aanmerkelijke marktmacht" worden gedefinieerd en kijkt dat af van de Mededingingswet?

Een ander element om competitie tussen verzekeraars te bevorderen, komt voort uit collectieve contracten. Die zijn ook aantrekkelijk voor heel veel werknemers, want het is natuurlijk wel prettig als de werkgever het regelt en je je niet hoeft te verdiepen in allerlei vervelende polissen. Het etalageartikel betekent in de ogen van mijn fractie dat collectieve contracten inderdaad konden blijven bestaan, maar dat elke groep van dezelfde korting kon profiteren. Als je zeer ruime mogelijkheden toestaat voor collectieve contracten, kunnen de mogelijkheden voor risicoselectie verder toenemen. Ik kan bijvoorbeeld met mijn partner een collectief contract voor twee personen afsluiten en dan geldt de premie niet meer voor mij. De 5% komt de werknemer ten goede in de sfeer van administratieve kortingen en incasso's. De werkgever kan nog op heel veel andere terreinen zaken doen met zorgverzekeraars. Waarom willen die zorgverzekeraars eigenlijk zoveel korting geven? Laat ze het gewoon uitbetalen in het kader van

een goede dienstverlening aan hun klanten en niet in een lagere prijs. Het VVD-amendement op dit punt is bepaald geen verbetering. Het CDA stelde in het wetgevingsoverleg enkele duidelijke voorwaarden waarmee ik kan instemmen. De korting moet inderdaad naar de werknemer en moet worden aangetekend op de polis, want dan verliest de werknemer in geval van werkloosheid wel de korting maar niet zijn contract en aanvullende verzekering. Ik hoor graag hoe het CDA oordeelt over het amendement van de VVD.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik zal mijn amendement straks toelichten, maar wil nu al zeggen dat de korting betrekking heeft op het nominale deel.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Uw toelichting van drie kantjes heb ik nog niet helemaal kunnen lezen.

De derde veronderstelling heeft betrekking op onderhandelingen tussen ziekenhuizen en de verzekeraars. Als er echter slechts één dominante verzekeraar en één groot ziekenhuis zijn, weten beide partijen dat zij elkaar nodig hebben. Ze zullen echt niet stevig gaan onderhandelen. De premies stijgen en er is geen keuzemogelijkheid meer voor de verzekerde. Stel je voor dat Menzis het academisch ziekenhuis in Groningen koopt. Dan kan er niemand meer toetreden tot die markt. Ook hier hadden de ziekenfondsen zo'n mooi uitgangspunt. Nee, u mag geen instellingen in eigen beheer hebben tenzij dat nodig is om een markt open te breken of een kartel te doorbreken. Mijn fractie zou een dergelijk strenge opvatting ook verankerd willen zien in de Wet marktordening zorg, met een toets vooraf door de markttoezichthouder of de instelling in eigen beheer wel is toegestaan. Ik hoor graag de reactie van de minister hier op.

Kortom, deze structuur heeft het grote gevaar in zich dat de marktwerking niet op gang komt, dat de toezichthouder te slap of te laat is en dat de overheid heel veel instrumenten uit handen geeft in vergelijking met de ziekenfondsen. De uitkomst wordt dan een markt voor schadeverzekeraars die hun vermogen verder opbouwen en premies verhogen en dan staat de minister met zijn handen in de lucht. Hij kan er niets aan doen. Om binnen het



## Heemskerk

budgettair kader zorg te blijven, zal hij het pakket verkleinen en de eigen bijdrage verder verhogen.

Die eigen bijdrage brengt mij op het punt van de risicosolidariteit. Ik zeg met name in de richting van de CDA-fractie dat een vrijwillig eigen risico van 500 euro en een no claim van 255 euro niet in het oude ziekenfonds zitten. Dit leidt ertoe dat gezonde mensen honderden euro's minder betalen dan zieke mensen. Dit wordt niet gecompenseerd via de zorgtoeslag. Vindt de CDA-fractie dit solidariteit?

Aan de minister vraag ik of er een volgorde is in het eigen risico en de no claim. In de no claim telt de huisarts niet mee en in het eigen risico wel. Dit betekent dat iedereen eerst zijn no claim moet opeten, want daar zit in ieder geval de huisarts niet in, voordat hij aan het eigen risico begint.

Ik sluit af met een paar technische vragen. De minister heeft tijdens het wetgevingsoverleg toegezegd dat hij zijn best zal doen om het aantal onverzekerden te volgen, bijvoorbeeld door bestanden uit te wisselen met toestemming van het College bescherming persoonsgegevens. Wat zal hij precies doen? Er zijn natuurlijk mensen die in de war zijn. Voor hen zal een boete voor niet-verzekerd zijn ook gelden. Het CVZ kan dan een sanctie toepassen. Zal die boete in schrijnende gevallen tot nul worden teruggebracht? Zijn daar regels of uitgangspunten voor geformuleerd?

De minister heeft toegezegd dat het basispakket aan de Kamer wordt voorgelegd voordat zij stemt over de invoeringswet. Wanneer kunnen wij de samenstelling van het basispakket met de GGZ daarin tegemoet zien?

Het vereveningsstelsel is cruciaal voor deze wet. Als het goed functioneert, maakt het prikkels voor zorginkoop aantrekkelijk en risicoselectie moeilijk. Zijn de criteria voor de woonplaatsen wel verfijnd genoeg? Het verschil tussen Bijlmer en Aerdenhout is in het vereveningsstelsel maar 100 euro. Het lijkt mij dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen aanzienlijk kunnen zijn. Wordt er in het vereveningsfonds wel recht gedaan aan de grotededenproblematiek?

Ik heb mij in mijn inbreng bewust geconcentreerd op de structurele keuzes die de Kamer maakt en de risico's die wij lopen. Zetten wij de overheid op afstand van de zorgverzekeraars, maar wij krijgen er

de marktwerking niet voor terug, dan hebben wij vlees noch vis. Mijn fractie kiest voor meer grip van de overheid. Dit verstaan wij onder publiekrechtelijk. Ik heb dit in een aantal amendementen en voorbeelden verder uitgewerkt. Dan kunnen wij corrigeren als dit experiment mislukt. Wij kunnen ons immers geen grote risico's permitteren met de volksgezondheidszorg.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Heemskerk begon zijn betoog met tweeslachtigheid. Hij zegt ook dat hij liever een publiekrechtelijke regeling wil. Kan hij eigenlijk instemmen met het wetsvoorstel?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als er geen letter veranderd aan het wetsvoorstel dat nu voorligt, zullen wij er niet mee instemmen. Wij hebben een aantal belangrijke amendementen ingediend. Onze beslissing is dus afhankelijk van het antwoord van de minister, maar vooral ook van de vraag of er in deze Kamer een meerheid is voor een aantal wetten.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Voorzitter. De PvdA-fractie vindt het gewenst dat er één basisverzekering komt. Dit betekent dat er geen nare systeemovergangen meer zullen zijn. Ook zijn wij dan af van het huidige systeem, dat niet erg solidair is wat betreft inkomen. Die solidariteit was eigenlijk alleen in de oude Ziekenfondswet geregeld. Wij zijn blij dat wij met de nieuwe basisverzekering verlost worden van de standaardpakketpolis en de MOOZ- en WTZ-heffingen. Het is onvermijdelijk dat er bij een dergelijke overgang inkomenseffecten optreden voor specifieke groepen. Zo gaan de jonge, gezonde alleenstaanden met een hoog inkomen in het nieuwe systeem meer betalen. Dat vinden wij niet zo gek. Ouderen en chronisch zieken kunnen nu erg duur uit zijn, maar dan zijn zij beter af. Dat vinden wij natuurlijk zeer welkom. Gezinnen met kinderen krijgen een voordeel ten opzichte van het huidige systeem, vanwege de keuze van het gratis meeverzekeren van kinderen. Dat geldt althans voor gezinnen die nu boven de ziekenfondsgrens uitkomen. Dit is onvermijdelijk, maar ook wel

gewenst. Tot zo ver stemmen wij in met de voorstellen.

Het kabinet doet echter veel meer dan volgens ons nodig is, en dat roept allerlei problemen en vragen op, zoals de plotselinge introductie van de wens om de premies lastendekkend te maken. Ik vraag de regering, aan te geven waarom dat eigenlijk nodig is. Wij hebben het nooit gedaan. Het is bijzonder en het wordt mager beargumenteerd. Het argument is, dat geen inkomenspolitiek moet worden bedreven via de zorgpremies. Als je kiest voor een hoge nominale premie, is dat natuurlijk inkomenspolitiek pur sang. Die hoge nominale premies zitten ons ontzettend dwars. Het argument daarvoor is dat deze nodig zijn omdat er concurrentie binnen het systeem nodig is en vanwege de zichtbaarheid van de kosten. Over de concurrentie heeft de minister aangegeven dat er twee theorieën zijn. Het gaat om de relatieve prijsverschillen of om de mate waarin de prijsgevoeligheid meer wordt bevorderd door de absolute hoogte van de premie. Volgens het kabinet is de eerste theorie niet bewezen, en dus is de eigen keuze voor de tweede variant beter. Dat is een nogal merkwaardige redenering. Het kabinet gaat in op één van de theorieën en zegt dat deze niet is bewezen. De tweede is ook niet bewezen, maar het kabinet kiest er wel voor. De minister heeft eerder gezegd dat iedereen op zijn klompen kan aanvoelen dat mensen eerder geneigd zullen zijn naar een andere zorgverzekeraar te gaan als de premie zo hoog mogelijk is. Dat is dus nog maar de vraag. Als een premie nominaal 1200 euro of 1000 euro bedraagt, zijn beide bedragen in de beleving van veel mensen erg hoog. De situatie wordt anders op een markt waarin verzekeraars kunnen concurreren met nominale premies die rond de 350 euro liggen. Dan zou het kunnen gebeuren dat een zorgverzekeraar die heel scherp opereert, een gratis verzekering kan aanbieden, waardoor de nominale premie helemaal tot nul wordt teruggebracht. Dat is bijzonder aantrekkelijk om mee te adverteren. Wij geloven dus veel meer in die variant. Concurrentie zal hoe dan ook ontstaan bij een lagere nominale premie. Nu al is er sprake van concurrentie op de zorgverzekeringmarkt bij de ziekenfondsverzekering. Daaraan vasthouden heeft het grote

## Smits

voordeel dat je zo min mogelijk overhoop haalt.

Het andere argument was, dat de kosten zichtbaar moesten worden gemaakt via de nominale premie. Het kabinet gebruikt dit argument niet consistent, want het doet het maar voor de helft. Wij weten dat er een mogelijkheid is om de zorgtoeslag te cederen aan de zorgverzekeraars. Als dat wordt toegestaan en bevorderd, zal voor veel mensen geen hoge nominale premie gelden, maar een reële netto-inkomensafhankelijke premie. De kosten worden daarmee dus niet zichtbaar. Bovendien wordt met een hoge nominale premie vooral de premie zichtbaar gemaakt, en niet de kosten van de zorg. Die laat je veel meer zien met de echte nota's, wanneer er sprake is van een behandeling.

De PvdA-fractie wil graag een premie naar draagkracht. Wij zijn daarin niet centraal. In veel Europese landen is de inkomenssolidariteit in het stelsel zelf geregeld. Alleen Zwitserland en Nederland hebben een hoge nominale premie, althans als het in Nederland doorgaat. Dat betekent dus dat het hoogste en het platste land in Europa elkaar vinden in excentriciteit. Het valt mij op dat het kabinet de principiële discussie hierover uit de weg gaat. Een beschaafd land, vindt de PvdA-fractie, regelt de solidariteit binnen het stelsel. Een hoge nominale premie maakt het mensen onmogelijk, zichzelf te verzekeren. Er komen straks 6 miljoen mensen in aanmerking voor een zorgtoeslag. Dat betekent dat 6 miljoen mensen hun zorgverzekering niet uit hun salaris kunnen betalen, althans dat 6 miljoen mensen worden geacht hun zorgverzekering niet uit hun salaris te kunnen betalen. Wij vinden de keuze voor een hoge nominale premie, voor de zichtbaarheid van de kosten niet consistent. Waarom zegt het kabinet dan dat de kosten voor kinderen gratis worden gemaakt in de nieuwe Zorgverzekeringswet? Dat zijn ook kosten. Waarom worden zij niet zichtbaar gemaakt? Waarom geef je überhaupt kinderbijslag? Waarom hebben wij gratis basisonderwijs? Waarom heffen wij niet op elke weg tol die met rijksgeld is aangelegd? Waarom is de inzet van politie gratis bij voetbalwedstrijden? Iedereen weet waarom wij dat soort zaken niet willen. Het is principieel goed en ook nog eens pragmatisch

om sommige belangrijke zaken collectief te organiseren en ook collectief te betalen. Niet iedereen maakt in dezelfde mate gebruik van dat soort voorzieningen en niet iedereen kan in dezelfde mate daaraan bijdragen. Wij regelen collectief en wij organiseren collectief wat slechts gebrekkig tot stand komt als je dat niet doet. Om het allemaal te kunnen betalen, innen wij belasting en heffen wij premie naar draagkracht. Waarom kiest de minister uitgerekend in het zorgstelsel voor de hoge nominale premie? Ik weet dat het kabinet daaraan een zorgtoeslag wil toevoegen, maar dat zal door veel mensen worden ervaren als bedelen bij een loket. Het ondermijnt het saamhorigheidsgevoel in de samenleving, het benadrukt egocentrisme en individualiteit en het laat bewust grote groepen mensen in de bevolking achter met het onzalige idee dat zij ondanks een betaalde baan zichzelf niet financieel staande kunnen houden. Professor Huizinga heeft in de door de Tweede Kamer georganiseerde hoorzitting al gezegd dat de keuze voor de nominale premie niet onderbouwd is, maar vooral politiek-ideologisch bepaald. Het lijkt ons een slecht compromis tussen wat de VVD voorstaat, namelijk een hoge nominale premie, en het CDA dat nog wel wat inkomenssolidariteit nastreeft. Ik vraag de minister of hij die visie deelt.

Ik heb al in het wetgevingsoverleg gezegd dat er een veel eenvoudiger alternatief is. Het kan simpeler en socialer. De PvdA-fractie heeft samen met die van de ChristenUnie een amendement ingediend, waarin wij binnen de kaders die het kabinet aangeeft, namelijk een gelijke verdeling van 50-50 over werkgevers en werknemers, uitgaande van de overgang van GGZ-hulp naar de Zorgverzekeringswet en binnen de financiële ruimte een alternatief hebben neergelegd waarin wij kunnen uitgaan van de huidige nominale premie. Wij hebben een eerste doorrekening gehad  $\pm$  collega Rouvoet gaf dat al aan  $\pm$  die liet zien dat de inkomensconsequenties in ieder geval minder vergaand zijn dan in het kabinetsvoorstel, maar nog niet goed genoeg. Wij hebben verder laten rekenen aan een aantal varianten. Ik heb ze mijn collega's ter beschikking gesteld en wil ze graag aan de voorzitter overhandigen om

ze toe te laten voegen aan de Handelingen.

De **voorzitter**: Ik neem aan dat tegen het opnemen van een noot in de Handelingen geen bezwaren bestaan.

(De noot is opgenomen aan het eind van deze editie.)<sup>1</sup>

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik wijs voor nu op variant nummer 1, waarin wij een doorrekening hebben laten maken uitgaande van het idee dat het aantal personen op een polis bepalend is voor de grondslag van de premieheffing. Te zien is dat de uitwaaiende inkomenseffecten ten opzichte van het kabinetsvoorstel een stuk minder zijn. Je ziet dat de achteruitgang van de all-eenverdieners met kinderen op minimumniveau met 0,5% verbeterd. Voor modaal is de koopkrachtsituatie beter. Het voordeel voor mensen met tweemaal modaal, zoals dat in het kabinetsvoorstel zat en in onze oorspronkelijke variant, is teruggebracht. Tweeverdieners met kinderen komen er beter van af, tweeverdieners zonder kinderen iets slechter, vooral bij hoge inkomens. Dat vinden wij niet zo erg. Alleenstaanden komen in onze variant op 0% uit. Die hebben dus geen last van de invoering van het nieuwe systeem. De sociale minima blijven op 0%. Daarvoor geldt hetzelfde. Er blijven wel twee probleemgroepen over, namelijk gehuwde AOW'ers met middeninkomens en alleenstaande ouders. Die komen er overigens in deze variant niet slechter af dan in die van het kabinet, maar zij krijgen wel te maken met een koopkrachtdaling.

Dat is volgens ons een veel beter resultaat dan dat van het kabinet. Er moet iets worden gerepareerd, maar dat is eenvoudiger te realiseren via de fiscaliteit dan in het systeem van het kabinet. Ik heb begrepen dat het kabinet dat in ieder geval wil doen. Daarom stel ik voor om voor de eenvoudigere variant te kiezen die wij hebben voorgesteld. Ik doe nu een beroep op de andere leden om straks in te gaan op onze varianten, met name op variant 1. Ik hoop namelijk oprecht dat wij hier zaken kunnen doen op basis van het idee dat wij kunnen overgaan naar een nieuwe Zorgverzekeringswet met een premie naar draagkracht. Het kan simpeler en socialer. Bovendien zou

ons voorstel de Wet op de zorgtoeslag geheel overbodig maken.

Als de fracties nog wat meer moeten worden overtuigd, wil ik wijzen op de talloze problemen die gepaard gaan met de Wet op de zorgtoeslag. Het kabinet gebruikt die wet, net als de Zorgverzekeringswet, om inkomenspolitiek te bedrijven. Die zorgtoeslag wordt namelijk gegeven tot een inkomen van 40.000 euro. Dat betekent in de praktijk dat er nogal wat geld wordt overgeheveld naar de hogere inkomens, naar de huishoudens boven de huidige ziekenfondsgrens. Dat lijkt ons niet nodig.

De 880.000 huishoudens die nu particulier zijn verzekerd, krijgen een toeslag die zij nu niet krijgen. Daarmee is 300 mln gemoeid. Nog eens 600 mln wordt gebruikt voor de gratis verzekering van kinderen in huishoudens boven die ziekenfondsgrens. Wij zijn niet tegen die gratis verzekering omdat het alternatief zou betekenen dat mensen onder de ziekenfondsgrens erop achteruit zouden gaan. Het betekent echter wel dat er 600 mln aan collectief geld wordt gebruikt voor huishoudens met inkomens boven die ziekenfondsgrens. Dat is bij elkaar al bijna een miljard. Hier staat een zware achteruitgang tegenover voor specifieke groepen. Dat komt volgens ons voor een deel door het drempelinkomen dat in de Wet op de zorgtoeslag wordt gehanteerd. Iedereen die minder verdient dan het wettelijk minimumloon voor volwassenen krijgt te weinig zorgtoeslag.

Het heeft wat moeite gekost om van de minister precies op een rijtje te krijgen wat de precieze inkomensgevolgen zijn. Na het wetgevingsoverleg hebben wij die gegevens gekregen. Werkende jongeren onder de 23 jaar kunnen er 2,8 tot 0,7% op achteruit gaan.

Alle jonge arbeidsongeschikten die van jongs af aan arbeidsongeschikt zijn geweest moeten bijna 1% koopkracht inleveren. Dat is voor die groep fors. Ieder van ons in deze Kamer zal van zo'n inkomensachteruitgang geen last hebben. Dat is anders voor mensen die jarenlang op het minimumniveau moeten leven en geen kans hebben om hun inkomen te verhogen omdat zij niet kunnen werken. Deze groep heeft bovendien te maken gehad met extra kosten zoals eigen bijdragen en de no claim. Deze mensen kunnen het

niet hebben om die 0,8% extra in te leveren. Het komt allemaal bij elkaar. Het kabinet heeft in de schriftelijke beantwoording gezegd dat het zal bezien of er compensatie komt. Dat wordt afhankelijk gesteld van budgettaire consequenties en de juridische vormgeving. Dat is voor mij volstrekt onduidelijk.

Een andere groep die te maken heeft met het te hoge drempelinkomen betreft de deeltijdwerkers. Ik heb gevraagd om aan te geven wat de gevolgen zijn voor mensen die 50%, 70% of 90% van het minimumloon voor volwassenen verdienen. Ik kreeg dezelfde reactie die ik ook mondeling kreeg in het wetgevingsoverleg, namelijk dat deeltijdwerkers er wel op achteruitgaan maar dat dit geen probleem is. Ik krijg steeds de indruk dat de minister daarbij het voorbeeld uit eigen kring aanhaalt. Ik weet niet of het echt zijn eigen partner is of iemand anders. Dat vind ik ook niet zo interessant. Hij doelt natuurlijk op mensen die in deeltijd werken die in een gezin wonen waarin ook nog een kostwinner is. Daarvan kun je zeggen dat het gemakkelijk een goedkope verzekering is geweest. Dat kan allemaal wel zijn, maar het betekent wel dat degenen die nu in die situatie verkeren, zich moeten realiseren dat het misschien niet zo aantrekkelijk is om die baan te houden. De minister gaat in ieder geval helemaal voorbij aan het feit dat er ook nog alleenstaanden kunnen zijn die in deeltijd werken en daarmee een inkomen onder het wettelijk minimumloon voor volwassenen hebben. Zij kunnen daar zelfs tevreden mee zijn omdat het bij voorbeeld meer is dan hun uitkering bedroeg. Ook die groep gaat er ontzettend op achteruit doordat die niet de volledige zorgtoeslag krijgt. Ik vraag de minister opnieuw om eens te laten uitrekenen wat dit betekent voor de alleenstaande die in de bijstand zat, maar moest gaan werken en zodoende 70%, 80% of 90% van het minimumloon verdient. Dat kan van die alleenstaande worden gevraagd. Wil de minister die groep compenseren? Zo ja, hoe denkt hij dat te doen? Wij vinden het nodig. Vindt de minister dat ook?

Ik heb al vragen gesteld over ambtenaren en studenten. Ambtenaren gaan er 0,4% op achteruit. Ik heb begrip voor het feit dat minister Remkes nog gaat onderhandelen en

dat u niet kunt zeggen wat u precies voor ze in het vat hebt, maar ik had graag gezien hoeveel de gewone politieagent en de leerkracht op de basisschool erop achteruit gaan. De mensen die dat werk voor ons doen, zijn allemaal erg lief, ook de beleidsmakers op de departementen. Kan de minister alleen eens duidelijk maken wat de nieuwe systematiek voor hen betekent? Wat zijn voor hen de mogelijkheden om gecompenseerd te worden? Welke uitgangspunten worden ten aanzien van hen gehanteerd? De opmerking van de minister dat het kabinet wil dat er een situatie ontstaat die vergelijkbaar is met de marktsector, vind ik te simpel. Ik had gevraagd naar de inkomensgevolgen voor studenten. Ik meen te mogen concluderen dat de minister het niet weet omdat er nog geen regeling is. Ik weet niet of hieraan wordt gewerkt. De minister kan namelijk alleen maar zeggen dat hij een bedrag voor die groep heeft en dat zij het daar maar mee moet doen. Volgens mij hebben studenten echter een inkomen onder het drempelinkomen. Zij krijgen dus minder zorgtoeslag dan, gezien het inkomen, nodig. Ik vraag mij af hoe de minister dat denkt op te lossen. Ik weet niet of het bedrag van 33 mln toereikend is. Wil de minister in ieder geval uitleggen welk uitgangspunt wordt gehanteerd? Moeten zij een volledige compensatie krijgen die vergelijkbaar is met de huidige regeling? Mij lijkt dat van belang.

Zelfstandige ondernemers en freelancers hebben allen te maken met te hoge drempelinkomen als zij minder verdienen doordat zij bij voorbeeld in deeltijd werken of een slecht jaar hebben in hun bedrijf. Ik heb gisteravond nog een voorbeeld gemaïld gekregen van een echtpaar. Zij werken als freelancer en hebben uitgerekend dat zij nu 1000 euro kwijt zijn aan hun zorgverzekering en later 3450 euro. Dat komt doordat zij ook het werkgeversdeel van de premie moeten betalen en te weinig zorgtoeslag krijgen. Ik heb begrepen dat hun voorbeeld niet helemaal klopt, want volgens mijn berekeningen zou dit echtpaar uitkomen op een premie van 2050 euro. Dat is nog steeds een verdubbeling ten opzichte van dit jaar. Die kunnen zij eigenlijk niet dragen. Als de minister er prijs op stelt, overhandig ik hem dit voorbeeld. Ik vraag er in ieder geval zijn reactie op en verzoek hem om zijn reactie niet te beperken tot

## Smits

dit specifieke voorbeeld, maar om in te gaan op de situatie van zelfstandig ondernemers met een inkomen onder het minimumloon. Kan hij ook zeggen of hij het van belang vindt om dat opnieuw te compenseren? In mijn ogen is de oplossing dat wordt uitgegaan van het werkelijke inkomen en niet van een drempel-inkomen. Daarbij zou het percentage moeten worden gehanteerd dat staat beschreven in het amendement van mevrouw Kant. Dat heeft de fractie van de PvdA mede ondertekend. Ik ben benieuwd of de minister dat kan overnemen.

De CDA-fractie heeft tijdens het wetgevingsoverleg over bijzondere groepen gezegd dat wij niet moesten millimeteren. Ik vind echter dat wij niet laconiek mogen doen over de inkomensgevolgen die de verandering van het systeem van Ziekenfondswet en particuliere verzekering voor specifieke groepen heeft. Wij mogen geen genoegen nemen met de toezegging dat de uiteindelijke koopkrachtgevolgen nog worden bestudeerd. Ik vraag van het kabinet om nu duidelijk te maken welke groepen het wenst te compenseren en op welke manier.

Ik ga over op de uitwerking van de zorgtoeslag in de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen. Dit onderwerp komt later nog in een overleg met de Kamer aan de orde, maar ik vind het van belang om een aantal punten aan te geven, omdat die voor ons bepalend zijn voor instemming met de Wet op de zorgtoeslag. De staatssecretaris heeft in het wetgevingsoverleg gezegd dat hij voor de techniek en de uitvoering zorgt en dat hij als staatssecretaris van Financiën eigenlijk niet gaat over de gevolgen van het hanteren van het verzamelinkomen voor het begrip partner. Ik meen dat hij zelfs zei dat hij dan een doos van Pandora zou openen, omdat de voorgestelde wijzigingen zouden raken aan de opbouw van ons inkomensstelsel. Dit antwoord geeft nu precies ons bezwaar tegen de Wet op de zorgtoeslag aan, want de regering verandert hiermee de opbouw van ons inkomensstelsel. Er was namelijk inkomenssolidariteit in de zorgverzekering geregeld en die wordt nu verlaten. Wij gaan over naar een systeem dat geënt is op sociale voorzieningen. Ik verwijs naar het begrip partner in verband met het verzamelinkomen. Hieraan onderwerpen wij 6 miljoen huishoudens. De

leden van 6 miljoen huishoudens moeten zich afvragen of zij partner zijn, maar niet in fiscale zin of zoals dit begrip wordt gehanteerd in de gemeentelijke basisadministratie. Nee, zij moeten kunnen inschatten of zij een partner hebben zoals dit begrip in de bijstandswet gehanteerd wordt, met de bijbehorende "tandenborstelcontrole".

De staatssecretaris deed in het wetgevingsoverleg wat lacherig over de gevolgen. Ik gaf het voorbeeld van een echtpaar dat iemand in huis verzorgt. Je vormt dan met z'n drieën een huishouden en de zorgtoeslag wordt niet verrekend met het totale inkomen. Valt van het echtpaar een persoon weg, dan blijven er twee mensen over in het huis die geen liefdesrelatie hebben, maar die wel elkaar verzorgen en die ineens geacht worden, een gezamenlijk huishouden te voeren, waarbij dan verrekening van de zorgtoeslag behoort. Dit heeft allerlei merkwaardige consequenties. De staatssecretaris zei dat hij uitgaat van de altijd in Nederland gehanteerde indeling in stellen en andere situaties en dat hij niet over bigamie gaat. Hij beseft het niet, maar hij bevordert hiermee virtuele bigamie. Het kan namelijk financieel aantrekkelijk zijn om van een relatie van twee over te gaan naar een relatie tussen drie personen. Ik weet niet hoe de staatssecretaris dit wil noemen...

Staatssecretaris **Wijn**: Een triootje...

Mevrouw **Smits** (PvdA): Bijvoorbeeld. Voorzitter, de staatssecretaris doet dit door te sturen met het financiële systeem. Is dit een gewenst gevolg? Ik vraag ook aan de minister om hierop in te gaan, want ook hij bevordert dit met de keuzes die hij in de Zorgverzekeringswet maakt. Je kunt niet volstaan met de opmerking dat wij er maar eens ten principale over moeten praten, want de regering maakt op dit moment deze keuze, die nu ineens voor 6 miljoen huishoudens geldt. Er moet nu dan ook een uitspraak over worden gedaan. Heel concreet, hoe kun je weten wat in dit verband een partner is? Wanneer geef je dit door aan de Belastingdienst Toeslagen? Mag je bijvoorbeeld samenwonen enige tijd uitproberen? Hoe lang? Hoe moet je dit doorgeven? De inschrijving in de GBA is niet bepalend, maar wat dan wel?

Ik vraag de minister en de staatssecretaris ook om een uitspraak over de gevolgen hiervan voor de mantelzorg. Wij zijn hierop al uitgebreid ingegaan, dus dat is nu niet meer nodig. Gisteren was er een overleg met de staatssecretaris van VWS waarin op initiatief van de VVD-fractie door de hele Kamer werd gevraagd om een visie op de mantelzorg. Naar mijn mening zal de mantelzorg schade oplopen door het systeem van zorgtoeslagen. De visie die de Kamer aan staatssecretaris Ross gevraagd heeft, zal straks overbodig worden, want wij gaan de mantelzorg met dit financiële systeem verder beperken. Vindt de minister deze consequentie aanvaardbaar?

Wij vinden het een probleem dat in de Awir het samenwonen of het partner zijn per maand kan ingaan en ook per maand wordt verrekend, terwijl dit niet voor inkomenswijzigingen geldt. Dit laatste heeft tot gevolg dat veel huishoudens te maken kunnen krijgen met een navordering bij salarisstijging. Ik hoor graag nog eens waarom het verhoogde of verlaagde inkomen niet per maand kan leiden tot een hogere of lagere zorgtoeslag. Ik schat dat veel huishoudens te maken zullen krijgen met forse navorderingen voor de zorgtoeslag en in het verlengde daarvan ook voor de huursubsidie, als sprake is van een stijgend inkomen. Wil de staatssecretaris aangeven of daarbij het fiscale regime zal gelden waarbij mensen geacht worden bedragen terug te betalen, voor zover het inkomen uitgaat boven 90% van het sociaal minimum? In de praktijk zou dit betekenen dat hoge bedragen in één keer moeten worden terugbetaald. Of is de staatssecretaris bereid om voor de zorgtoeslag over te gaan naar een soepeler afbetalingsregeling? Ik vraag de minister nog eens nadrukkelijk aan te geven hoe hij wil bevorderen dat werknemers de verrekening van de zorgtoeslag kunnen cederen naar de zorgverzekeraars. Dat zou veel mensen de moeite kunnen besparen om zorgtoeslagen aan te vragen en alle wijzigingen te verwerken.

Ik sluit mij korthedshalve aan bij de vragen die mijn collega's al over de GGZ hebben gesteld. Het lijkt ons van belang dat het persoonsgebonden budget blijft bestaan. Van groot belang lijkt mij ook dat vooraf goed duidelijk is, welke onderdelen van de

## Smits

huidige AWBZ-zorg voor GGZ overgaan naar de zorgverzekering. Wat hevelen wij over en wat niet? De CDA-fractie heeft eerder aangegeven dat het eigenlijk alleen maar gaat om de kortdurende op genezing gerichte zorg. Dat lijkt mij eerlijk gezegd heel wat beperkter dan wat nu in financiële zin is aangegeven.

In de schriftelijke voorbereiding zijn veel vragen gesteld over de vrijwillige AWBZ-verzekering. Het onderwerp is hier een beetje uit het debat weggefallen. Morgen spreken wij staatssecretaris Ross-van Dorp erop aan in een algemeen overleg over modernisering van de AWBZ. Het probleem dat wij ermee hebben, is hieraan wel gekoppeld. De vrijwillige AWBZ-verzekering verandert. Wij hadden in Nederland de mogelijkheid geïntroduceerd, omdat het nodig was voor particulier verzekerden. Ik kan die redering volgen, want anders zouden zij op grond van de Europese sociale verordening geen bescherming hebben als zij in een ander land verblijven. Nu zou het niet meer nodig zijn, omdat er een verplichte basisverzekering komt. Dat argument miskent echter dat de vele verschillen in dekking tussen de ABWZ en de curatieve zorgverzekering. Er komt een overgangsbepaling voor de mensen voor wie een behandeling loopt, maar geldt die bijvoorbeeld voor mensen die langdurig AWBZ-zorg ontvangen in het buitenland, die daar bijvoorbeeld intensieve thuiszorg hebben of een persoonsgebonden budget? Hoe lang geldt verder dat overgangsrecht?

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Wij behandelen vandaag een fundamenteel wetsvoorstel, met een lange voorgeschiedenis. In de loop der jaren zijn er diverse pogingen gedaan om tot doorbraken te komen, maar geen ervan kon bogen op een politieke meerderheid in dit huis. Vandaar dat het toch een beetje een impasse opleverde. Goed, de beide kabinetten-Balkenende hebben zich beijverd om tot een beklonken akkoord te komen, en eindelijk een nieuw zorgstelsel af te dekken met een zorgverzekeringswet. De situatie tot nu toe is dat je onder een zekere inkomensgrens verplicht verzekerd bent via het ziekenfonds, en daarboven is het een particuliere kwestie, en dus in beginsel faculta-

tief. Bezwaren tegen dat systeem zijn dat het kostenbewustzijn bij de zorgconsumptie achterblijft op wat je daarbij voor ogen hebt om tot zorgvuldig selectief gedrag te geraken. Verder denk ik aan prijsconcurrentie, om elkaar te binden aan het best mogelijke, voor een aanvaardbare prijs. Er zitten rariteiten in het systeem, die zich bijvoorbeeld manifesteren rondom de ziekenfondsgrens. Het systeem ging van het kostwinnerschap als uitgangspunt naar de individualisering.

Nu is daar toch weer het accent bij het huishoudinkomen als ijkpunt. Op zichzelf is dat een ontwikkeling die wij zien en steunen. Maar de SGP-fractie staat in een traditie die tot nu toe een zeer terughoudende opstelling heeft meegebracht als het ging om de verplichte verzekering. Het staat buiten kijf dat het domein van de verplichte verzekering door dit wetsvoorstel, dat één basisverzekering voor iedereen beoogt, sterk wordt uitgebreid. In orthodox-christelijke kring leven er vanaf het Reveil, toen daaraan voor het eerst stem werd gegeven omdat toen de collectivering van één en ander van lieverlee gestalte kreeg, fundamentele bezwaren tegen een verplichte vorm van verzekering, bezwaren die geworteld zijn in de fundamentele opvatting die in een bepaalde geloofsovertuiging leeft, namelijk dat je je niet mag afdekken tegen de risico's die zijn verbonden aan ziekte en wat dies meer zij, daarmee vooruitlopend op wat in de voorzienige leiding van God, zoals dat wel gezegd wordt, op jouw pad wordt gelegd aan werkelijkheid.

Dat is een opvatting die in de achterban van de SGP-fractie nog altijd leeft, en waarvoor wij ons sterk verantwoordelijk weten. Nu hadden we altijd gehoopt, als het ging om stelselwijziging en de ineenschuiving van de particuliere verzekering en de ziekenfondsverzekering, dat je tot een ruimte kon komen waarin keuzevrijheid manifest zou zijn. Dat sluit aan bij de vraagsturing in de zorg, die we met elkaar beogen, en bij de gewenste eigen verantwoordelijkheid van mensen. Geef ze dan de ruimte om te kiezen wat zij vanuit hun overtuiging als aanvaardbaar, respectievelijk noodzakelijk zien. Op dat punt ervaart mijn fractie een behoorlijke spanning van fundamentele aard met het onderhavige wetsvoorstel.

Een belangrijke basisgedachte in het wetsvoorstel is de "verplichte solidariteit". Wij spreken bij de zorgverzekeringen in de eerste plaats over financiële solidariteit. De discussie mag daartoe niet worden beperkt. Solidariteit tussen mensen onderling, zonder dat hier meteen een financiële voetnoot bij wordt geplaatst, moet niet uit het oog worden verloren. Ook daarvoor weten wij ons verantwoordelijk. Wij kunnen alles financieel volledig dichttimmeren, terwijl uiteindelijk de essentie van solidariteit wordt gemist. Ik versta daaronder het dragen van elkaars lasten, het voor elkaar instaan, dienstvaardig en offerbereid. Verplicht solidair zijn, geeft daarbij een wat ongemakkelijk gevoel, al erkent mijn fractie dat een verplichting nodig kan zijn om ook echt resultaat te bereiken en als dat niet vanzelfsprekend tot stand komt dat desnoods af te dwingen in de weerbarstige omgeving waarin de overheid moet opereren.

Een nieuw zorgstelsel moet ook voldoen aan de eis van doelmatigheid. De middelen moeten goed worden ingezet en niet onnodig versnipperd worden. Die doelmatigheid moet niet zodanig overheersen dat de toegankelijkheid van de zorg in de knel komt, want die toegankelijkheid is wel een eerste vereiste.

Mijn fractie is van mening dat in de discussie over het nieuwe stelsel grote aandacht nodig is voor de kwaliteit van de zorg. Uiteraard heeft de verzekeraar de plicht om zorg van goede kwaliteit in te kopen en de behandelaar de plicht om goede zorg te leveren. Vanuit de overheid moet er dan ook toezicht op zijn. De rol van de inspectie komt hier in beeld. Bij alle veranderingen die aanstaande zijn, zal daar een extra accent op moeten liggen. Misschien kan de minister duidelijk aangeven hoe hij dat toezicht in de eerstkomende tijd ziet bij de pogingen om meer concurrentie in de zorg in te voeren. De vinger moet onzes inziens uitdrukkelijk aan de pols worden gehouden.

Ik richt mij vervolgens op de amendementen die zijn ingediend. Ik begin met het amendement dat de positie van de gemoedsbezwaarden tegen elke vorm van verzekering beoogt te regelen. Ik heb daar in het wetgevingsoverleg over gesproken en amendering aangekondigd. Dat amendement ligt er nu. De argumen-

## Van der Vlies

tatie die daaraan ten grondslag ligt, is de volgende.

Wij zijn van mening dat de positie van gemoedsbezwaarden tegen elke vorm van verzekering, zoals dat tot nu toe altijd is geweest, ook in deze wet afdoende geregeld moet worden. Er is op zichzelf in voorzien na toezegging van een ambtsvoorganger van deze minister, waarvoor dank, zij het dat als je die nauwgezet bekijkt er door de nieuwe zorgverzekeringswet toch een nogal forse discrepantie ontstaat in financiële deelname en financiële consequenties. Mensen die deze positie innemen, kiezen daarvoor en zullen hebben te staan voor de consequenties van deze keuze, die overigens historisch ingebed is in de diaconale taken van de kerken en de betrokkenheid van personen en families bij elkaar.

Mijn fractie is van oordeel dat daarvoor ruimte moet zijn, maar dat ook de financiële consequenties niet onevenredig moeten doorwerken. Wat is er aan de hand? De vrijstelling voor de verzekering is gekoppeld en dat is nieuw aan een premie-ervangend, inkomensafhankelijk belastingdeel. Gemoedsbezwaarden hoeven geen voordelen te hebben die verzekerden niet hebben, maar mogen ook niet worden geconfronteerd met financiële nadelen, zo is mijn redenering. Dat loopt niet rond in het huidige wetsvoorstel.

Om die reden heeft mijn fractie twee amendementen ingediend, één op de Zorgverzekeringswet en één op de Wet op de zorgtoeslag. Zij dragen de nummers 31 respectievelijk 16. Het eerste amendement zorgt voor een gebonden spaarrekening waaruit gemoedsbezwaarden hun ziektekosten kunnen betalen, voor zover hun saldo dat toelaat. Het tweede amendement verklaart de zorgtoeslag van overeenkomstige toepassing op deze groep. Als dat zo geregeld kan worden, dan denken wij dat er een vergelijkbare positie is. De redenering in de brief van de minister van 3 december over dit thema gaat wat ons betreft voorbij aan de kern van onze bezwaren. Er wordt opnieuw gesproken over voordelen, maar er zijn naar mijn oprechte wijze van zien geen voordelen. Er is ook beslist geen sprake van oneigenlijk gebruik van de zorgtoeslag, zoals de minister dat noemt. Die toeslag komt gemoedsbezwaarden juist tegemoet

in hun ziektekosten, evenals dat voor verzekerden geldt.

Nu werd mij in het wetgevingsoverleg gevraagd waar bij mij de solidariteitsgedachte blijft. Je kunt die burgers toch niet amputeren van de andere burgers in de samenleving. Ik vind dat een reëel punt en ik heb daarin willen voorzien door een zodanige constructie dat het uiteindelijke saldo op die gebonden spaarrekening voor de helft tegemoetkomt aan de solidariteitsgedachte en voor de andere helft eigen geld blijft, zij het dat je er niet bij kunt komen. Het is immers een gebonden spaarrekening die in beheer wordt gegeven bij het College voor zorgverzekeringen. Ik heb begrepen dat daar kanttekeningen bij te plaatsen zijn en dat het beter is om nog dichter aan te sluiten bij de pendant voor deze regeling, namelijk in de AOW. Het opgebouwde spaartegoed is eerst opeisbaar vanaf de 65-jarige leeftijdsgrens. Dat is hier anders, maar overigens zou je dezelfde constructie kunnen kiezen. Ik ben uiteraard in voor constructief overleg en houd mij gereed om desgewenst die omslag te maken.

Dan hebben wij een pittige discussie gehad over mijn amendering, overigens mede ondertekend door collega Rouvoet, op het punt van de opgeschoonde polis. Het behoeft geen betoog dat de beschermwaardigheid van het menselijk leven als principe en uitgangspunt voor mijn fractie uiterst belangrijk is. Juist als wij keuzevrijheid willen bieden, is het bij een zo fundamenteel onderwerp als ethische en levensbeschouwelijke bezwaren toch meer dan logisch dat die vrijheid gegeven wordt. Daarom hebben wij samen met de fractie van de ChristenUnie het amendement op stuk nr. 32 ingediend. Ik heb de minister bedankt voor zijn aantekening. Dat vinden wij op zichzelf een goede markering. De vraag is alleen wat dat in de praktijk betekent. Waar ligt dan het initiatief? Is een omslag van de verzekerde naar de verzekeraar niet veel beter en fundamenteeler? Dan krijgt niet de verzekerde de mogelijkheid om een aantekening op zijn polis te realiseren, maar wordt de verzekeraar in de gelegenheid gesteld modelovereenkomsten aan te bieden die hieraan voldoen.

In de toelichting hebben wij zo nauwkeurig mogelijk geconcretiseerd waaraan wij denken. Mij werd

gevraagd wat dan die controversiële prestaties zijn. Ik verwijs daarvoor naar de toelichting op het amendement. Het amendement dat er eerder lag, is bijna niet veranderd. Er is iets veranderd in de toelichting en daarna is het gewijzigd ingediend. De minister heeft in zijn reactie op dat amendement sterk ingezoomd op de eventualiteit van een premie-differentiatie of een premiereductie. Nu moet wel goed onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de breedte van het te verzekeren pakket en anderzijds de hoogte van de premie; die twee aspecten mogen niet zo maar door elkaar worden gehaald. Voor mij is echter niet het cruciale thema, dat er koste wat kost ook premiedifferentiatie zal zijn. Van mij hoeft dat niet al te zwaar te worden geaccentueerd. Het motief voor het amendement ligt niet bij het financiële punt, maar bij het principiële punt: de controversiële kwesties.

Ik zou de minister nog wel een uitspraak van de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland willen voorhouden, gedaan na het wetgevingsoverleg. Zijn partijgenoot de heer Wiegel zegt in het Reformatorisch Dagblad van 10 december: "Wat wel en niet valt onder de nieuwe basisverzekering, is een politieke keuze en daar wil Zorgverzekeraars Nederland zich niet in mengen, maar technisch gezien is er geen enkele belemmering". Nu, dat is klare taal: technisch geen enkel probleem. Als de politieke wil er is, is het dus blijkbaar uitvoerbaar.

Nog een enkele opmerking over de andere door mij ingediende amendementen. Amendement nr. 20 betreft een verduidelijking van de functiegerichte omschrijving. De minister heeft gezegd dat hij dit eigenlijk niet nodig vindt. Ik begrijp dat zo dat het ook niet erg zou zijn als die tekst in de wet zou worden verduidelijkt. Het gaat om de poortwachtersfunctie van de eerstelijnszorg en vanuit die zorg is mij nog aangereikt, dat ik beter zou kunnen spreken van "integrale eerstelijnszorg" dan van "basiszorg". Dat zou nog een wijziging van het amendement kunnen opleveren.

Wat mijn amendement over acute zorg betreft, ben ik nog niet geheel overtuigd door het weerwoord van de minister in zijn verwijzing naar de nota naar aanleiding van het verslag. Het moet toch absoluut veilig worden gesteld dat in acute situaties

## Van der Vlies

de vergoedingsregeling daarop onverkort aansluit. Daarom heb ik dit amendement ingediend. Ook mijn amendement over het werkgebied van zorgverzekeraars houd ik nog staande. Mijn bedoeling daarmee is het bevorderen van de flexibiliteit.

Ook mijnerzijds nog aandacht voor de positie van de GGZ. Die sector dreigt te versnipperen over de WMO, de AWBZ, en voor een fors deel intramuraal tot een jaar en volledig extramuraal in de Zorgverzekeringswet. Het is nog zeer onduidelijk hoe die sector eruit zal gaan zien en dat geeft grote risico's. Wil de minister samen met de staatssecretaris ruim voor de ingangsdatum van de nu aan de orde zijnde wet de gevolgen voor de GGZ-sector nauwkeurig in kaart brengen?

In dit verband vraag ik graag aandacht voor de positie van het persoonsgebonden budget. Restitutie achteraf en PGB vooraf zijn in de praktijk nu eenmaal niet identiek. Ik krijg graag de garantie dat de budgethouders die nu zorg krijgen onder de AWBZ, niet worden overgeheveld voordat zij de garantie hebben dat zij hun keuzevrijheid behouden.

Ik ben hiermee aan het eind van mijn termijn gekomen. Ook ik heb de vraag, of wij het debat vandaag wel kunnen afronden. Er zijn heel veel amendementen, ook nog aangekondigd. Zelf moet ik ook nog wat wijzigen in amendementen. Dat kan, naar ik aanneem, met de onvolprezen hulp van het departement wel voor aanstaande dinsdag, maar de vraag is of de zorgvuldigheid waartoe wij verplicht zijn bij wetgeving, zeker als het zo'n majeure operatie betreft, zich wel verdraagt met de luttele vergaderuren die ons nog voor het kerstreces resteren. Mijn fractie heeft daar vooralsnog twijfel over. Elke politieke optie in de vorm van bijvoorbeeld een uitstelmanoeuvre is verre van mij, het gaat alleen om het thema zorgvuldigheid. Ik vind dat de minister daarop in dient te gaan, wat hij ongetwijfeld zal doen, en dat ook alle collega's dit in hun geweten en in hun fractie moeten afwegen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik wil nog even vragen naar de meerwaarde van uw amendement op stuk nr. 20. Wat wordt er niet geregeld als dat amendement niet wordt aangenomen? En vanwaar de toespitsing en het buiten beschou-

wing laten van andere vormen van zorg?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het gaat hier over de geneeskundige zorg, waaronder de basiszorg, zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden. Tijdens de inspraakrondes heb ik het signaal gekregen dat de kraamzorg en de verpleegkundige zorg daar niet automatisch onder vallen. Intussen heb ik uit kringen van de KNMG aangereikt gekregen dat de term "integrale en continue eerstelijnszorg" nog beter is. Ik denk daar nog over na. In de wet moet in ieder geval heel precies komen te staan wat wel en wat niet onder de wettelijke bepalingen valt. Daarover mag geen enkele twijfel bestaan, ook al omdat het om opeisbare zaken gaat.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Uiteraard moet de wettekst nauwkeurig worden geformuleerd, maar mijn vraag is nu waarom u het toespitst op de eerstelijnszorg. Ik hoor graag van de minister of hij hierin een meerwaarde ziet.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Tijdens het wetgevingsoverleg heeft de minister al gezegd het niet nodig te vinden. Hij vond het overbodig, maar hij zal niet kunnen ontkennen dat het een precisering is waarom het veld heeft gevraagd. De strekking van het amendement is dat het zo precies mogelijk wordt geformuleerd.

□

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Hoe uiteenlopend de reacties op de nieuwe Zorgwet ook zijn, iedereen is het eens over de noodzaak van een hervorming om de gewenste overzichtelijkheid in de gezondheidszorg een stap dichterbij te brengen. Het huidige stelsel is verbrokken en onoverzichtelijk. Dat staat de toegankelijkheid en de betaalbaarheid in de weg. Mensen hechten aan een goede gezondheid en de kans daarop moet zo groot mogelijk zijn. Vanuit de CDA-visie is de eigen keuze van mensen in de gezondheidszorg erg belangrijk waarbij de overheid voorwaarden schept om de betaalbaarheid en toegankelijkheid veilig te stellen, voor nu en voor later. Daarom ook is in het CDA-verkiezingsprogramma gekozen voor

een ander verzekeringsstelsel: vraaggestuurd, privaatrechtelijk en met publieke waarborgen. Burgers kunnen van verzekeraar veranderen als zij een andere prijs of een betere dienstverlening wensen en daarnaast is in het stelsel, zoals het CDA dat voor ogen heeft, de solidariteit tussen jong en oud, gezond en ziek, geregeld via een acceptatieplicht. De solidariteit met minder draagkrachtigen krijgt vorm via een inkomensafhankelijke toeslag. Er is sprake van een verzekeringsstelsel, een vorm van volksverzekering voor risico's die niet of nauwelijks te verzekeren zijn. De kosten van de noodzakelijke zorg moeten via deze verzekering worden opgebracht. Er wordt geen inkomenspolitiek meer gevoerd via het ziektekostenstelsel. De verzekerde betaalt de nominale premie, zodat hem duidelijk is wat gezondheidszorg kost. Aldus het CDA-verkiezingsprogramma.

De vormgeving van de nieuwe Zorgverzekeringswet sluit aan bij de CDA-visie: keuzevrijheid van de verzekerde, prikkels tot goede en doelmatige zorg via gereguleerde marktwerking, kinderen tot 18 jaar gratis meeverzekerd en voldoende solidariteit. Er is gekozen voor een privaatrechtelijk stelsel met publieke waarborgen. De overheid bewaakt de wet, is verantwoordelijk voor de inhoud van het verzekerde pakket en legt een acceptatieplicht op. Een acceptatieplicht wil zeggen dat niemand meer een medische keuring hoeft te ondergaan als voorwaarde om zich te kunnen verzekeren voor de standaardziektekosten.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Mevrouw Smilde zegt dat zij de kosten van de zorg duidelijk wil maken, maar dit gebeurt maar voor de helft. Verder wordt er via een ingewikkelde omweg compensatie gegeven. De kinderen zijn gratis. Het is allemaal zo inconsistent.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is niet waar. Wij maken de kosten zichtbaar in een realistischer premie dan nu het geval is. Er wordt geen inkomenspolitiek gevoerd. De maatvoering wordt per huishouden geregeld en via de zorgtoeslag wordt het voor de minder draagkrachtigen geregeld. In dit systeem is het duidelijker wat de gezondheidszorg kost doordat er een nominale realistische ziektekostenpremie wordt betaald.

## Smilde

Mevrouw **Smits** (PvdA): Nee, want dat gebeurt maar voor de helft. De premie maakt dit maar voor de helft zichtbaar en heeft dus geen relatie met de werkelijke kosten. De kinderen zijn gratis en via de ingewikkelde weg van compensatie wordt het beeld van de vaste nominale premie versluierd. Waarom kiest mevrouw Smilde voor zo'n inconsistente werkwijze?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Er is voor een nominale premie van 50% gekozen. Wij vinden dit een stap op weg naar de maatvoering per huishouden die wij voorstaan. Op deze manier wordt het inzichtelijk gemaakt.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik zal het op een andere manier proberen, want ik krijg nu steeds hetzelfde antwoord. Mevrouw Smilde is van mening dat iedereen moet kunnen zien wat de werkelijke kosten zijn. Waarom kiest zij er dan niet voor dat de mensen moeten betalen voor scholen of wegen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Scholen en wegen zijn algemeen belang waar iedereen gebruik van maakt. Je maakt echter alleen ziektekosten als je ziek bent en tegen die kosten kun je je verzekeren. Wij gaan over van een algemeen systeem naar een verzekeringsstelsel. Je verzekert je alleen maar om de risico's van ziekte af te dekken. Ik verzeker mij niet om het risico af te dekken dat ik over de weg rijd.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Dit is essentieel. Wij leggen een verzekeringsplicht op en dus is hier ook sprake van algemeen belang. De CDA-fractie kan niet zeggen dat een zorgverzekering geen algemeen belang is en dat je de kosten dus zelf moet betalen of moet kiezen voor een verzekering.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij leggen een verzekeringsplicht op, omdat wij graag de solidariteit in het stelsel willen brengen. Dit zegt niets over het verzekeringskarakter dat in deze wet wordt geregeld. De mensen verzekeren zich tegen het risico van ziek zijn. De verzekeringsplicht heeft te maken met de solidariteit met de mensen die ziek zijn.

Kan de minister aangeven waarom hij kiest voor een nominale premie

van 50% en een inkomensafhankelijke premie van 50%?

Om het voor een verzekeraar aantrekkelijk te maken om mensen met een kwetsbare gezondheid te verzekeren, komt er een vereveningsfonds waaruit verzekeraars per verzekerde een bedrag betaald krijgen dat behoorlijk kan oplopen als iemand bijvoorbeeld veel zorg nodig heeft. Je zou kunnen zeggen dat het zo juist aantrekkelijk wordt om zieken goede en efficiënte zorg te leveren. Misschien wordt het zelfs wel aantrekkelijker om zieke verzekerden te werven dan jonge en gezonde mensen. De CDA-fractie vindt dit een vorm van solidariteit waar Nederland trots op mag zijn.

De minister heeft tijdens het wetgevingsoverleg al veel vragen beantwoord. Bovendien zijn na dit overleg in een mum van tijd ook nog schriftelijke antwoorden verstrekt. Toch zijn er nog wat vragen overgebleven waar ik nu graag een antwoord op krijg.

Het antwoord op de vragen over de Europees rechtelijke aspecten vinden wij voldoende. Dit geldt vooral voor de toezegging van de minister dat binnen de Zorgverzekeringswet de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de verevening altijd de ankerplaatsen zullen zijn. Daarom zijn wij bereid de wet op dit punt te accepteren. Wij houden de minister aan zijn woord dat deze ankers vastliggen, ook als aanpassing op grond van eventuele Europese jurisprudentie nodig zou zijn.

Het standaardpakket sluit aan bij het huidige ziekenfondspakket en wij gaan daarmee akkoord. In de Zorgverzekeringswet staat de verzekerde centraal. Wat is vanuit de verzekerde geredeneerd de beste optie? De verzekerde moet gemakkelijk kunnen verhuizen van de ene naar de andere verzekeraar. Dat gemak staat of valt met een soepele keuze, ook voor de aanvullende verzekering. Hoe klein dat aandeel ook is, zo'n 7%, toch hechten wij er grote waarde aan dat goed te regelen. Patiënten- en consumentenorganisaties geven het belang hiervan eveneens aan. In het wetgevingsoverleg heb ik dit de achilleshiel van de solidariteit genoemd. Hoe maken wij de overstap naar een andere verzekeraar, met daarbij de mogelijkheid van een aanvullende verzekering tegen acceptabele voorwaarden?

De CDA-fractie is nog niet overtuigd van de argumenten van de minister dat ontkoppelen van de standaardverzekering en de aanvullende verzekering extra kans op risicoselectie met zich meebrengt. Ook bij een koppeling is die kans aanwezig. Waarom is die kans op risicoselectie bij ontkoppeling extra groot? Ontkoppeling vergroot naar ons idee het aantal opties voor de verzekerden om zowel voor de standaardverzekering als voor de aanvullende verzekering naar de verzekeraar van hun keuze te gaan. Wij houden dan ook vast aan de mogelijkheid om te kunnen ontkoppelen en hebben daartoe het amendement gesteund dat door de heren Heemskerk en Rouvoet is ingediend. De meeste ziekenfondsverzekerden hebben nu een aanvullende verzekering. De CDA-fractie wil graag dat de minister een eenmalige "acceptatieplicht" bewerkstelligt waardoor de verzekerden met de overgang van het oude naar het nieuwe systeem tegen dezelfde voorwaarden gebruik kunnen maken van de aanvullende verzekering.

Mevrouw **Kant** (SP): Uit uw betoog begrijp ik dat u het belangrijk vindt dat iedereen zich aanvullend kan verzekeren en dat u de risicoselectie die daarbij plaatsvindt en in de toekomst plaats gaat vinden, een slechte zaak vindt. Klopt dat?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Bij een aanvullende verzekering is per definitie sprake van risicoselectie. Daarom is wat wij verstaan onder noodzakelijke kosten geregeld in de standaardverzekering, waarvoor geen risicoselectie plaatsvindt. Wij vinden het wel van belang dat de keuze uit aanvullende verzekeringen zo groot mogelijk moet zijn. Het is nog niet duidelijk of die ontkoppeling daar nu wel of geen rem op zet. Daarom kiezen wij eerst voor ontkoppeling zodat mensen meer mogelijkheden hebben om voor een andere verzekeraar te kiezen.

Mevrouw **Kant** (SP): U berijdt dus twee paarden en dat gaat in dit geval niet. Of u vindt de zorg die aanvullend verzekerd moet worden, zo belangrijk dat u vindt dat iedereen die verzekering moet kunnen krijgen en betalen. In dat geval moet u risicoselectie een bezwaar vinden. U zou dan ook kunnen zeggen dat die



## Smilde

zorg gewoon moet worden opgenomen in het basispakket. Of u vindt het geen probleem en dan moet alles wat u net hebt genoemd, u eigenlijk een zorg zijn. Het is van tweeën een: u vindt het belangrijk dat mensen zijn verzekerd voor die zorg of het kan u niet schelen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik zie die twee paarden niet helemaal. Ik ga uit van de standaardverzekering. Ik wil alleen regelen dat mensen voor een aanvullende verzekering naar de verzekeraar van hun eigen keuze kunnen gaan. Ik schat in dat die keuzevrijheid groter is bij ont koppeling. De minister heeft gezegd dat hij dat niet zo ziet, maar dat zal hij ons straks uitleggen. Dit heeft niets te maken met risicoselectie, want voor de standaardverzekering staat buiten kijf dat er geen risicoselectie mag plaatsvinden.

Mevrouw **Kant** (SP): U maakt het nodeloos ingewikkeld. U vindt risicoselectie wel of niet een probleem. Uit uw verhaal begrijp ik dat u het wél een probleem vindt. En terecht! Als je risicoselectie een probleem vindt, dan moet je zeggen dat de aanvullend te verzekeren zorg weer deel wordt van het standaardpakket of dat voor de aanvullende verzekering risicoselectie ook wordt verboden. Het is van tweeën een. U kunt niet zeggen dat u alles best vindt en tegelijkertijd betogen dat het belangrijk is dat iedereen een keuze heeft. Als u het belangrijk vindt dat iedereen de mogelijkheid heeft om te kiezen voor een aanvullende verzekering, dan mag dat niet afhangen van de vraag of je bijvoorbeeld al dan niet een chronische ziekte hebt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik moet mijzelf herhalen. De noodzakelijke zorg hebben wij geregeld in de standaardverzekering. Daar vindt geen risicoselectie plaats. In de aanvullende verzekering zit een aantal zaken waarvan mensen het plezierig vinden om zich ervoor te verzekeren. Daar wil ik de keuze zo groot mogelijk laten zijn. Er is geen risicoselectie voor de noodzakelijke kosten. Daarom zie ik de twee paarden niet.

Wat betreft de eenmalige acceptatieplicht vragen wij bijzondere aandacht voor mensen die nu via een particuliere verzekering een all-in-pakket hebben. Bij de nieuwe

zorgverzekeringswet worden zij voor de kosten binnen het standaardpakket geaccepteerd, maar delen uit hun huidige polis vallen hier buiten, namelijk de onderdelen die bij de ziekenfondsverzekerden in het algemeen in de aanvullende verzekering zitten en die zij nu in een nieuwe aanvullende verzekering moeten regelen. Ook hier moet de acceptatieplicht zoals wij die zien zijn werk kunnen doen. Deze mensen moeten onder vergelijkbare voorwaarden met de oud-ziekentfondsverzekerden toegang krijgen tot de aanvullende verzekering.

Bij het overstappen van de ene naar de andere zorgverzekeraar, in de situatie waarin het nieuwe systeem al werkt, moet de aanvullende verzekering nooit een hindernis vormen, zodat indirecte risicoselectie nagenoeg onmogelijk is; alweer vanuit de verzekerde geredeneerd. In het wetgevingsoverleg hebben wij gesproken over een gedragscode voor verzekeraars. De minister heeft toegezegd hierover met de zorgverzekeraars te zullen spreken. Graag horen wij de laatste stand van zaken.

Een andere vraag is wat wij doen met achttienjarigen, die op het moment dat zij achttien jaar worden, nog geen aanvullende verzekering hebben. Laat ik een concreet voorbeeld noemen. Een jongere is tot zijn achttiende verzekerd voor tandartskosten in het standaardpakket. Vanaf zijn achttiende krijgt hij een eigen verzekering en valt dit niet meer onder de standaardverzekering, maar onder de aanvullende verzekering. Wij vragen dus, op welke wijze en onder welke voorwaarde zo'n jongere geaccepteerd kan worden in de aanvullende verzekering. Naar het idee van mijn fractie zou dit ook moeten kunnen vallen onder de gedragscode. Graag een reactie van de minister.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U maakt zich terecht zorgen over risicoselectie bij de aanvullende verzekeringen. De oplossing daarvoor is het zo klein mogelijk houden van die aanvullende verzekeringen. De volgende keer dat er iets uit het pakket gaat, hoop ik dat u de risico's weer net zo scherp op het netvlies hebt staan. U vraagt iets aan de minister waarop hij volgens mij geen antwoord kan geven, want hij gaat niet over de

gedragscode van de verzekeraars. De minister kan u nooit garanties geven. Wat betekent dit dan voor uw eendoordeel over dit wetsvoorstel?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De minister kan mij geen garanties geven, maar hij heeft wel in het wetgevingsoverleg aangegeven dat hij met de zorgverzekeraars daarover in gesprek wil. In het rondetafelgesprek hebben de verzekeraars gezegd dat zij daar ook toe bereid zijn. Over de gedragscode wil ik gewoon de laatste stand van zaken weten. Ik vind het erg belangrijk om dit te regelen, maar de noodzakelijke kosten zitten in het standaardpakket. Dit maakt 93% uit van de ziektekosten. Het zou voor mijn fractie geen breekpunt zijn, maar wij vinden het erg belangrijk dat dit goed wordt geregeld.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als de minister een dikke sigaar rookt met Wiegel van de zorgverzekeraars en een goed gesprek met hem heeft, zonder dat er verder iets op papier komt, dan hebt u toch geen enkele toezegging over de gedragscode? Is dat dan voor u voldoende?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dit is een als-dan-debatje. Ik heb deze vragen aan de minister gesteld en ik wil graag eerst zijn antwoord hierop afwachten.

Mevrouw **Schippers** (VVD): In het wetgevingsoverleg heb ik over een gedragscode ten aanzien van de aanvullende verzekering het volgende gezegd. Als wij uitgaan van een acceptatieplicht bij de aanvullende verzekering, of dat nu gebeurt via een gedragscode of niet, hoort daar een verbod op al te grote premiedifferentiatie bij. Als je heel hoge premies gaat vragen, is de acceptatieplicht een wassen neus. Dan zeggen wij dus feitelijk tegen een zorgverzekeraar dat hij verlies moet maken. Dat kun je nooit zeggen en dan kom je uit bij het vereveningsstelsel. Met andere woorden: ben je dan niet gewoon een basisverzekering aan het invoeren in de aanvullende verzekering? Ik heb dat al eerder aangegeven in het debat en ik wil daar graag uw reactie op horen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat ben ik niet aan het doen. De acceptatieplicht ± ik zet "acceptatieplicht"

## Smilde

tussen aanhalingstekens, want het kan natuurlijk niet echt een plicht zijn  $\pm$  geldt met name voor de overgang van het oude naar het nieuwe systeem. Ik ga ervan uit dat het werven van verzekerden voor de standaardverzekering zo aantrekkelijk is voor de verzekeraars dat zij bereid zijn het te regelen onder voorwaarden die lijken op die waaronder zij nu de aanvullende verzekering bij de ziekenfondsverzekerden hebben, zonder al te grote premie-differentiatie. Dat geldt zelfs als dat voor hen enig verlies meebrengt, want het brengt wel voor hen mee dat zij in het algemeen hun cliënten zullen behouden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De gedragscode waaraan u refereert, heeft dus alleen betrekking op de overgangssituatie?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee, de acceptatieplicht heeft te maken met de overgangssituatie en de gedragscode waar ik het over heb, heeft te maken met het moment dat binnen het systeem de verzekerde van standaardverzekeraar wil verhuizen en eventueel zijn aanvullende verzekering wil meenemen.

Artikel 113 schrijft voor dat de zorgverzekeraar regelt dat geschillen kunnen worden voorgelegd aan een onafhankelijke geschillencommissie. Vanuit de verzekerde geredeneerd, is dit te summier. Na de geschillencommissie rest alleen de rechter, wat een barrière kan zijn voor de verzekerde. Wij zouden de positie van de verzekerde wat steviger verankerd willen zien. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door aan te sluiten bij de arbitrageregeling uit het Wetboek van burgerlijke rechtsvordering. De zorgverzekeraar regelt dan dat geschillen kunnen worden voorgelegd aan een onafhankelijke geschillencommissie volgens de arbitrageregeling uit dit wetboek. In het algemeen zijn in een dergelijke arbitragecommissie de zorgverzekeraars, de patiënten en de consumenten vertegenwoordigd. Wij vinden dat dit a) aansluit bij het privaatrechtelijke karakter van het stelsel en b) de verzekerde iets meer mogelijkheden geeft dan alleen de zorgverzekeraar. Een vraag hierbij is  $\pm$  in dat opzicht sluit ik aan bij de woorden van de heer Heemskerk  $\pm$  of er zonder meteen een adviesplicht in te stellen, bewerkstelligd kan worden dat de expertise van de CVZ een

belangrijke plaats krijgt in de geschillenbeslechting. Ik hoor daar graag de reactie op van de minister. Wat ons betreft, gaat hier uiteraard een heroverwegingsprocedure aan vooraf door de zorgverzekeraar, in reactie op een klacht van de verzekerde. In dat opzicht delen wij de opvatting van de minister dat de zorgverzekeraar er zelf ook meer aan gelegen is om eerst intern die procedure te volgen en dus een heroverwegingsprocedure te starten.

Dan heb ik nog een opmerking over de CVZ. In artikel 65 is er sprake van informatie die de CVZ aan de burgers zou geven. Wij vragen ons af waarom de CVZ dat doet. Men heeft daar toch andere taken, de zorgverzekeraars, zorg aanbieden. Patiënten- en consumentenorganisaties doen dat. Welk kanaal heeft de CVZ naar de burger?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil u een vraag stellen. Stel dat die arbitragecommissie er komt, dan zit er altijd tijd tussen het moment dat de patiënt doorverwezen is naar iets of iemand of een machtiging is aangevraagd of een geneesmiddel is voorgeschreven, waarover een verzekerde een geschil heeft met de verzekerde. In die periode kan het heel belangrijk zijn voor de patiënt dat hij die zorg of dat middel blijft krijgen. Wat vindt u van mijn voorstel om de huidige situatie om te keren, zodat je de voorziening krijgt, totdat er een uitspraak is dat je er geen recht op hebt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik denk dat je niet van die kant uit moet redeneren. Naar mijn mening komt eerst de heroverwegingsprocedure. De arbitrageregeling is overigens voor een groot deel ook regelend recht. Als je tot een dergelijke arbitrageregeling overgaat, kun je via regelend recht ook de termijnen regelen. Dan hebben beide partijen de mogelijkheid, die termijnen zo kort mogelijk te regelen. Laten wij niet te veel dichttimmeren. Laten wij het aan hen overlaten. Ik wil niet omdraaien zoals u dat wilt, want dan wordt de zaak te veel dichtgetimmerd. Wij willen in het privaatrechtelijk stelsel zaken aan partijen overlaten. Ik wil dat extra verankeren voor verzekerden, maar ik wil het principe overeind houden.

Mevrouw **Kant** (SP): De techniek is allemaal heel interessant, maar ik

vraag u eigenlijk of u zich wilt verplaatsen in de positie van de patiënt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ja, dat doe ik ook.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik noem maar een voorbeeld. Een kankerpatiënt kan alleen maar een bepaalde vorm van drinkvoeding verdragen. De voeding wordt voorgeschreven door de arts, maar de verzekeraar wil die niet vergoeden. Dan ontstaat er een geschil. Die kankerpatiënt kan echt niet wachten tot er een uitspraak komt en die voeding is erg duur. Ik vraag u om zich in die positie te verplaatsen en nog eens te oordelen over de vraag of het toch niet zou moeten worden omgekeerd. U zegt zelf dat het vaak om een korte periode gaat. Die moet dus andersom ook wel overbrugbaar zijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik blijf toch bij mijn standpunt dat kan worden geregeld dat de termijn kort is. Die patiënt kan altijd nog een verzoek doen via kort geding.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik begrijp toch niet zo goed wat u voorstelt. Wat is nu precies het verschil tussen de arbitragecommissie en de geschillencommissie die de minister voorstelt? En wat is het verschil met wat er in het amendement-Heemskerk wordt geregeld, namelijk dat CVZ hierin een centrale rol speelt? Over dat laatste zegt u waarschijnlijk dat het publiekrechtelijk is. Dat is mij niet genoeg waar het gaat om de vraag wat zo'n commissie nu precies vermag en wat niet.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het voorstel van de minister is dat er een geschillencommissie komt die is opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Ik wil dat uitbreiden met een arbitrageregeling die in het Wetboek van Rechtsvordering staat. Dat is een wettelijke verankering van die geschillenbeslechting. Wij hebben zeer serieus overwogen om de geschillenbeslechting onder te brengen bij het CVZ omdat dit college veel expertise in huis heeft. Een bezwaar is dat het CVZ voor een deel ook toezichhoudend is. Daarom heb ik gevraagd naar een combinatie van het behoud van de expertise van het CVZ en een onafhankelijke geschillenbeslechting.

## Smilde

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik ben het spoor ook een beetje bijster dus wij zien wel wat de minister antwoordt. Ik wil nog één ding zeggen over het CVZ. Dat is geen toezichthouder. Het is een belangrijke adviseur over pakketten voor de minister en voor de Kamer. Daarom werkt het zo goed samen als het CVZ ook advies geeft over de geschillenbeslechting. Ik heb ook nog een vraag over de arbitragecommissie. Als men instemt met de arbitrage, kan men dan niet meer naar de rechter?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ja, dat is waar.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dan kan die kankerpatiënt toch ook dat kort geding niet meer aanspannen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ja natuurlijk wel. Het moet even chronologisch worden gezien. Stel dat de termijn voor de arbitragecommissie vijf weken is. Die kankerpatiënt die mevrouw Kant noemde, heeft twee weken nodig. Dan is er toch de mogelijkheid om binnen die twee weken naar de rechter te stappen voor een kort geding? Er is ook nog een heroverwegingsprocedure. Dat kan altijd. Ik vind dit een beetje een theoretische discussie want ik ga ervan uit dat partijen in die heroverwegingsprocedure al een heel eind kunnen komen. Ik ga er ook vanuit dat de termijnen voor die arbitragecommissie zo kort mogelijk worden gemaakt omdat juist in vraagstukken met betrekking tot gezondheidszorg het tempo van belang is.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Natuurlijk moeten verzekerde en verzekeraar er eerst samen uit zien te komen. Ik verwacht echter meer onduidelijkheden en dus meer geschillen. U tuigt een hele juridische kerstboom op. Wij stellen dat wat nu door CVZ wordt gedaan prima werkt en dat het zo moet worden gehouden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij zullen de reactie van de minister horen op het ons voorstel en op uw amendement.

Iedereen is verplicht om zich te verzekeren. Tegenover die plicht staat volgens ons ook een recht. De overheid moet mensen een handje helpen die niet mondig genoeg zijn

om zich aan te melden omdat het hen ontgaat. De verzekerde staat centraal, ook bij het traceren van verzekerden. Wij hebben er in het wetgevingsoverleg een pleidooi voor gehouden om de overheid een opsporingstaak voor onverzekerden op te leggen. De minister heeft in zijn beantwoording gezegd dat ziekenfondsen en particuliere verzekeraars hun verzekerden zullen informeren. Hij schat in dat het aantal mensen dat niet wordt bereikt gering zal zijn. Om verschillende redenen staan wij sceptisch tegenover dit argument. Er is op dit moment geen verzekeringsplicht. Een aantal onverzekerden wordt daarmee niet bereikt. Onder de nieuwe wet valt ook een categorie GGZ-patiënten. Nu valt dus al in te zien dat niet waterdicht is wat de minister zegt. Dat klemt te meer daar er een forse boete staat op het niet-verzekerd zijn.

Tijdens het wetgevingsoverleg hebben wij gevraagd naar een criterium om iemand niet-verwijtbaar onverzekerd te verklaren. Daarop hebben wij geen antwoord gehad. De minister noemt het in zijn schriftelijke beantwoording opnieuw zonder nadere aanduiding. De minister meent ook dat het koppelen van bestanden niet nodig is. Dat is echter nog maar de vraag. Voor de zorgtoeslag worden ook bestanden uitgeplozen om iedereen te bereiken. Via de GBA is toch simpelweg iedereen te vinden die ouder is dan 18 jaar? Dit is misschien simpel gedacht, maar toch.

Een breed gevoelde noodzaak tot het erkennen van een nieuwe wet is één; draagvlak een tweede. Draagvlak staat of valt met een goede overgang. Daarom vroegen wij ook naar de contouren van de Invoeringswet. Ik dank u voor de uiteenzetting daarover. Ik heb alleen nog enkele vragen en opmerkingen. Er wordt gemeld dat de regelgeving in zal gaan om overgangsbeleid te ondersteunen, nader gespecificeerd met een particuliere ziektekostenverzekering die van rechtswege zal eindigen voor zover de dekking ervan gelijk is aan de dekking van de zorgverzekering. Hoe zit het met de rest van de dekking? Wat zijn de consequenties? Hoe zit het met de overgang van hen die nu een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering hebben? Meer in het algemeen: aan welke andere regelgeving moeten wij denken? De

aandachtspunten die in de beantwoording worden genoemd, liggen voor de hand. Is alle overgangsrecht geregeld aan de hand van de punten die wij daarin hebben kunnen lezen?

De CDA-fractie wil een grondige evaluatie van een aantal zaken in 2007. Hoe gemakkelijk is de overstap van de ene naar de andere verzekeraar gegaan? Welke problemen hebben zich voorgedaan met de aanvullende verzekering of met het moment van verzekeren van achttienjarigen? Hoe verloopt de geschillenbeslechting? Hoe groot is het aantal onverzekerden? Het belang van een gestroomlijnde invoering lijkt ons evident. Wij vragen de minister dan ook concreet naar zijn communicatieplannen. Wij verwachten precisie in algemene zin en niet alleen via internet.

Wij zijn aan een groot project begonnen. Van ons wordt als eerste stap een zorgvuldig wetgevingstraject verwacht. Daarom stellen wij voor om na een jaar een veegwet te plannen. Daarbij moeten de gegevens van de eerste evaluatie zichtbaar zijn, zodat wij bepaalde zaken eventueel nog beter kunnen regelen. De eerste stap in de richting van een nieuw stelsel voor de curatieve zorg zetten wij nu. De CDA-fractie is positief gestemd over de wet, maar wil de puntjes behoorlijk goed op de i zetten. Gezien het enorme maatschappelijke belang, zijn wij dat ook verplicht. De zaken die ik zo-even namens mijn fractie heb genoemd, willen wij regelen om een goede wet en ± nog belangrijker ± een zorgvuldige invoering ervan mogelijk te maken.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik dacht dat u nog iets meer zou zeggen over de solidariteit. Nu u dit niet heeft gedaan, vraag ik u ernaar. Uw achterban heeft op 13 november jongstleden gezegd dat de solidariteit in het vergeetboek raakt en dat de tweedeling in de samenleving doorzet. Hoe beoordeelt u deze wet, gegeven het feit dat wij hebben berekend dat de hogere inkomens er nog eens 500 mln of misschien wel meer op vooruit gaan? Hoe beoordeelt u deze wet in het licht van die uitspraak?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik geef hier zeer globaal antwoord op omdat mijn collega Omtzigt zich meer met de financieel-technische zaken bezighoudt. Ik denk dat wij met deze

## Smilde

wet en de Wet op de zorgtoeslag invulling geven aan solidariteit.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De zorgtoeslag is al verrekend in die 500 mln waarmee de hogere inkomens erop vooruit gaan. Dat is het punt dus niet. Laat ik het omdraaien. Er is voorgesteld om het drempelinkomen af te schaffen en om de premie echt inkomensafhankelijk te maken. Steunt u die voorstellen, gezien de uitspraak van uw achterban?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voor het antwoord op deze vraag, moet u echt op het relaas van mijn collega wachten. Hij gaat op deze punten in. Ik zeg dit niet om het af te schuiven; wij hebben het zo verdeeld.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U sprak van zorgvuldige wetgeving; daar zijn ook wij zeer vóór. U had nog wat twijfels en u vond dat er nog wat puntjes op de i gezet zouden moeten worden, en daarom introduceerde u de veegwet. Waarover maakt u zich zorgen, als u nu al voorziet dat er scherven zullen vallen die opgeveegd moeten worden? Als u aangeeft waar u bang voor bent, kunnen wij dat misschien nu gezamenlijk in amendementen regelen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij proberen zoveel mogelijk zaken samen te regelen, maar bij elke grote wet ± zo was het bijvoorbeeld ook bij de Wet werk en bijstand ± merk je in de praktijk dat je sommige dingen nog beter moet regelen. Het gaat er niet om dat ik nu al scherven verwacht, het heeft alles te maken met de dynamiek van een zo omvangrijke wet als deze dat ik verwacht dat wij straks een veegwet nodig zullen hebben om hier en daar nog iets te verbeteren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. In aanvulling op de opmerkingen van mevrouw Smilde zal ik nog een aantal voor onze fractie belangrijke punten naar voren brengen.

Tegenover de macht van de verzekeraars staan de individuen die zich kunnen verzekeren. De verzekeraars moeten op een efficiënte en goede manier zorg inkopen, maar op het eerste gezicht

lijken individuele verzekerden machteloos tegenover verzekeraars met in sommige gevallen miljoenen verzekerden. Dit is echter niet zo, want verzekerden kunnen straks elk jaar wisselen van zorgverzekeraar en een verzekeraar die zich slecht gedraagt tegenover zijn verzekerden, zal al gauw al zijn verzekerden kwijtraken. Nu kunnen velen die in de particuliere sector verzekerd zijn, niet van verzekeraar veranderen, straks zullen zij dit met het grootste gemak kunnen doen.

Er is nog een ander mechanisme, dat van collectiviteiten die een contract met een verzekeringsmaatschappij afsluiten. Eenieder die deel uitmaakt van zo'n collectiviteit, mag deelnemen in het contract, maar dit is niet verplicht. Volgens het onderhavige wetsvoorstel moet echter de verzekeraar iedere collectiviteit die bij hem aanklopt, dezelfde korting verlenen. Een verzekeraar moet dus een beetje louche groep die hij niet vertrouwt en die bij hem aanklopt, dezelfde korting geven als een volkomen betrouwbare ondernemer. Het etalageartikel dwingt hem daartoe immers.

De minister heeft in het wetgevingsoverleg het voorstel gedaan om het etalageartikel te schrappen en een premiekorting van maximaal 5% toe te staan. Wij hebben echter geen nota van wijziging daartoe ontvangen. Hoe denkt de minister op dit moment over het voorstel? Wij wachten met spanning af hoe hij over het voorstel en het amendement van mevrouw Schippers denkt.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij wachten met spanning af wat de CDA-fractie vindt.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik ga even door met de mening van het CDA over collectiviteiten.

Mevrouw **Kant** (SP): En over het amendement-Schippers en het eventueel schrappen van het etalageartikel.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, de heer Omtzigt heeft het woord.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar wij beslissen daarover vandaag. Ik wil het graag weten.

De heer **Omtzigt** (CDA): Wij

beslissen daarover na het antwoord van de minister.

Als collectiviteiten op die manier worden toegestaan, wil de CDA-fractie dat de minister zorgt dat de verzekeraars niet meer korting geven dan zij winst maken. In de hoorzitting en in het overleg gaven de verzekeraars namelijk aan dat zij dit in het verleden hebben gedaan. Daardoor ontstaat een kruissubsidiestroom. Wij zijn daar beducht voor. Natuurlijk wordt in het nieuwe stelsel risicoselectie bijna geheel oninteressant vanwege het vereveningsfonds. Collega Smilde gaf het voorbeeld van een HIV-patiënt, voor wie een verzekeraar bijna 20.000 euro krijgt. Die selectie behoeft dus zo niet gemaakt te worden. Wij willen echter wel de garantie hebben dat verzekeraars niet op een nettoschade korting geven. Het mag wel op de administratieve lasten, die minder kunnen zijn bij een collectief contract waarbij bijvoorbeeld de verzekeringnemer het gehele polisbedrag betaalt.

In onze ogen is een collectiviteit ook niet alleen een grote werkgever. Juist bedrijven in het MKB, patiëntenverenigingen of vakbonden moeten in staat zijn om voor hun leden een collectief contract te bedingen of een standaardcollectief aangeboden krijgen. Bij deze collectieve contracten zal vaak een combinatie aangeboden worden van een standaardverzekering en een aanvullende verzekering. Over het laatste hebben wij zojuist al voorstellen gedaan. Wij vinden dat iemand in een collectief contract zowel zijn standaardverzekering als zijn aanvullende verzekering moet kunnen houden, als hij geen deel meer uitmaakt van het collectief, bijvoorbeeld als hij zijn baan verliest bij een werkgever. Natuurlijk heeft hij dan niet langer recht op de korting waarop het collectief recht heeft, maar hij moet de verzekering kunnen voortzetten. Daarom hebben wij een amendement ingediend waardoor de kosten van de verzekering en de verleende korting aangetekend worden op het polisblad. Wij hebben dat amendement samen met de heer Bakker ingediend. Natuurlijk heeft de verzekerde ook zonder dit het recht om een standaardverzekering zelf af te sluiten, maar over de aanvullende verzekering hebben wij een aantal vragen. Vindt de minister met ons dat het mogelijk moet zijn om de aanvullende verzekering voort te

## Omtzigt

zetten, ook als iemand uit de collectiviteit valt? Is dat nu mogelijk of zal hij dat mogelijk maken?

De heer **Heemskerk** (PvdA): U was heel helder: er mag alleen een korting worden gegeven die neerkomt op de administratieve voordelen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Wij zijn beducht voor een situatie waarin kruissubsidies bestaan. Wij willen van de minister weten of deze situatie in de voorstellen die hij heeft gedaan en die mevrouw Schippers heeft gedaan, kan ontstaan. Wij zijn ook beducht dat men bij een collectief contract de aanvullende verzekering erna niet kan voortzetten. Over die twee mechanismen hebben wij een aantal vragen aan de minister.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat is de kruissubsidie. U zei echter dat de korting niet hoger mag zijn dan de administratieve voordelen. Mijn vraag aan u is hoe hoog ongeveer die administratieve voordelen zijn. Ik stel 5%.

De heer **Omtzigt** (CDA): Wij zullen aan de minister vragen hoe hoog die zijn.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik dacht dat het antwoord op mijn vraag nog zou komen. Vindt u dat het niet meer zo hoeft te zijn dat, als een maatschappij een groep een collectief contract aanbiedt, zij een andere groep datzelfde contract, met dezelfde voorwaarden, moet aanbieden? Dat vervalt namelijk bij aanneming van het amendement.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb daar een antwoord op gegeven. Iedereen moet een collectief contract kunnen afsluiten. Maar als een heel louche ondernemer bij het Verbond van Nederlandse verzekeraars aanklopt en vraagt of hij dat ook mag, kan zo'n verzekeraar gaan twifelen. Ik vind dat een vorm van gedwongen winkelnering, dus ik heb begrip voor de voorstellen van de minister. Wel vraag ik mij af of er geen situatie ontstaat waarin verzekeraars korting geven op de schade die zij hebben.

Mevrouw **Kant** (SP): Dus u vindt het geen probleem als een werkgever, met relatief gezonde werknemers, een contract afsluit en dat de

patiëntenvereniging niet onder dezelfde voorwaarden een contract bij zo'n verzekeraar afsluit? U verwacht ook niet dat daarin verschillen ontstaan qua kwaliteit van de polissen?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik ben blij dat u dit onderwerp aansnijdt. Op dit moment zijn de collectieve contracten met jonge, gezonde particulier verzekerden stukken goedkoper dan de WTZ-polis. Iemand die ziek is en zich op zijn dertigste aanmeldt bij een particuliere verzekeraar, betaalt honderden euro's meer dan ik op dit moment doe. Dat gaat er allemaal uit in het nieuwe wetsvoorstel. De solidariteit waaraan wij zo hechten, stijgt. Die persoon hoeft niet gedwongen te worden om hetzelfde contract aan te bieden. Maar waarom krijgt hij op dit moment die korting? Vanwege het ontbreken van het vereveningsfonds, het kroonjuweel van de nieuwe wet. Aan de verzekeraar betalen wij voor iemand die ouder en/of gehandicapt is, een bedrag, waardoor concurrentie op de zwakkere groepen interessant kan worden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Daarmee voorkomt u dat de collectieve contracten aan risicoselectie doen, want die is er door het vereveningssysteem uitgehaald. Een collectief contract organiseert een massa. Het voordeel voor een verzekeraar kan zijn dat hij in zijn inkoop voor die massa doelmatiger kan werken. Mag een verzekeraar de daarop behaalde winsten teruggeven aan het collectief?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik hoop dat de verzekeraar de winst die hij uit efficiënt inkopen maakt, teruggeeft aan collectief en individueel verzekerden, waarvoor hij natuurlijk ook inkoop. Ik heb het concept nettoschadelast genoemd, en dat houdt in dat het voordeel dat wordt behaald met effectief inkopen, kan worden doorgegeven aan zijn collectiviteit.

Dat de risico's worden verevend door middel van een fonds van 14 mld euro, betekent dat de verzekeraars gelijke premies kunnen aanbieden. Het fonds is daarmee de hoeksteen van een nieuw stelsel, en het garandeert risicosolidariteit. Een goed functionerend stelsel is dus van cruciaal belang. Daarover hebben wij echter nog wel een aantal opmerkin-

gen. In de beantwoording van de vragen van het WGO ± waarvoor veel dank ± lijkt het alsof wordt verevend op veel voorkomende ziektes, zoals diabetes of reuma. Voor elke persoon met een aandoening krijgt de verzekeraar dus geld. Maar in de lijst ontbreken onder andere zeldzame aandoeningen. Toch kan het daarbij gaan om een aandoening waaraan ongeveer 8000 mensen in Nederland lijden. Wordt hierop verevend? Graag verheldering.

Er zijn geen limieten gesteld aan de omvang van het vereveningsfonds. In de ogen van de CDA-fractie dient het fonds alleen voor verevening gebruikt te worden en niet als oppotfonds. Het dient vooral geen zwart gat te worden buiten de rijksbegroting om. Daartoe hebben wij een amendement ingediend. Het fonds kan een liquiditeitsreserve aanhouden dat het voor zijn functioneren nodig heeft, maar het hoeft geen miljardenverliezen of miljardenreserves op te bouwen.

De CDA-fractie heeft het doel van generieke verevening niet goed begrepen. Waarom moet de minister de mogelijkheid hebben om een of meer zorgverzekeraars middelen uit een pot van maar liefst 14 mld euro te geven volgens criteria ad hoc die niet voor alle verzekeraars hetzelfde hoeven te zijn? Wij dienen daartoe met de heer Bakker van de fractie van D66 een amendement in dat ertoe strekt dat generieke verevening binnen vijf jaar wordt afgebouwd. Nacalculatie op basis van het aantal verzekerden of diagnosekostengroepen en verevening van hoge kosten achteraf moet wel mogelijk blijven.

Wij danken de minister voor de toezeggingen een internationale commissie te laten kijken naar de werking van dit kroonjuweel. Wij willen die evaluatie graag zien. Wanneer voorziet hij dat de eerste evaluatie in de Kamer besproken kan worden?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U noemt het vereveningsfonds een kroonjuweel vanwege de solidariteit. U hoopt dat verzekeraars winst zullen terugpompen in de zorg. Dat is echter niet geregeld. Zou u het niet onwenselijk vinden dat, als wij solidair zijn met een aidspatiënt, de verzekeraar de winst gebruikt om uit te keren aan zijn aandeelhouders? Bent u met mij van mening dat het

## Omtzigt

uitkeren van winst aan aandeelhouders in plaats van terugpompen in de zorg verboden moet zijn?

De heer **Omtzigt** (CDA): Volgens uw gedachtegang zou er een nationaal ziekenfonds moeten komen. Wij kiezen daar niet voor. Nu hebben wij particuliere verzekeraars.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat is een flauw antwoord. Daar ging mijn vraag niet over. U noemt het vereveningsfonds een kroonjuweel van solidariteit. Is het naar uw mening solidair dat, als wij extra geld opbrengen voor bijvoorbeeld een aidspatiënt, de verzekeraar dat uitkeert aan aandeelhouders?

De heer **Omtzigt** (CDA): Het vereveningsfonds wordt gebruikt om ex ante te compenseren. Dat betekent dat een verzekeraar meer of minder geld kwijt kan zijn. Als die aidspatiënt slechte zorg krijgt, zal hij het jaar daarop naar een andere verzekeraar gaan. De eerste verzekeraar zal over de kop gaan en kan dan helemaal niets meer uitkeren.

Een van de hoofdproblemen in de Nederlandse zorg is de bureaucratie. Niet voor niets wordt het zorgstelsel vaak gekenschetst als "Moskou aan de Maas" en hebben wij regelmatig overleg over de wijze waarop de bureaucratie het beste kan worden aangepakt. De hele Kamer en zeker de nu aanwezige leden komen met de meest absurde voorbeelden, waarna wij ons voornemen dat het zo niet langer kan. Natuurlijk besluiten wij aan het eind van zo'n overleg, een meldpunt tegenstrijdige regelgeving in het leven te roepen waar zich dan weer enkele ambtenaren mee bezig zijn die zich niet met zorg kunnen bezighouden.

Voor het CDA is het nieuwe zorgstelsel pas geslaagd als de klant en de patiënt centraal staan in de zorgverlening, de arts en verpleegkundige zich kunnen bezighouden met het verlenen van goede zorg en formulieren een bijrol spelen. Verder hopen wij dat het zorgstelsel voorziet in een gematigde kostenstijging.

Een zorgverzekeringwet als de onderhavige biedt een ideale gelegenheid om na te gaan hoeveel bureaucratie erbij komt, niet alleen via een Actaltoets die voor bedrijven geldt, maar ook voor de burgers en de overheid zelf: het Moskou aan de

Hofvijver waar de minister in twee spitse torens zetelt.

Een groot aantal delegatiebepalingen wordt opgelegd, ook in de AMvB over zorgrechten. De minister stelt het pakket voor en heeft, met onze grote instemming, toegezegd dat de Kamer bij veranderingen in het pakket betrokken zal worden. Er is een breed ondertekend amendement om ervoor te zorgen dat de Kamer formeel ja of nee hiertegen kan zeggen via een zeer zware voorhangprocedure. Vervolgens mag de minister de precieze regels over wat er wel en niet onder valt, zelf vastleggen uit hoofde van de delegatiebepaling in de AMvB. Dat is vreemd, omdat er dan geen controle is en omdat het risico bestaat van overmatige bureaucratie. In een privaat stelsel is dat zeker vreemd. Om deze delegatiebepaling eruit te halen, hebben wij een amendement ingediend.

De heer **Heemskerk** (PvdA): In de wet worden de pakketcriteria, zoals noodzakelijkheid, werkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid op basis van draagkracht, nu niet omschreven. Wat vindt de heer Omtzigt daarvan en hoe staat hij tegenover ons amendement, waarin die criteria wel worden omschreven?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb een amendement ingediend, waarmee wij de democratische controle op het pakket enorm vergroten. Wij staan dus voor een duidelijk democratische controle op het pakket.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat lijkt mij terecht, maar in het kader van een duidelijke democratische beslissing is het belangrijk om de afwegingscriteria goed te formuleren. Dat beogen wij met ons amendement. Ik zie uit naar de reactie van de heer Omtzigt in de tweede termijn van dit debat.

De heer **Omtzigt** (CDA): De afwegingen over het pakket maken wij in de Kamer; de criteria bepalen wij hier.

De CDA-fractie is ingenomen met het feit dat ondernemingen zonder winstoogmerk niet VPB-plichtig zullen zijn. Op dit moment verschillen de reserve-eisen tussen ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeringen echter zodanig dat er niet noodzakelijkerwijs sprake is

van een gelijk speelveld als deze verzekeringwet van kracht wordt. Daarom hadden wij tijdens het wetgevingsoverleg over dit onderwerp om een notitie over een gelijk speelveld gevraagd, waarop zowel maatschappelijke ondernemingen als ondernemingen met een winstoogmerk goed gedijen. Is de minister bereid om samen met de invoeringwet een notitie naar de Kamer te sturen, waarin wordt ingegaan op de manier waarop dat in de eerste jaren van het stelsel geregeld zal zijn?

Alle partijen moeten prikkels voor efficiënt zorggebruik hebben. De verzekeraar heeft die prikkels, want hij moet zorg goedkoop inkopen. Anders moet hij een hoge premie in rekening brengen en lopen verzekerden bij hem weg. De zorgverlener kan niet een al te hoog tarief in rekening brengen, omdat dan een andere zorgverlener in dezelfde stad gecontracteerd zal worden. De verzekerden kunnen zichzelf extra prikkels opleggen door een vrijwillig eigen risico. Ik maak twee opmerkingen over het eigen risico en de no claim die nu is voorgesteld. Ten eerste zit er een wachttijd van maximaal een jaar op een lager eigen risico. Wij hebben een amendement ingediend om die wachttijd te schrappen, maar de verzekeraar wel de mogelijkheid te geven om een verzekerde korting te geven als hij een aantal jaren hetzelfde eigen risico heeft gehad. Het eigen risico van de verzekerde staat op het uitschrijfbewijs en wellicht neemt een andere verzekeraar die korting over als hij weer voor een eigen risico kiest. Dan zijn wij wel af van de wachtermijn die er op dit moment voor het eigen risico is.

Ten tweede sluit ik aan bij vragen die eerder in dit debat zijn gesteld over de combinatie tussen eigen risico en no claim. Het lijkt erop dat er een keuzemogelijkheid bestaat tussen eerst no claim en dan eigen risico of eerst eigen risico en dan no claim. Dat gaf de heer Heemskerk scherp aan. Mag de verzekeraar er dan ook voor kiezen om bepaalde zaken aan het eigen risico toe te rekenen? Is er contractvrijheid tussen de verzekeraar en de verzekerde?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik ga nog even in op de optelsom van het langdurige eigen risico. Als je een aantal jaren een eigen risico hebt

## Omtzigt

van 500 euro, dan mag een verzekeraar dus volgens u extra premiekorting geven. Hoever kan dat oplopen? Kan het verschil in premie voor een jong en gezond iemand die hetzelfde verdient als een ziek iemand oplopen tot 500 euro, 600 euro, 700 euro, 800 euro of 900 euro? Hebt u een indicatie? Stelt u daar grenzen aan?

De heer **Omtzigt** (CDA): U zult begrijpen dat verzekeraars niet per verzekerde mogen differentiëren in de korting.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Maar stelt u ook een bovengrens? Wij hebben gesproken over 500 euro en de minister heeft steeds gezegd dat het niet een premiekorting van 500 euro wordt, maar een lager bedrag. U geeft nu de mogelijkheid dat het per jaar opgeteld wordt, als iemand langdurig een eigen risico van 500 euro neemt. Stelt u daar dan een bovengrens aan?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik stel daar geen bovengrens aan, maar sluit aan bij een eerdere opmerking van u. Dit systeem functioneert in Zwitserland en geeft redelijk beperkte kortingen, terwijl ze ook vaak overgenomen worden door een nieuwe verzekeraar.

Een aantal inkomenscategorieën betaalt nu nog geen ziekenfondspremie over het inkomen, zoals een aantal zelfstandigen, bijvoorbeeld alfa-hulpverleners, mensen met een periodieke uitkering zoals oorlogsslachtoffers, en mensen die alimentatie ontvangen. De CDA-fractie wil juist voor deze mensen het besteedbaar inkomen beschermen. De minister kan dat doen, bijvoorbeeld door artikel 45, lid 3, te gebruiken. Kan de minister toezeggen dat hij bij de behandeling van de invoeringswet met een voorstel komt voor gepaste maatregelen bij deze groepen?

Zwangerschapsafbreking wordt op dit moment door middel van een subsidieregeling gefinancierd. Wij hebben de opmerkingen gehoord van de heren Van der Vlies en Rouvoet, zowel in deze zaal als in het wetgevingsoverleg. Wij verzoeken de minister om te onderzoeken of de huidige financiering van zwangerschapsafbreking kan worden gecontinueerd. Dit zou een aantal bezwaren wellicht kunnen wegnemen.

Op dit moment zijn er mensen die zich op principiële gronden niet willen verzekeren tegen ziektekosten. Ook bij de AOW heeft dat destijds een rol gespeeld. Wij zijn zeer benieuwd naar de reactie van de minister op de voorstellen die zojuist en in het wetgevingsoverleg door de heer Van der Vlies hierover zijn gedaan.

Werkgevers en werknemers hebben, volgens een aantal onbevestigde berichten in de pers, een conceptvoorstel voor herverdeling van de premies dat ons nog niet helemaal duidelijk is. Is dat de minister ter ore gekomen en heeft hij zich daarover een mening kunnen vormen?

Ik kom tot de zorgtoeslag. Deze dient ter bescherming van het besteedbaar inkomen per huishouden. Zij waarborgt de inkomenssolidariteit in het nieuwe zorgstelsel. Mensen met een laag inkomen krijgen een substantieel deel van hun zorgkosten terug via de zorgtoeslag. De zorgtoeslag moet wel een vast gegeven worden, waar mensen op kunnen rekenen. Hoe denkt de regering over het voorstel om de zorgtoeslag eenmaal per vier jaar vast te stellen, aan het begin van de kabinetsperiode, na advies ingewonnen te hebben bij de SER?

Over een aantal zaken willen wij nu niet beslissen, omdat wij niet heel precies weten hoe wij er in het voorjaar voorstaan. Kan de minister toezeggen dat de Kamer voor de behandeling van de invoeringswet een voorstel ontvangt voor de percentages van de zorgtoeslag die recht doen aan de draagkracht van het huishouden? Kan de minister ervoor zorgen dat er op basis hiervan een stabiele vormgeving van de inkomenssolidariteit door middel van de zorgtoeslag bewerkstelligd wordt, met een verankering van de zorgtoeslag in de sociale zekerheidswetgeving? Kan de minister in het voorstel dat hij zal doen, ook aangeven hoe eventueel ongewenste koopkrachtmutaties die ongetwijfeld zullen optreden, gecompenseerd zullen worden?

De zorgtoeslag moet een uiterst solide wet worden, waarin ook bij het publiek groot vertrouwen bestaat. Dat kunnen wij alleen verkrijgen als wij in december 2005 ook daadwerkelijk de zorgtoeslagen uitbetalen aan iedereen die daar recht op heeft. Welke maatregelen zal de staatssecretaris van Financiën

nemen om ervoor te zorgen dat iedereen die zorgtoeslag ook op tijd krijgt? Door de operatie-Walvis beschikt het ministerie van Financiën overigens over een zo goede administratie van de loongegevens, dat van grote groepen mensen het inkomen in het jaar t-1 al bekend zal zijn. Zal van deze gegevens gebruik gemaakt worden, om mensen te helpen om het inkomen te schatten? Zullen de formulieren werkelijk zo simpel mogelijk gemaakt worden? Alleen als de burger het nieuwe stelsel werkelijk begrijpt, door een goede uitleg, heeft hij een werkelijke keuze tussen verzekering en heeft hij ook een goede en solide inkomensondersteuning door een zorgtoeslag.

Mevrouw **Kant** (SP): U hebt ook in het wetgevingsoverleg gezegd dat de maximering duurzaam dient te zijn en niet mag afhangen van de jaarlijkse conjuncturele mee- of tegenwind. Ik heb gezegd: je moet niet elk jaar hoeven soebatten om ervoor te zorgen dat de mensen voldoende zorgtoeslag terug krijgen. Maar waarom doet u geen voorstel op dit punt?

De heer **Omtzigt** (CDA): Wij komen met het heldere voorstel om de percentages in de invoeringswet in het voorjaar van 2005 vast te leggen en vragen om een reactie van de minister daarop.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb een amendement ingediend waarin een percentage wordt genoemd, zodat mensen bij die zorgtoeslag niet door de bodem zakken. Dat zou het CDA moeten aanspreken. Waarom wilt u het regelen in de invoeringswet? Wij spreken nu toch over het stelsel?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik had nog niet gezegd dat wij voorstander zijn van een grotere democratische controle op de zorgtoeslag. Daartoe hebben wij ook een amendement ingediend dat ertoe strekt dat de voorhangprocedure wordt gevolgd. In het voorjaar van 2005 weten wij ook meer over het inkomensbeeld. Ik ben ervan geschrokken dat mevrouw Smits met maar liefst 10 verschillende voorstellen komt. Om dat te vermijden, wil ik dat in het voorjaar van 2005 de exacte percentages op een gefundeerde wijze worden vastgelegd.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik stel vast

## Omtzigt

dat de heer Omtzigt op het punt staat zijn betoog te beëindigen, maar daar verbaas ik mij toch wel wat over. In het wetgevingsoverleg hebben wij vrij uitgebreid gesproken over de inkomenssolidariteit en de inkomensgevolgen van deze Zorgverzekeringswet in relatie tot de zorgtoeslag. Er ligt een amendement voor van de PvdA en de Christen-Unie met nieuwe doorrekeningen. Ik vraag uw aandacht voor alternatief nr. 1 waaruit blijkt dat er veel minder vergaande inkomensconsequenties zijn dan in het kabinetsvoorstel. Ik doel dan op de combinatie Zorgverzekeringswet en zorgtoeslag. Ons alternatief leidt ertoe dat er minder hoeft te worden gerepareerd en dat eigenlijk de Wet op de zorgtoeslag niet nodig is. Wat vindt u daarvan? In het verlengde hiervan wil ik u vragen wat u vindt van mijn opmerkingen over het regelen van de solidariteit binnen het zorgstelsel. Heel Europa doet dat en wij gaan opeens niet meer doen. Ten slotte vraag ik nog uw aandacht voor bijzondere groepen. Wat wilt u precies gaan doen met de werkende jongeren, de Wajong'ers, de freelancers, de deeltijdwerkers en dergelijke? En hoe oordeelt u over de gevolgen voor de mantelzorg en de door de heer Wijn geïntroduceerde virtuele bigamie?

De heer **Omtzigt** (CDA): U was niet erg tijdig met het indienen van uw tien varianten, maar ik ben blij dat u daaruit een gekozen heeft waarop ik een reactie mag geven. Ik stel vast dat van de laatste 9 groepen waaraan u hecht er bij 8 een minnetje staat en in het kabinetsvoorstel slechts bij 3. Ik zit overigens niet te wachten op gekissebis over de precieze percentages. Wij staan voor een solide zorgtoeslag die helder moet worden vastgelegd. De inkomenssolidariteit willen wij los zien van het zorgstelsel. Dat systeem moet efficiënt zijn en de zorgtoeslag moet zodanig worden geregeld dat er kan worden gesproken van inkomenssolidariteit. Op dit punt scoren de plannen van het kabinet beter dan uw alternatief. Ik prijs u overigens voor het feit dat u met alternatieven bent gekomen. Dat mis ik bij andere fracties.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik zou graag antwoorden willen hebben op mijn specifieke vragen. De bewering van de heer Omtzigt dat bij ons bij acht

groepen een minnetje staat, klopt niet. Wij verminderen de problemen en wij houden nog twee probleemgroepen over waarvan het kabinet zelf al zegt tot een reparatie te zullen komen. Wij doen dat zonder de Wet op de zorgtoeslag. Waarom zegt hij nu dat hij dit alles in de min vindt. Ik vraag mij werkelijk af waarom de CDA-fractie ons voorstel niet kan steunen. Het lijkt mij goed dat ik de door mij bedoelde bijzondere groepen nog maar eens noem.

De **voorzitter**: Dat is niet nodig. Dit is het laatste interruptiedebatje in de termijn van de heer Omtzigt. Hij krijgt nu de gelegenheid om te reageren op uw opmerkingen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb de minister aan het einde van mijn betoog drie heldere vragen gesteld. De derde had betrekking op een plan van aanpak om ongewenste koopkrachtmutaties te compenseren. Ik denk dat onze mening daarover redelijk overeenkomt. Wij zullen bij de beoordeling van de inkomenswet nauwkeurig toezien op de positie van de kwetsbare groepen die mevrouw Smits heeft genoemd.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het congres van het CDA heeft er op 13 november jongstleden op gewezen dat solidariteit in het vergetboek dreigt te raken en dat de tweedeling in de samenleving verder doorzet. Het heeft de fractie opgeroepen hier iets aan te doen. Nu liggen er in dit debat drie voorstellen voor om die solidariteit weer enigszins te herstellen, want die is nu ondanks de zorgtoeslag echt te mager. Die voorstellen hebben betrekking op de afschaffing van het drempelinkomen, een echt inkomensafhankelijke premie en een no claim die niet wordt afgetrokken van de normpremie. Steunt de heer Omtzigt die voorstellen, want dat zou toch logisch zijn, gelet op de oproep van het partijcongres?

De heer **Omtzigt** (CDA): De CDA-fractie neemt die oproep van het partijcongres serieus. Wij zijn er dagelijks mee bezig. Wij zullen bij de uitwerking van het zorgstelsel en de definitieve percentages de solidariteit goed in het oog houden. Overigens is die in dit stelsel veel beter gegarandeerd. Mensen die net boven de ziekenfondsgrens zitten, zullen niet langer gedwongen zijn om 1000

euro meer per jaar uit te geven als zij een vlekje hebben. Oudere echtparen met een inkomen van 22.000 euro hoeven niet meer beiden een volledige standaardpakketpolis van 2000 euro per persoon af te sluiten. Dit is een duidelijker manier om de solidariteit in het nieuwe stelsel in te brengen dan tot op de laatste euro na te gaan of alles wel klopt. Wij kijken heel precies of het op die duizenden euro's ook klopt. Als u het huidige stelsel wilt handhaven, want ik heb van u geen alternatief plan gezien, kan ik niet anders concluderen dan dat dit een fantastisch wetsvoorstel is.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De heer Omtzigt reageert niet op mijn vragen. Het gaat er nu niet om wat GroenLinks in het algemeen van het zorgstelsel vindt. Ik heb gevraagd wat hij vindt van de drie voorstellen van mevrouw Kant, de heer Heemskerck en mijzelf om de solidariteit in dit stelsel te herstellen. Hij reageert op geen van de drie, maar zegt alleen dat hij zelf een betere oplossing heeft.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb gezegd dat ik het woord herstellen niet nodig vindt, omdat ik van mening ben dat het voorliggende stelsel een solidair stelsel is. Er wordt nu een aantal voorstellen gedaan met betrekking tot het drempelinkomen en de no claim. Zo wordt bijvoorbeeld voorgesteld dat iemand met een nulinkomen geen premie meer betaald. Dit lukt een aantal zelfstandigen. Op dit moment wordt er echter niemand vrijgesteld van de ziekenfondspremie. U doet een heel ander voorstel. Ik denk dat dit wetsvoorstel de solidariteit biedt die wij verwachten van een zorgstelsel. Bovendien biedt het de mensen de mogelijkheid om echt te kiezen voor een verzekeringsvorm. Daardoor zal de zorg in de komende tien jaar aanzienlijk verbeteren.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 14.20 uur tot 15.05 uur geschorst.

**Voorzitter: Weisglas**