

Vergaderjaar 2004–2005

**29 762**

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

**29 763**

**Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringwet)**

**Nr. 28**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 23 mei 2005

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 27 april overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 11 maart 2005 inzake het ontwerp-Besluit zorgverzekering (29 763, nr. 70) en beantwoording commissievragen terzake (nog te ontvangen);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 18 maart 2005 inzake Invoering Zorgverzekeringwet en Wet op de Zorgtoeslag (29 762/29 763, nr. 27);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 22 maart 2005 inzake afschrift antwoord op brief van de Vereniging Regionale Zorgverzekeraars over artikel 29 van de Zorgverzekeringwet (VWS-05-449);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 22 maart 2005 inzake afschrift brief aan de Consumentenbond over het tijdpad van de invoering van de Zorgverzekeringwet (VWS-05-451);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 13 april 2005 inzake gefaseerde invoering overheveling en DBC GGZ en overige invoeringsaspecten Zvw (29 763, nr. 72).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

### **Vragen en opmerkingen uit de commissie**

De heer **Bakker** (D66): Een belangrijk punt is de vraag of de Zorgverzekeringwet wel per 1 januari 2006 kan worden ingevoerd. Die is in de Eerste Kamer aan de orde geweest. Ik verbaas mij een beetje over het tempo waarin op dit punt in de Eerste Kamer wordt gewerkt, maar wie zijn wij om dat ter discussie te stellen, want volgens mij ligt de wet er al even en van ziektekostenverzekeraars hoor ik dat zij nu zo ver zijn dat zij die niet meer kunnen uitstellen. Daar ben ik ook niet voor. In wezen is het hele verhaal al 20 jaar lang uitgesteld en in een iets korter tijdspectief gezien lagen de hoofdlijnen al klaar onder Paars II. Het is dus hoog tijd. Wat dat betreft moeten wij niet uitstellen wat wij vandaag kunnen doen. Dat doet wel de vraag rijzen welke complicaties zich zouden kunnen voor-

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Koşer-Kaya (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GroenLinks), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerck (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

doen bij invoering per 1 januari 2006. Ik neem aan dat de minister doet aan contingency planning, want na 1 januari is er nog heel veel te doen en kan er ook het nodige fout gaan. Het is zaak daarop voorbereid te zijn en klaar te staan voor het zo nodig bijsturen en repareren van eventuele problemen die zich voordoen. Dat die zich voordoen, is natuurlijk heel waarschijnlijk bij een zo grote systeemwijziging als op 1 januari 2006. Een tweede punt is de zorgautoriteit en met name het toezicht op de ziektekostenverzekeraars. Het CTZ houdt op dit moment toezicht op de ziekenfondsen. Dat houdt in: toezicht op de rechtmatigheid van ontvangsten en uitgaven en ook op rechtmatige uitvoering van de Ziekenfondswet. Volgens het voorstel van de Wet marktordening in de gezondheidszorg zou alleen het toezicht op de rechtmatige uitvoering gehandhaafd blijven. Dan vervalt het toezicht op rechtmatigheid van ontvangsten en uitgaven van zorgverzekeraars. Zie ik dat goed en waarom is daarvoor gekozen, gelet op het feit dat het wel om premie-inkomsten blijft gaan en dus behoedzaamheid geboden is en blijft?

Om de positie van individuele verzekeraars en ook individuele zorgverleners te waarborgen is er een geschillenbeslechting op komst. De Zorgverzekeringswet legt de plicht aan verzekeraars op om ervoor te zorgen dat verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Is al duidelijke welke onafhankelijke instantie daarmee wordt bedoeld en wat is de stand van zaken?

Als ik het goed begrijp zegt de minister: ik hevel de GGZ wel over, maar de financiering nog niet, want er is een probleem om tijdig per 1 januari te kunnen berekenen wat de premiegevolgen voor de verzekerden zijn en dus ook om premietarieven te berekenen. Dan is de vraag of daarmee de beoogde voordelen van de overheveling van de GGZ naar het tweede compartiment niet ook vooruit worden geschoven. Dat zou toch wel jammer zijn, want er kan dus niet worden gecontracteerd op de manier die de nieuwe Zorgverzekeringswet voorschrijft en zoals wij dat allemaal willen. Dat is lastig.

Wij hebben daarover een brief ontvangen van het MKB. Het is een terechte zorg en ik vraag de minister een toelichting op de wijze waarop hij voorstelt het te doen. Dat geldt tevens voor de invulling. De brieven blijven met grote regelmaat binnenkomen. Nog geen half uur geleden kregen wij er een van de eerstelijnspsychologen waarin wordt geprotesteerd tegen het terugbrengen van het aantal zittingen tot acht ten opzichte van de eerdere voorstellen en dat er een eigen bijdrage wordt ingevoerd alleen voor de eerstelijnspsychologen en de verhouding die dat oplevert met betrekking tot andere zorg. Ontstaat er dan geen duurder doorverwijzen en zo meer? Het lijkt mij van belang om de geestelijke gezondheidszorg die kan variëren van bij wijze van spreken een psychisch aspirientje tot dure en langdurige geneesmiddelen, toegankelijk te maken en die in zekere zin te normaliseren, want juist door de manier waarop die zich in de afgelopen 20 jaar heeft ontwikkeld, is de kwaliteit volgens mij niet al te zeer verbeterd en de toegankelijkheid zeker niet. Dat is precies de reden om de GGZ naar het andere compartiment te brengen, maar dan moet je daar natuurlijk wel consequent in zijn. Ook op dat punt graag een toelichting.

Dan is er nog de brief van 18 maart 2005 over de voortgang van de opzet van vergelijkende informatie over verzekeraars. Dat is heel goed. Er wordt alleen geen datum genoemd. Wanneer kunnen wij die tegemoet zien? Die informatie dient er toch in ieder geval te zijn op het moment dat mensen moeten gaan nadenken over het veranderen van verzekeraar. Dus niet later dan 1 november en ook niet later dan het moment waarop verzekeraars consumenten gaan benaderen om eventueel over te stappen. Kan de minister uiteenzetten hoe cliënten daarbij zijn betrokken?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik zou willen inzoomen op de datum van 1 november. De heer Bakker zegt: wij moeten maar doorpakken en de wet invoeren, maar op 16 december zullen heel veel verzekeraars hun polissen gaan opsturen. Die informatie is er dus nog niet op 1 november. Vindt u 16 december, als iedereen kerst gaat vieren, een fatsoenlijke datum om als overheid de mensen daarmee te confronteren?

De heer **Bakker** (D66): Ik praat nu even uit mijn hoofd. Ik heb dat niet kunnen checken. Het zou zo zijn dat mensen tot 1 mei de tijd hebben. Dan is er geen sprake van een groot probleem. Mensen hebben dus vier en halve maand om die keuze te maken. Dan is er na 1 januari ook de ruimte om te komen tot verantwoorde keuzes. Daar heb ik geen problemen mee, maar tegelijkertijd vind ik het wel laat, al begrijp ik het wel, want er moet veel veranderen. Met name aangaande de invulling moeten nog veel keuzes worden gemaakt. Ik weet dat mevrouw Smilde voorstellen gaat doen over het ziekenvervoer. Daar sluit ik mij op voorhand bij aan. Op dat punt zal zij mede namens mij spreken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik concentreer mij op het voorliggende pakket. De zorg wordt via een functiegerichte omschrijving gedaan. Mijn fractie gaat ervan uit dat de juiste zorg op het juiste niveau plaatsvindt en dat ook is gewaarborgd dat de correct gekwalificeerde persoon die levert. Daar is de Wet BIG belangrijk voor. Wij vragen ons af of de Wet BIG in alle opzichten adequaat is, want het lijkt ons dat als dit zo is, in de AMvB de ruimte wordt geboden voor de functiegerichte omschrijving, terwijl de verzekerde ervan uit kan gaan dat hij de juist gekwalificeerde zorg krijgt. Eenzelfde garantie vragen wij van de minister voor de beroepsbeoefenaars zelf. De Europese Richtlijn voor bescherming van beroepsbeoefenaars is door ons land erkend. Wat betekent dit concreet voor de Zorgverzekeringswet?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil nog even terug naar de Wet BIG. Ik hoorde u zeggen dat wij ervan uit kunnen gaan dat die voldoende is om te regelen dat de juiste persoon de juiste zorg biedt. Hoe kunt u daarvan uit gaan? De Wet BIG regelt alleen welke handelingen zijn voorbehouden aan wie. Dat is precies het punt waar ik mij bij deze wet zo grote zorgen over maak. Wij weten niet meer precies wie wat gaat doen en of die daar wel voor gekwalificeerd is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn vraag is erop gericht dat de Wet BIG nauwkeurig wordt gezien op de vraag of die is toegesneden om te kunnen functioneren in een situatie waarin wij te maken hebben met een functiegerichte omschrijving. Ik ga ervan uit dat juist die voorgeschreven handelingen, compleet met de verlengde arm en hoe dat daarin is geregeld, een algemene waarborg bieden dat de juist gekwalificeerde persoon de juiste zorg geeft. Als dat het geval is, kun je volstaan met de functiegerichte omschrijving en de ruimte die wij graag willen geven.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat de Wet BIG wat dit betreft klopt, is voor u een belangrijke voorwaarde, maar die klopt nog niet. Die moet worden aangepast. Aan die voorwaarde is dus niet voldaan. Dan is mijn vraag aan u: gaat u akkoord met de voortgang van de Zorgverzekeringswet?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Als ik goed ben voorgelicht staat de Wet Big vandaag of morgen op Kameragenda om te worden aangepast.

De **voorzitter**: Er komt een AO, maar dat is uitgesteld.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij gaan ervan uit dat dit punt daarbij wordt besproken. Het lijkt mij, als wij de zaken in traject moeten zetten en wij

stellen als voorwaarde dat wij de Wet BIG op die manier willen aanpassen, niet moeilijk om dat te regelen.

De afbakening van specialistische zorg is in het algemeen wel omschreven, maar de afbakening tussen huisarts en verpleeghuisarts en huisarts en bedrijfsarts vaak niet. Hoe krijgt die vorm?

Ik kom bij de kwaliteit van de zorg. Laat ik een voorbeeld geven. Wanneer een algemeen chirurg een zeer specialistische operatie doet die eigenlijk door een traumachirurg zou moeten worden gedaan, is de algemeen chirurg misschien goedkoper. Welke keuze wordt dan gemaakt? Kan de minister garanderen dat niet de goedkoopste zorg wordt gecontracteerd, maar de vereiste kwaliteit aan zorg?

De poortwachtersfunctie van de huisarts kan alleen tot zijn recht komen wanneer bij een geschil over al of niet verwijzen de medisch inhoudelijke argumenten van de huisarts prioriteit hebben. Kan de minister dat garanderen?

Verder zouden wij er wel voor voelen om vast te leggen dat het voorschrijven van geneesmiddelen blijft voorbehouden aan een arts.

Over de eerstelijns psycholoog heeft de heer Bakker al het nodige gezegd. Wij hebben nog een punt dat daarop aansluit. Waarom wordt plotseling ook gesproken over de gezondheidspsycholoog?

Op verschillende plaatsen in het besluit komt een opsomming van aandoeningen voor. Dat kan suggereren dat die limitatief zijn. Is dat zo? Waarom maakt u niet gebruik van een duidelijke algemene omschrijving met een duidelijke enumeratieve opsomming?

De overheveling van de GGZ-zorg is uitgesteld. Wij gaan ervan uit dat wordt vastgehouden aan de op genezing gerichte en kortdurende geneeskundige zorg van minder dan een jaar.

Ook willen wij graag een reactie van de minister op hoe het staat met de uitvoering van de motie-Buijs over de overheveling van alle korte op genezing gerichte zorg.

Bij de behandeling van plastisch chirurgische aard in artikel 2.4 willen wij verwijzen naar de schriftelijke vragen van de collega's Schippers en Buijs en verzoeken wij om een antwoord van de minister. Wij willen het artikel aangepast zien volgens de denkrichting van genoemde collega's.

Bij alle beroepsbeoefenaars wordt een algemene omschrijving gegeven in de zin van gebruikelijke zorg zoals de beroepsgroep deze pleegt te bieden, behalve bij fysiotherapeuten. Daar krijgen wij een lange lijst aandoeningen. Waarom zijn niet ook hier de werkzaamheden in algemene zin omschreven?

Het zittend ziekenvervoer is volgens ons nog niet goed geregeld. De CDA-fractie zou de geest van de vergoedingsregeling meer terug willen zien in dit artikel van deze nieuwe wet. Zo geeft lid 1 sub c aan dat uitsluitend rolstoelgebruikers in aanmerking komen. Dat vinden wij net te krap. Dit zouden wij uitgebreid willen zien naar mensen die niet meer dan 100 meter kunnen lopen. Wij sluiten hierdoor aan bij het criterium dat sommige gemeenten gebruiken voor de WVG-vergoeding en dat blijkt bijvoorbeeld een prima parameter te zijn voor mensen met ernstige reuma of longemfyseem. Die zouden dan binnen de regeling passen en daar horen zij ook. Een andere restrictie is dat alleen patiënten die chemotherapie krijgen op grond van oncologische aandoeningen in aanmerking komen, maar er zijn ook andere ziekten, zoals de ziekte van Cochet. Graag een reactie van de minister op deze voorstellen, want wij willen het besluit in die zin aangepast zien.

Mevrouw **Schippers** (VVD): U breidt de categorieën uit omdat er schrijvende gevallen zijn die nu buiten de regeling vallen. Daar is bij de begroting via een motie een hardheidsclausule voor ingesteld. Het kan zijn dat die hardheidsclausule beter moet werken. Moet u dan niet daar op inzetten in plaats van een nieuwe categorie te maken, waarbij je nog steeds mensen houdt die er buiten vallen? U heeft aangegeven dat u het

budgetneutraal wil regelen omdat er onderuitputting is. Ik ben nieuwsgierig hoe groot die onderuitputting is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het antwoord op de eerste vraag is dat ik dit niet als schrijnende gevallen beschouw. Deze mensen horen te passen in de regeling. Iemand kan net wel of net niet in een rolstoel. Wat gebeurt er dan nu? Hij gaat wel in een rolstoel, want dan wordt hij wel vervoerd. Mensen die nog net 100 meter kunnen lopen vormen een categorie die nauw aansluit bij de categorie die al in de regeling staat. Die moeten niet meer hoeven te knokken voor hardheidsclausules. Zij horen binnen de geest van de regeling. Wij hebben vorig jaar gemerkt dat mensen door de beperking van de regeling en met name de ingewikkelde hardheidsclausules er of niet voor in aanmerking komen of er niet aan beginnen daarvoor te knokken waardoor er geld overbleef. Bovendien is er € 28 mln. extra voor het zittend ziekenvervoer voor dit jaar. Ik ga ervan uit dat de uitbreiding binnen dat budget kan.

De afwikkeling van de verschillende verzekeringssystemen wordt heel summier aangeduid, terwijl er een forse actie nodig is. Wij hechten aan een zeer zorgvuldige overgangsregelgeving, met name terzake de positie van de verzekerde in die periode. Hoe wordt bijvoorbeeld de verzekerde op de hoogte gebracht van zijn eigen specifieke omstandigheden? Hoe zit het met de ontvlechting van de particuliere verzekering als het deel naar de standaardverzekering eruit is gevallen? Wij hebben met verbazing gelezen dat de minister vindt dat de IZA- en de IZR-reserves zouden kunnen worden aangewend om een aantrekkelijke premie voor aanvullende verzekering te garanderen. Hoe valt dat te rijmen met de rechtsgelijkheid nu wij toch een uniforme zorgverzekeringswet inrichten voor alle Nederlanders?

Voorts willen wij graag de stand van zaken aangaande aanvullende verzekeringen en de gedragscode weten en bij de uitvoering van de wet willen wij terugkomen op de noodzaak de verzekerden zeer uitvoerig te informeren, maar dat kan op dat moment.

De heer **Omtzigt** (CDA): In mijn bijdrage besteed ik aandacht aan nog vier punten: het vereveningsstelsel dat onderdeel uitmaakt van de voorliggende AMvB, de zorgtoeslag, het goed regelen van privacy en een zorgvuldige overgang naar de eerste maanden van 2006.

De CDA-fractie heeft nog een aantal vragen over de verdeling van de werkgeversbijdrage, in totaal zo'n € 14 mld. per jaar. In onze ogen heeft de ex-anteverevening als doel de beschikbare gelden zo te verdelen dat de verzekeraars risicodragers worden. Verder dient er adequate democratische controle plaats te vinden over de verdeling van de gelden. De kortdurende GGZ wordt op termijn overgeheveld, maar de verevening vindt op dit moment alleen plaats naar geslacht en leeftijd.

Dit betekent dat de verzekeraar dezelfde GGZ-compensatie krijgt voor iemand die meerdere psychische aandoeningen heeft en medicijnen gebruikt als voor iemand die gezond is. Een verzekeraar weet echt wel wie van die twee hij wil verzekeren en daarom zullen wij onze toevlucht nemen tot nacalculatie. Wanneer zullen eindelijk FKG's, DKG's en zo mogelijk meerjarige FKG's en DKG's beschikbaar zijn voor deze groep aangezien wetenschappelijk onderzoek toch duidelijk aantoont dat ze een heel goede voorspellende waarde hebben bij deze aandoeningen?

Een groot gedeelte van de verevening wordt bereikt met hoge kostenverevening. Een bedrag boven de € 12 500 wordt voor 100% uit de algemene middelen betaald. In de nota naar aanleiding van het verslag aan de Eerste Kamer geeft u aan dat u nog niet weet of dit 100 of 90% wordt en dat de grens nog niet duidelijk is. Overweegt u ook een lager percentage? Het lijkt een prima idee dit gestaffeld te doen, dus tot € 10 000 alles, daarboven een kleine bijdrage en boven een hoger bedrag alles, omdat daarbij de verzekeraars risicodragend blijven en daarmee vermeden wordt dat wij

een soort WTZ II krijgen waardoor de slechte risicogeveallen compleet worden afgewenteld op een publiek systeem dat vervolgens vanzelf weer groeit, net als de WTZ in de afgelopen jaren. Voor de CDA-fractie blijft het essentieel dat het nieuwe zorgstelsel zo solidair wordt dat dit niet wordt afgewenteld. Vandaar dat wij bij de Invoeringswet niet alleen een verevening op diabetes 2 verwachten – dat schijnt de minister buiten deze Kamer te hebben toegezegd – maar ook voor een hele lijst zeldzame aandoeningen.

Zullen de besluiten die ten grondslag liggen aan de herverdeling van ongeveer € 14 mld. aan publieke middelen op een overzichtelijke manier openbaar worden gemaakt en aan de Staten-Generaal worden toegestuurd? Het betreft hier meer geld dan een gemiddeld ministerie uitgeeft. Kan de minister zowel de jaarlijkse ministeriële regelingen verzameld naar de Kamer sturen alsmede een voorlopige en een eindafrekening?

Volgens artikel 3.15 van het conceptbesluit kan CVZ een alternatieve basis kiezen voor de herverdeling van het Vereveningsfonds, dus gewoon € 14 mld. naar believen herverdelen. Binnen welke grenzen kan zij dat doen? Kan zij aan een ziekenfonds alles geven; is dat wettelijk mogelijk en wie mag er dan ingrijpen? De alternatieve basis zal net als de beoogde basis uitgaan van privacygevoelige gegevens. Welke gegevens mag CVZ opslaan en uitvragen en naar de persoon herleidbaar opslaan? In de toelichting staat overigens niet wie wanneer over welke gegevens mag beschikken en voor welk doel die wel en vooral niet mogen worden gebruikt.

Met name de gegevens voor verzekeraars kunnen een heel grote economische waarde hebben in het verkeer als zij bepaalde gegevens voor de basis- c.q. aanvullende verzekeringen mogen gebruiken, zeker als het vereveningssysteem nog niet perfect werkt. Deelt de minister de mening dat hij hiervoor beleidsregels en sancties dient op te stellen en dat het vereveningssysteem zo moet zijn dat de verwachte ex-antekostenpost van elke verzekerde nul moet zijn?

Dan kom ik op een aantal in- en uitvoeringsaspecten. De brief hebben wij in goede orde ontvangen. Wij hadden echter om de wetten gevraagd en een aantal brieven die waren beloofd. Daar wachten wij nog steeds op. De druk neemt toe, temeer ook daar de Wet op de marktordering in de gezondheidszorg nog in de Kamer zal moeten worden behandeld. Zonder een goed toezicht is een nieuw stelsel immers niet mogelijk.

Wie betaalt de MOOZ in het overgangsjaar? De KPZ staat op blz. 8. Hoe kun je in een particulier stelsel kruissubsidie uit particuliere middelen regelen? Welke souplesse zal door de DMB in 2007 worden gehanteerd? Zullen alle huidige ziekenfondsen die een positief bedrijfsresultaat laten zien in 2006 ook in 2007 de Zorgverzekeringswet mogen uitvoeren?

Voor de zorgtoeslag hebben wij bij de plenaire behandeling via een motie gevraagd de lasten voor huishoudens te maximeren op maximaal 5% van het inkomen. De nieuwe percentages voorzien hierin voor huishoudens met bewoners van 23 jaar en ouder: 5% over het verzamelinkomen en 5% over het meerinkomen voor meerpersoonshuishoudens, respectievelijk 3,5 en 5% voor eenpersoonshuishoudens. Dank daarvoor. Jongeren onder de 23 jaar hebben voordeel bij lagere percentages, maar wij wachten even af hoe u het precies gaat vormgeven zodat ook voor hen werkelijk die lastenmaximering plaatsvindt.

Mensen die alimentatiegerechtigd zijn moeten kennelijk een werkgeversbijdrage betalen over de alimentatie. Dat lijkt vreemd omdat de werkgever van de alimentatiebetalende ook de werkgeversbijdrage heeft betaald. Is het gevolg dat er tweemaal een werkgeversbijdrage wordt geheven over de inkomsten voordat die inkomsten genoten worden als consumptie? Hoe beoordeelt de minister de rechtsongelijkheid die zal bestaan door een vrijstelling te geven aan hen die eigenlijk voor 1 januari 2006 waren gescheiden en alimentatieplichtig waren en degenen daarna? Hoe lang blijft dat bestaan?

Ten slotte kom ik bij de overgang. Wij hebben er kennis van genomen dat verzekerden nog tot 1 mei 2006 tussen verzekeraars kunnen kiezen. Genoeg tijd om te beslissen is essentieel, maar wat is er veranderd tussen 22 maart en 13 april jongstleden? In de eerste brief was nog sprake van 1 maart, terwijl daarna de datum van 1 mei wordt gehanteerd. Wij zien graag uitgelegd hoe wordt gegarandeerd dat mensen ook feitelijk met terugwerkende kracht van vier maanden kunnen kiezen en dat dit gemakkelijk gaat. Wat gebeurt er bijvoorbeeld met de zorgkosten in de basis- en de aanvullende polis die gemaakt zijn tussen 1 januari en het moment van kiezen en wat gebeurt er als er wordt geswitcht tussen natura en restitutiestelsels? Hoe worden de polissen op tijd vastgesteld en zullen die als dat pas op 16 december is, op tijd zijn vastgesteld voor een adequate vaststelling van de hoogte van de zorgtoeslag?

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Omtzigt stelt terecht heel kritische vragen en zegt met name dat mensen nog niet hebben gekozen voor een verzekering, maar wel zorgkosten kunnen maken en hoe gaat dat dan allemaal. Vindt het CDA niet eigenlijk bij voorbaat dat als het ingevoerd wordt zoals het nu voorligt de kans op chaos gigantisch is?

De heer **Omtzigt** (CDA): Nee. Als wij dat geloofden, zouden wij hier niet mee instemmen en dat doen wij wel, maar wij vragen wel aan de minister hoe de overgang zal worden geregeld. Daar was een heldere afspraak over met de verzekeraars. Dat heeft ook te maken met de vormgeving van de Invoerings- en Aanpassingswet.

Mevrouw **Kant** (SP): Laat ik het dan anders formuleren: of het een jaar uitgesteld wordt laat de CDA-fractie in de Tweede Kamer aan die in de Eerste Kamer over?

De heer **Heemskerk** (PvdA): De heer Omtzigt stelt veel kritische vragen en voorwaarden. Betekent dat ook voor u dat de Invoeringswet het daadwerkelijke go-or-no-go-moment is voor 1 januari 2006?

De heer **Omtzigt** (CDA): Wij hebben als Kamer de Zorgverzekeringswet aangenomen en daarom gaat de CDA-fractie steeds uit van de invoeringsdatum van 1 januari 2006.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De contouren van het stelsel zijn in december 2004 vastgesteld en die zijn helder. In de systematiek zijn belangrijke publieke randvoorwaarden opgenomen ten aanzien van de acceptatieplicht, de premiestelling, verevening, pakket en zo meer. Dat zijn zaken die noodzakelijk zijn voor een solidaire, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke gezondheidszorg.

De Zorgverzekeringswet staat niet op zichzelf, maar maakt onderdeel uit van een cluster van wetgeving waar ook de Wet BIG, de WTZI, de Marktordening enzovoort bij horen. Mijn fractie signaleert het risico dat de roep om garanties in deze wet die in andere wetten zijn of moeten worden geregeld opnieuw resulteert in starheid. Dat zou de benodigde dynamiek van het stelsel en de ruimte voor maatwerk in gevaar kunnen brengen. Opmerkelijk is dat regelingen die ook al in de Ziekenfondswet gelden en goed functioneren op papier risico's geven. In de praktijk is daarvan echter niets gebleken. De Consumentenbond heeft ons gevraagd wat het betekent voor een verzekerde die onder medische behandeling is ten laste van de Zorgverzekeringswet als zijn verzekeraar failliet gaat. Wat betekent dit voor de behandeling, de betaling en de tijd waarin een nieuwe verzekeraar moet worden gevonden?

De verzekeraars hebben aangegeven hun huidige verzekerden een aanbod te willen doen voor een verzekering onder de nieuwe wet. Zonder tegenbericht gaat deze in. Dat heeft twee voordelen. Zo wordt voorkomen dat

verzekerden ongewild zonder verzekering komen te zitten en het scheelt daarbij voor hen aan rompslomp als ze toch bij dezelfde verzekeraar willen blijven. Bovendien geeft het enorme administratieve voordelen voor verzekeraars en vergemakkelijkt het daarmee een soepele invoering. Deze pragmatische oplossing stuit naar verluid op juridische bezwaren. Kan de minister aangeven of en hoe hij dit gaat regelen?

Ik sluit mij aan bij de vraag van de heer Omtzigt welke ziektekosten en premiegunsten hij bij wisseling van verzekeraar aan welke verzekeraar laat toekomen. Dat is niet alleen een vraag die in de overgangperiode geldt. Dit punt komt ieder jaar als mensen overstappen terug. Wij hebben schriftelijke vragen gesteld over de solvabiliteitseisen. De minister stelt in zijn antwoord dat een enkele zorgverzekeraar zijn eigen vermogen mogelijk zal moeten aanvullen. Hoe veel verzekeraars halen naar verwachting deze eis niet en wat betekent dat dan? Hoe lang krijgt een verzekeraar de tijd hieraan alsnog te voldoen.

Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet hebben wij met de fracties van CDA en D66 een motie ingediend die vraagt te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van opname in de Zorgverzekeringswet van de mogelijkheid om te kiezen voor een persoonsgebonden budget en ons daarover te informeren gelijktijdig met de indiening van de Invoeringswet. Ik wil de minister daaraan graag herinneren aangezien deze wet eerdaags naar ons toe zal worden gestuurd. Ons huidige ziekenfondssysteem vereist een verwijzing uit de eerste lijn om de kosten van de tweedelijnszorg vergoed te krijgen. Ik vermoed dat dit zo is ingeburgerd dat ondanks het niet verplicht stellen van een verwijzing dit voorlopig wel de praktijk zal blijven. Door de jaren heen kan dit echter verwateren, mede onder druk van de steeds beter geïnformeerde en mondige patiënt. De VVD-fractie vindt het poortwachterssysteem daarvoor te waardevol en daarom vragen wij de minister of toch niet is te verkiezen deze vereiste in de tekst op te nemen.

Ook de aanbieders zullen tijdig hun systemen moeten aanpassen en hun patiënten desgevraagd moeten kunnen informeren. Wij vragen de minister de aanbieders nauw te betrekken bij de invoeren en hen daar waar nodig te faciliteren. Dit vergt extra aandacht omdat voor instellingen ook de WTZI en de Wet marktordening gezondheidszorg per 1 januari 2006 een rol zal spelen.

De NVZ vraagt aandacht voor de post dubieuze debiteuren. Met een groeiend aantal DBC's zal de huidige oplossing volgens de NVZ mank gaan omdat ziekenhuizen die met een groot aantal dubieuze debiteuren dit moeten verwerken in de DBC-prijs en daarmee op achterstand komen ten opzichte van ziekenhuizen die deze kostenpost niet of in veel mindere mate te maken hebben. Deelt de minister deze zorg en zo ja, wat gaat hij daaraan doen?

Wij kunnen het besluit van de minister om in overleg met het veld de overgang van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet met een jaar, tot 1 januari 2007, uit te stellen steunen. Alles tegelijk gaat nu eenmaal niet. Onze steun is mede bepaald door de eerste belangrijke en niet eenvoudige omkeerbare stappen die ten aanzien van de overheveling van de GGZ zijn gezet door de overgang te regelen in de wet. Kan de minister ons haarfijn uitleggen waar de knip in de GGZ wordt gelegd bij de overheveling naar de Zorgverzekeringswet en toelichten of en hoe wordt voorkomen dat er discussies ontstaan over of de zorg onder de ABWZ dan wel Zorgverzekeringswet valt, want verzekeraars zullen immers hun risico's zo veel mogelijk willen afwentelen op de AWBZ?

Kan de minister ook toelichten hoe de financiering in 2006 precies gaat verlopen? Ik sluit mij in dezen aan bij de heer Bakker. Ik vind dat in de brief niet duidelijk. De GGZ komt in 2006 ten laste van de AWBZ, maar de financiering heeft plaats uit het Zorgverzekeringsfonds. Wat betekent dit en wie draagt nu wat bij en loopt welk risico? De GGZ zal in 2006 proefdraaien



met DBC's en in 2007 op basis van DBC's declareren. Betekent dit dat de GGZ alleen in 2006 te maken zal hebben met een dubbele administratie? Ik heb begrepen dat bij de overgang van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet er alleen voor eerstelijnspsychologen een eigen bijdrage wordt ingesteld. Dit lijkt een drempel voor de te verwachten toeloop, maar is in mijn ogen een stimulans voor doorverwijzing naar de tweede lijn waar geen eigen bijdrage geldt. Dit lijkt mij het paard achter de wagen spannen. Graag een reactie van de minister.

Zoals bekend is de VVD-fractie een voorstander van vergroting van het inzicht van de verzekerde en de patiënt in zijn eigen zorggebruik. Daarom zijn wij van mening dat op de afschriften en de rekeningen die de verzekerden ontvangen hun zorggebruik, de DBC, expliciet staat aangegeven. Ook de verzekeraar moet inzicht hebben in welke DBC's er door hen worden betaald. Hij kan niet blind betalen. Hij moet daarbij kunnen nagaan of deze DBC's geleverd zijn en klachten over de levering van de DBC's van de patiënten goed kunnen afhandelen.

Ten aanzien van de verevening legt het CVZ een bestand aan met medische persoonsgegevens van zo'n beetje iedere burger in Nederland. Deze gegevens zijn door verbinding met het sofi-nummer herleidbaar tot de betreffende personen. Daar zet de VVD-fractie vraagtekens bij. Ons inziens is dat niet nodig voor de verevening en dit gebeurt ook niet in het huidige systeem van verevening. De minister heeft ons anderhalf uur geleden nog een brief gestuurd waarin hij dit nader toelicht, maar hij geeft in die brief niet aan waarom het nieuwe systeem op dit punt afwijkt van het bestaande vereveningssysteem in de Ziekenfondswet. Kan hij dat alsnog doen? Ook ten aanzien van informatie die wordt geleverd aan het Informatie- en Onderhoudsorgaan ziet de VVD-fractie de meerwaarde niet. Dit orgaan kan toch prima haar werk doen met geanonimiseerde gegevens? Het moet zorgmarkt- en beleidsinformatie genereren. Verstrekking van persoonsgegevens is volgens ons niet proportioneel en kan ook op andere wijze. Persoonsgegevens zijn daar niet voor bedoeld.

Op basis van het PricewaterhouseCoopersrapport heeft de minister enkele belangrijke data verschoven. De brief met het voorstel aan verzekerden is verschoven van 1 naar 16 december en verzekerden kunnen nu tot 1 mei van verzekeraar veranderen in plaats van tot 1 maart. De verzekeraars geven aan dat zij met dit tijdpad de overgang kunnen maken, maar er mag niet teveel vertraging meer optreden. Ook geven zij aan dat het «point of no return» is gepasseerd. Er zijn inmiddels zo veel investeringen gedaan in informatiseringssystemen en het scholen van personeel dat afstel forse kapitaalvernietiging betekent, maar het tijdschema is krap. De minister en de partijen in de Kamer die de nieuwe Zorgverzekeringswet steunen, zetten in op invoering per 1 januari 2006. Dan is het noodzakelijk dat de minister de vinger goed aan de pols houdt met de verzekeraars die dit uiteindelijk moeten bolwerken.

De overgang moet door het ministerie ook daar waar noodzakelijk en mogelijk worden gefaciliteerd. De verschillende ZBO's zullen er eveneens alles aan moeten doen om de voorbereidingen te faciliteren. Ik zou daar graag een toezegging over krijgen. Gezien de korte doorlooptijd en de efficiëntie is het bijvoorbeeld van belang dat CVZ korte procedures en doorlooptijden hanteert. Kan de minister dit toezeggen? Zullen voor 1 juni aanstaande de toelatingseisen, de procedures en doorlooptijden voor het verkrijgen van een vergunning bekend zijn? Wanneer is er duidelijkheid over de eisen van de toezichthouders en CVZ over de gegevensuitwisseling? Ook is van belang dat de informatie op basis waarvan de polissen worden opgesteld en de premies worden bepaald worden gehaald. In het oude tijdpad geldt 1 juni als deadline voor inzicht in de inhoud van het pakket en helderheid over toetsingscriteria die door CVZ worden gehanteerd ten aanzien van de modelovereenkomsten en 1 september als de datum waarop het budget en de parameters van het nieuwe vereveningssysteem helder moeten zijn. Ik begrijp dat 1 juni blijft gehandhaafd en dat

1 september 15 september wordt. Kan de minister dit bevestigen en zijn per 15 september de eisen ten aanzien van de gegevensuitwisseling in het kader van de verevening bekend?

Deze systeemwijziging zal in de praktijk nog wel wat voeten in de aarde hebben. De omslag die verzekeraars en aanbieders, maar ook patiënten moeten maken is groot. Dit blijft overigens altijd het geval, ook als er zou worden uitgesteld. De invoering van DBC's is meerdere malen uitgesteld. De betrokken partijen wisten al jaren dat het er aan kwam en toch zullen wij hier in de Kamer invoeringsproblemen en kinderziekten binnenkort bespreken. Wel moet het proces optimaal worden gefaciliteerd en met de betrokkenen dient praktisch te worden meegedacht. Geen onnodige ingewikkelde procedures, lange wacht- en doorlooptijden, nieuwe eisen en onverwachte voorwaarden. Problemen die tussentijds rijzen moeten direct worden aangepakt en opgelost. Niet alles is te vermijden, maar dat moet wel het streven zijn van dit kabinet.

Mevrouw **Kant** (SP): Vandaag bespreken wij vooral los van alles wat je nog zou willen vragen het besluit dat voorligt en dat gaat eigenlijk over het pakket. De minister heeft altijd gezegd dat het hele pakket zoals het op dit moment bestaat, meegaat. Dat kan je wel makkelijk zeggen, maar ik ben er niet gerust op, want wat er wordt geregeld is dat het vooral functiegericht wordt ingevuld met wat opsommingen, maar dat zorgverzekeraars voornamelijk gaan bepalen waar mensen wel of niet voor verzekerd zijn. Ik vind helemaal niet dat het pakket in zijn geheel als zodanig meegaat. Ik zie dat anders en de minister ziet het volgens mij ook anders. Hij schrijft in de toelichting op het besluit: «Anders dan bij de Ziekenfondswet regelt de Zorgverzekeringswet dus niet alle elementen meer die voor de verzekerde relevant zijn om te weten waar hij uit hoofde van zijn zorgverzekeringsovereenkomst aanspraak op heeft. Alle elementen die daarvoor relevant zijn leest hij in zijn zorgpolis.» En verderop: «Het is de zorgverzekeraar die de zorgverzekering uitvoert. Daarbij toetst hij ook of er sprake is van gebruikelijke zorg.»

Ik heb altijd al gezegd dat de macht komt te liggen bij de zorgverzekeraars en dat gaat dus gewoon gebeuren. Welke garantie geeft de minister de mensen die zich gaan verzekeren dat zij aanspraak kunnen blijven maken op wat nu in het pakket zit? Ik gebruik niet voor niets het woord «aanspraak». Ik wil die garantie hebben, want uit de regeling die nu voorligt kan ik die garantie niet afleiden. Bijvoorbeeld ook als het gaat om de geneesmiddelen. De minister zegt dat het huidige beleid in de wet wordt geregeld. Mij is dat toch echt niet helemaal duidelijk. Ik heb de indruk dat ten opzicht van wat er nu al aan afspraken ligt – waar ik ook de nodige bezwaren tegen heb – de macht nog veel meer komt te liggen bij de verzekeraars, want die gaan voor een groot deel bepalen wat er in het pakket komt. Wat als een patiënt een duurder geneesmiddel nodig heeft? Gaat de verzekeraar dat dan vergoeden? Ik weet het niet. Ik vind dat een arts op medische indicatie moet blijven bepalen welke geneesmiddelen welke patiënt nodig heeft. Ik hoop dat u daar nog een toelichting op kan geven. De macht komt nog meer bij de verzekeraars terecht dan ik al had verwacht. Dat vind ik ongewenst. Dat gevoel wordt gevoed door hoe het nu al gaat. Wij hebben natuurlijk niet zulke goede ervaringen als verzekeraars zich met de inhoud van de zorg gaan bemoeien en met waar een patiënt op welke moment recht op heeft. De minister ontkent dat in de stukken, maar die ervaring is voor veel patiënten niet echt prettig. Vorige week waren de hulpmiddelen nog in het nieuws. Misschien wilt u nog ingaan op dat er ook hulpmiddelen door verzekeraars worden vergoed, maar dat die niet van de beste kwaliteit zijn.

Er is tevens geconstateerd dat er een toename is van geschillen. Ik voorstel u: die gaan nog veel meer toenemen, maar dan wel met een verslechterde positie daarin van de patiënt. De wet verbindt geen voorwaarden aan de geschillenbeslechting en geeft ook niet aan of de

uitspraak bindend is. Mooie boel. De patiënt wordt er echt niet beter van. Er komt een geschillencommissie, maar wat lees ik tot mijn stomme verbazing: daar mag een eigen bijdrage voor worden gevraagd. Dat kan toch niet waar zijn! Dan wil je op basis van de zorgpolis je recht op zorg halen en ga je naar een geschillencommissie en dan moet je er nog voor betalen ook. Dat is toch te gek voor woorden. Dat gaan wij dus gewoon niet doen!

U weet dat ik het pakket zoals het er nu ligt en waarvan de minister zegt: dat gaat helemaal mee, al te klein vind. De fysiotherapie en de tandzorg moeten natuurlijk terug in het pakket. Dat vindt de PvdA-fractie ook, las ik. Vandaag blijkt in het mondsignalement van CVZ dat grote groepen de kosten voor de aanvullende verzekering voor de tandzorg niet kunnen betalen. Dat is een maatschappelijk probleem. Ook de pil moet terug in het pakket. Daarnaast zijn er de beperkingen wat betreft de zelfzorgmiddelen en de psychotherapie. Allemaal zaken waar mijn fractie al vaak bezwaar tegen heeft gemaakt.

Ik ben verheugd dat de CDA-fractie nu dit debat gebruikt om een deel van het zittend ziekenvervoer weer iets te verruimen en versoepelen. Ik ben wel benieuwd waar het licht vandaan komt dat die fractie plotseling ziet, want wij hebben daar al vaker over gesproken en natuurlijk kom je dan wel voor het probleem te staan dat je nu wel weer een schrijnend probleem voor een groepje kan benoemen dat je weer opneemt, maar het volgende schrijnende probleem kan ik al op een bordje aanreiken. Naast dat het pakket nu al door de bodem zakt, heb ik ook nog wel wat wensen. Dat zal u niet verbazen. Consulten voor dieet mogen niet meer dan vier uur bestrijken. Dat begrijp ik niet. Waarom is dat aan een maximum gekoppeld? Het werk van een mondhygiënist zit niet in het pakket en dieetvoeding ook niet. Mensen die door ziekte zijn aangewezen op een duur dieet moeten dat uit eigen zak betalen. Ik vind dat alle drie die dingen er wel in moeten. Daar hebben wij allemaal baat bij, want het is heel goedkoop die in het pakket op te nemen. Het zijn preventieve middelen die andere gezondheidsproblemen kunnen voorkomen. Hier gaat de kost voor de baat uit.

Misschien wil de minister erop reageren die wel in het pakket te doen of de maximering eraf te halen? De eerstelijnspsycholoog komt ook in het pakket en dat is nieuw, maar waarom dan maar acht behandelingen en een eigen bijdrage? Dat maakt die zorg niet echt goed toegankelijk. Zo hebben wij er niet zo veel aan.

Een heel cruciale vraag gaat over de functiegerichtheid en de huisarts. Ik maak mij grote zorgen over de voorliggende tekst over de poortwachtersfunctie van de huisarts. Daar biedt dit stuk geen duidelijkheid over en ik dacht dat wij die toch met z'n allen heel erg belangrijk vonden. Die wordt niet geregeld. In de antwoorden zegt de minister dat het natuurlijk wel aannemelijk is dat het doorverwijzen in de polisvoorwaarden komt. Willen wij dat nu of niet? En als dat zo is, waarom leggen wij dat nu dan niet gewoon vast? Ik begrijp dat niet. Ook bedrijfsartsen kunnen een deel van die taken gaan doen. Dat lijkt mij een aantasting van de poortwachtersfunctie. Hoe breed ziet u dat dan? Dat kan een zorgverzekeraar gaan regelen als hij dat wil. Het lijkt me geen gewenste ontwikkeling. En geen no claim bij de huisarts, maar als anderen dat werk gaan doen komt de no claim dan via een omweg wel terug of hoe gaan wij dat doen?

Voor mensen die zich aanvullend willen verzekeren beginnen de problemen zich steeds duidelijker af te tekenen. Er is een meldpunt geweest vanuit NPCF waaruit de risicoselectie heel duidelijk is gebleken en dat is een groot probleem. Ik wil dat u daarop ingaat. Wij hebben geen acceptatieplicht voor de aanvullende verzekeraar. Ik maak mij daar grote zorgen over.

De verevening is niet perfect en is nooit perfect te maken, maar moet wel beter. U heeft vast kennisgenomen van het onderzoek van de Erasmus-universiteit. Een op de drie patiënten is met die verevening zelfs nog een

verliespost voor de zorgverzekeraars. Dat gaat natuurlijk risico's met zich meebrengen. De universiteit stelt ook vast dat men voor de aanvullende verzekering allerlei vragenlijsten moet invullen waarbij de risico's bij de patiënten niet alleen voor de aanvullende, maar ook voor de basisverzekering volledig in beeld zijn bij de verzekering. Dat is heel ongewenst. Ik wil graag dat u erop ingaat hoe dat is te voorkomen, want op basis van die gegevens kunnen ze dan op allerlei andere manieren wel degelijk proberen voor het basispakket aan selectie te doen ook al hebben zij een acceptatieplicht. Dat kan via het onaantrekkelijk maken, via slechtere service of – en dat heb ik altijd al beweerd en komt ook voor in het rapport van de Erasmusuniversiteit – via selectie in het aanbod. Je kunt dan bepaalde groepen buiten houden omdat die financieel onaantrekkelijk zijn of een verliespost vormen en hun zorg niet zo goed te regelen en hopen dat die klanten ergens anders terechtkomen.

Erkent de minister dat het vereveningsmodel niet perfect is en leidt tot risicoselectie en wordt het model aangepast voor de invoering? U hebt er een brief over gestuurd die ik nog niet echt goed heb kunnen lezen.

Misschien kunt u een toelichting geven? Kan de minister in ieder geval garanderen dat de ex-postvergoedingen niet worden afgebouwd voordat het risico in het vereveningssysteem is verbeterd?

Los van mijn inhoudelijke standpunt denk ik dat de invoering niet goed zal aflopen. Als je dan al dit stelsel wil invoeren, doe het dan niet zo en stel het geheel een jaar uit zodat iedereen zich er fatsoenlijk op kan voorbereiden. Ga niet chaotisch van alles invoeren met tot 1 mei nog mogen kiezen. Ik zie niet dat dit goed kan komen. Als u dat wel ziet, is het voor uw verantwoording. Volgens mij is het onverantwoord.

Er moet toch nog volop gecontracteerd kunnen worden. De minister zegt: de zorgverzekeraars zijn er klaar voor. De regionale hebben aangegeven van niet, maar de zorgaanbieders moeten er ook klaar voor zijn. Die worden er horendol van. Er moet nog van alles worden gecontracteerd. Dat gaat niet op korte termijn lukken.

Wij zijn ook nog steeds niet uit de «europroof» en dat is dus een risico. Misschien wil de minister daar ook nog even op ingaan?

Over de reclameregels en over de wijze waarop verzekeraars nu al over de schreef gaan met oneerlijke informatie heb ik Kamervragen gesteld. De minister heeft toegezegd dat te gaan regelen, maar die reclames gaan wel door en als straks het stelsel wordt ingevoerd, krijgen wij natuurlijk vanaf november een hoos aan reclames. Eerst regelen en dan pas reclames, lijkt mij. Wanneer wilt u dat geregeld hebben? Volgens mij wordt het veel te laat. U zegt in de toelichting dat de bureaucratie afneemt. Die berekening vind ik vals – dat zeg ik maar eerlijk – omdat u weglaat wat er aan markt-bureaucratie bij komt: de DBC-bureaucratie, het moeten onderhandelen en het contracteren. Allemaal tijd die ten koste van de zorg gaat en dat noem ik ook bureaucratie. Als u dat niet meetelt omdat u er niet meer over gaat, vind ik dat een valse voorstelling.

Als de verzekeraars tien jaar na de invoering geen winstoogmerk hebben, mogen ze reserves die zij nu mee overnemen gewoon houden. Ik blijf daar moeite mee houden. Het blijven opgepote premiecenten. Die kunnen zij tien jaar wegzetten en er alsnog meedoen wat zij willen. Ik vraag u toch nog eens goed te overwegen of dat wel zo verstandig is.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Deze Zorgverzekeringswet is niet onze wet. De zorgtoeslag leidt tot bureaucratie en inkomensonzekerheid. Het privaatrechtelijke stelsel is Europees gezien uiterst riskant. De zorgverzekeraars worden de woningbouwcorporaties van de toekomst. Wij denken dat het sociale instellingen zijn, maar er komt niet de tucht van de markt en de overheid heeft niets meer om ze aan te sturen. Dit is dus een lastig debat en ik ga redder wat er te redden valt en toch maar de beren op de weg benoemen.

Het rapport van PWC stelt heel duidelijk dat op 1 juni van dit jaar alles klip en klaar geregeld moet zijn. Dat betekent dat het debat in de Eerste Kamer helemaal niets meer voorstelt, want er kan niets meer veranderen.

Minister **Hoogervorst**: De Eerste Kamer heeft geen amendementsrecht.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik hoop dat u uw rug net zo recht zult houden als collega Donner die weigerde een novelle te maken en dat u in een keer de hele wet laat afstemmen dan wel intrekt. Dit geeft weer hoop. Met de Invoeringswet kunnen wij blijkbaar ook niets meer doen, want 1 juni 2005 is heilig. Wij hebben heel lang gewacht. Wij hebben nu pas stukken. De signalen staan op donker oranje en deze minister geeft volgens mij nu pas een dot gas. Kortom, ik verwacht heel veel problemen. Mensen krijgen pas 16 december de eerste offerte in de bus en moeten dan beslissen of ze in januari wat ondernemen en hoe ze dan hun geld weer terugkrijgen. Allemaal problemen.

Een ander probleem is het oordeel van de Europese Commissie over het Vereveningsfonds. U hebt altijd gezegd: dat is essentieel voor deze wet. Er moet dus witte rook uit Brussel komen voor wij deze wet invoeren, want wij kunnen niet het risico lopen dat het Vereveningsfonds wordt afgeschoten. De grotestedenproblematiek in het Vereveningsfonds is nog steeds onduidelijk. Er schijnt een nadeel te zijn voor de kosten die met name in Den Haag en Amsterdam worden gemaakt. Wil de minister daarop ingaan en op de vraag of dat nog tot aanpassingen leidt in de huidige vereveningssystematiek?

Ik zag in een brief over artikel 3.17 dat de no-claimteruggave betrokken wordt bij de vereveningsbijdrage. Ik snap niet wat die met elkaar te maken hebben.

Tevens heb ik een vraag over de kosten van deze privaatrechtelijke wet. De ziekenfondsen moeten een solvabiliteit aanhouden van ongeveer 6% en gaan nu naar 8%. De particuliere verzekeraars hebben een solvabiliteit van 24% en gaan ook terug naar 8%. Er vallen dus bakken met geld vrij bij de particuliere verzekeraars. Die kunnen waanzinnig gaan stunten en marktaandelen kopen. Dat is toch oneerlijke concurrentie? Daar is de minister niet voor. Hoe gaat hij dat oplossen en kunnen wij het geld dat vrijvalt bij de particuliere verzekeraars door deze wetswijziging niet gebruiken voor de ziekenfondsen of via een fonds verevenen? Volgens mij is die 8% namelijk veel te weinig. Bij 6% was het al riskant. Dit is een heel kleine verhoging, maar de ziekenfondsen gaan hoe dan ook meer risico lopen. Misschien moet het 16% worden en dat zou € 2 mld. extra kosten. Is de solvabiliteit van de ziekenfondsen met die 8% toch niet te laag; zijn de toezichthouders hier helemaal mee akkoord en worden de risico's gebaseerd op ouderwetse boekhoudingen of zijn die risicogebaseerd? De onverzekerden vallen uiteen in twee groepen. Er zijn de wanbetalers die kunnen hoppen van verzekeraars naar verzekeraar. Ik neem aan dat daar een heldere oplossing voor komt. De verzekeraars maken zich ernstig zorgen over mensen die de rekeningen niet betalen en terecht. Maar de tweede groep bestaat uit kwetsbaren in de samenleving als daken thuislozen en psychiatrische patiënten. Laten wij een praktische oplossing zoeken. Verreken die zorgtoeslag meteen met hun premie. Laat die mensen dat niet allemaal zelf doen, want dan gaat het waarschijnlijk mis. Laat de Sociale Dienst checken of die mensen zijn verzekerd en desnoods de premie inhouden op hun uitkering, want het is heel gevaarlijk als juist kwetsbare mensen onverzekerd rondlopen.

Vorige week had iedereen tranen in zijn ogen omdat de huisarts zo belangrijk was, maar in deze wet regelen wij dat hun exclusieve rol wordt verminderd. Dan zegt de minister: ja, het is aannemelijk dat de verzekeraar nog steeds de huisarts contracteren, maar dat hoeft dus niet. Ik ben met de fracties van de VVD en de SP in goed gezelschap en wij zeggen: de eerste lijn is heel belangrijk. Hoe zorgen wij ervoor dat die eerste lijn die

zo veel bespaart, wel in goede samenhang werkt en dat de problemen zo veel mogelijk daar worden opgelost, want daar is het goedkoop en moet het dus?

De patiënten dienen natuurlijk te krijgen waarvoor zij verzekerd zijn. Ook daar maak ik mij zorgen over. Hoe zijn die geïnformeerd over wat zij wel of niet moeten bijbetalen; hoe zijn zij geïnformeerd of de zorg die zij hebben betrokken bij een zorgaanbieder gecontracteerd was of niet? Als zij niet tevoren door de zorgverzekeraar zijn geïnformeerd dat het niet gecontracteerde zorg betreft of dat men moet bijbetalen, is de rekening voor de zorgverzekeraar. Mensen moeten van tevoren weten of zorg tot extra kosten leidt of ten kosten van de premie komt.

Ik heb toch nog vragen of mensen tijdig de zorg krijgen. Het grote probleem van deze wet is dat de zorgplicht van de zorgverzekeraars niet voldoende omschreven is. Ja, staat er in vraag 31, de zorg wordt tijdig geleverd. Wat is tijdig? Dat kan tot ongelooflijk veel conflicten leiden. Kan het College Zorgverzekeringen dat de geschillenbeslechting doet niet een tijdje een dubbele boekhouding voeren, namelijk ook nog de boekhouding van de oude omschrijvingen in de Ziekenfondswet, want de minister zegt dat ze die erbij gaan gebruiken? Ik ben wel geïnteresseerd in hoeverre daar afwijkingen in zijn en een afwijking ten opzichte van de oude Ziekenfondswet kan een verbetering zijn. Als een zorgverzekeraar heel goede afspraken maakt en daardoor aan zorgvernieuwing doet, hebben wij niet exacte dezelfde zorg uit het verleden, maar is dat wel een verbetering. Dat kan innovatie zijn.

De minister heeft een heel ingewikkelde brief gestuurd over het CVZ, dat wel of niet over privacygegevens beschikt. Dat bespreken wij nog een keer. Ik ben eerlijk gezegd over het CVZ minder bezorgd. Ik ben veel bezorgder over de privacygegevens bij verzekeraars. Die gezondheidsgegevens moeten niet op straat slingeren en moeten niet tussen de aanvullende en de basisverzekering gebruikt kunnen worden. Er is een gedragscode bij de verzekeraars. Daar zit een appendix bij over ziektekosten en die zou een stempel moeten hebben van het College Bescherming Persoonsgegevens en van de minister dat de appendix is verankerd, want gedragscodes zijn zo vrijwillig als het maar kan. Daar kan een verzekeraar zich gewoon aan onttrekken.

Ik sluit mij aan bij de vragen over de GGZ. Natuurlijk moet je uitstellen als je denkt dat je het niet allemaal redt, maar wat is nu eigenlijk het probleem? Heel veel van die kosten worden nagecalculeerd. De problemen zitten dus niet bij de verzekeraars. Volgens mij willen de GGZ-aanbieders het ook graag. Als wij niet weten wat het probleem is hebben wij ook in 2007 weer uitstel en dat zou jammer zijn, want juist door het naar die brede basis te brengen kun je samenhang creëren.

Ten slotte sluit de PvdA-fractie zich aan bij de opmerkingen van de CDA-fractie over het zittend ziekenvervoer. Inzicht komt met tijd.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister heeft veel haast deze wet erdoor te krijgen. Het lijkt wel zijn voornaamste ambitie voor deze periode te zijn. Natuurlijk mag een mens ambitie hebben, maar het gaat hier wel met veel problemen gepaard. Ook de GroenLinks-fractie was al tegen deze wet. Dat betoog gaan wij niet herhalen. Alleen al de geweldige bureaucratie, de grote macht van de verzekeraars zonder voldoende tegenmacht en de onduidelijke omschrijving van plichten van verzekeraars zijn belangrijke punten waarom wij ertegen waren en er waren er nog veel meer. Ik sprak deze week weer iemand van een grote zorginstelling in de randstad die net twee fusies achter de rug had en die is nu bezig te gaan fuseren met een heel grote instelling in Drenthe en nog een ergens anders in de randstad met het argument dat zij ook groot moeten worden als de verzekeraars zo groot worden. Verwachtend dat er maar een stuk of vijf grote verzekeraars over zullen blijven, was die directeur van plan ervoor te zorgen dat er ook slechts vijf zorginstellingen overblijven en dat hij daar

dan een van is. Ik vind die ontwikkeling bijzonder onwenselijk in het licht van dat wij toch eigenlijk tegen grote megazorginstellingen zijn met een enorme bureaucratie en een enorme afstand tussen bestuur en werkvloer die daaruit voortvloeit en die ook haaks staat op wat wij tegenwoordig willen en wat de WRR recentelijk heeft geadviseerd onder het mom van weg met de boedelscheiding.

Probeer nu juist top en werkvloer dichter bij elkaar te brengen. Had u gehoopt dat dit gaat gebeuren en wat vindt u daarvan en als u dat ook onwenselijk vindt wat gaat u er dan tegen doen?

Als het dan toch allemaal gebeurt, moet je een beetje halfwillig meedenken en dan zie meteen al een aantal problemen. De huisartsenzorg zou drempelloos toegankelijk zijn en wij hebben een heel debat gehad over de no claim. Wat zien wij nu tot onze verbazing? Indirect krijg je weer een drempel in de huisartsenzorg, namelijk via het eigen risico. Het kan toch niet de bedoeling zijn daarmee de drempelloze toegankelijkheid weer ongedaan te maken. Daar maken wij ernstig bezwaar tegen.

Graag krijg ik een reactie van de minister op die vreemde ontwikkeling. Wat de privacy betreft, sluit ik mij aan bij eerder gestelde vragen.

De functiegerichte aanspraken zorgen voor een hoop problemen. Het ziet ernaar uit dat zorgverzekeraars in belangrijke mate kunnen gaan bepalen waar je als patiënt recht op hebt omdat het allemaal te vaag is omschreven en de Wet BIG voldoet volgens ons helemaal niet om daarin te voorzien. Eerder hebben wij er al voor gepleit dat de zorgplicht van verzekeraars nader zou worden omschreven. Dat wilde u niet en dat is dus ook niet gebeurd, met als gevolg die vaagheid. Alleen al de functiegerichte aanspraken zorgen voor veel onduidelijkheid. Dat zit voor een deel in de GGZ. Het probleem is dat de functiegerichte aanspraken daarin veel te globaal zijn en dat wij niet weten of wat nu in het pakket zit daarin zal blijven. Dat was een garantie en die wil ik van de minister. Ik wil horen dat hij dit probleem erkent en dat hij het oplost zodat wij werkelijk de garantie krijgen dat mensen toegang houden tot wat nu in het pakket zit, ook in de GGZ, en het dus een pakketneutrale overheveling wordt.

Natuurlijk zijn wij ook blij dat de CDA-fractie heel laat, maar beter laat dan nooit, tot enig inzicht is gekomen aangaande het zittend ziekenvervoer. Wij hopen dat de minister dat overneemt en ook het licht gaat zien.

De dieetadviezen gaan terug naar vier uur per jaar. Dat is vreemd in het licht van dat deze minister overgewicht zo'n groot probleem vindt.

Vandaag nog stond in de Spits dat CVZ wil dat de behandeling van overgewicht bij kinderen in het pakket komt. Het lijkt toch wel heel verstandig dat dieetadvies niet te beperken als u overgewicht zo'n probleem vindt. Het rapport van NPCF is pijnlijk duidelijk over risicoselectie en verevening. Een derde van de bevolking zou daar het slachtoffer van kunnen worden, want het is heel goed mogelijk om voorspelbare risico's en slechte risicogevoelens uit te selecteren en ze langzaam weg te pesten. NPCF geeft heel goed aan hoe dat er uit ziet: langzaam de premie van een aanvullende verzekering zo verhogen dat mensen die een slecht risico zijn die ten slotte niet meer kunnen betalen, want die hebben vaak een laag inkomen. Erkent u dat probleem en wat gaat u daar aan doen? Twee dingen zouden er volgens ons in ieder geval aan gedaan moeten worden. Het betekent dat het ex-antevereveningssysteem verbeterd moet worden; dat er meer risicofactoren in dienen te worden opgenomen. Bovendien zou er een meldpunt moeten komen dat problemen signaleert bij switchen, zorginkoop en dergelijke zaken die de komende tijd helaas moeten gaan gebeuren. Daarop eveneens graag uw reactie.

Ook ik heb veel zorgen over het waarborgen van de poortwachtersfunctie van de huisarts en algemener gesproken over de omschrijvingen van de zorg door huisartsen, medisch specialisten en andere zorgverleners die zo vaag zijn omschreven dat het niet zeker is dat die ook worden geboden waar dat wenselijk en nodig is. De LHV heeft daarvoor twee suggesties gedaan waarop ik graag uw reactie wil hebben. Beide hebben te maken

met het aanpassen van artikel 2.4. De ene gaat erom dat inderdaad de zorg door huisartsen, medisch specialisten en andere zorgverleners moeten kunnen worden geboden. Dat wil zeggen dat er moet worden toegevoegd dat deze zorg dient te worden geleverd door een daartoe bekwame zorgaanbieder. Dat staat er nu niet meer. Minstens zo belangrijk is dat er ook kwaliteitseisen moeten zijn. Beroepsgroepen hebben zelf kwaliteitseisen gesteld. Juist in de «curesector» is dat een van de sterke punten. Daar werkt men altijd goed aan en dat wordt prima bijgehouden door scholing, bijscholing, registratie en zo meer. In artikel 2.4 zou ook moeten staan dat men dient te voldoen aan de kwaliteitseisen die de beroepsgroepen zelf opleggen voor het verlenen van door hen geboden zorg. Deze twee aanpassingen lijken ons heel belangrijk om enigszins te blijven garanderen dat huisartsen huisartsenzorg blijven doen en medisch specialisten medisch specialistische zorg. Graag daarop uw reactie. Over onverzekerden heeft de GroenLinks-fractie eveneens grote zorgen, met name over die mensen die bijvoorbeeld door psychische aandoeningen niet in staat zijn zelf de verantwoordelijkheid te dragen voor het verzekerd zijn. Ik weet wel dat de kosten in bepaalde gevallen op dat fonds kunnen worden verhaald, maar hoe moet het verder? Je kunt toch niet voortdurend zeggen: als ze wat hebben kunnen ze uit het fonds worden betaald. Hoe zorgen wij dat die mensen worden verzekerd? Hoe gaat u dat regelen?

Het lijkt ons dat het alleen maar chaos is tot 1 mei. Het betekent een jaar waarin mensen zich heel onzeker gaan voelen over waarvoor zij zijn verzekerd en dat leidt alleen maar tot meer ziekte. Mensen worden niet beter als zij heel onzeker zijn over de kosten en de betaling van hun ziekte. Dat kan de eerste de beste psycholoog vertellen. Stel het gewoon uit! Niet van die rare ingangperiodes halverwege het jaar, maar uitstel tot 2007. De minister heeft ergens gaandeweg gezegd dat men geen recht heeft op ongezond gedrag. Toen werd er gevraagd of de minister doelde op een hogere premie. Hij zei daarop: vooralsnog niet. Dat heeft de dreiging van ooit wel. Daarmee is de vraag aan de orde wat de minister daarmee bedoelt.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De spanning in land en parlement loopt op. Kan de Zorgverzekeringswet nog per 1 januari zorgvuldig worden ingevoerd? Dat het zorgvuldig moet gebeuren is helder. Dat kan en mag niet mislukken. Dit brengt mij bij de indringende vraag of de minister die datum nog steeds ziet zitten. Ik heb natuurlijk de stukken gelezen, de brief van 13 april gezien en dat de zorgverzekeraars nog steeds menen dat het kan, maar dat eigenlijk het point of no return is gepasseerd en wij voor de vraag komen te staan hoe wendbaar wij nog zijn in de parlementaire discussie. De wet ligt bij de Eerste Kamer. De behandeling is voorzien voor het zomerreces, maar voorlopig niet, want de Invoeringswet moet er eerst zijn. Die ligt nog bij de Raad van State. Het wordt wel spannend. Dat moet ik nuchter stellen. Ik heb, in tegenstelling tot enkele collega's die ook vroegen om uitstel, wel voor de wet gestemd. Ik zal dus niet om uitstel vragen. Als je nu uitstel gaat suggereren, gaat iedereen achteroverleunen en dat is niet zondermeer winst. De druk mag best op de ketel blijven. Maar ik wil als voorstemmer wel de garantie hebben dat er geen brokken komen en die vraag ik van deze minister. Dat is het best mogelijke wat ik kan doen. Graag een reactie daarop.

Vervolgens heb ik mij gericht op het hoofdmoment van dit AO, zo heb ik het althans begrepen, en dat is het besluit in ontwerp. Opvallend is daarin de omslag van wat wij hadden naar de functiegerichte omschrijving van de aanspraken. Dan gaat het mij niet om de inhoud van het pakket, al is daar een heleboel over uit te praten. Grosso modo volgt mijn fractie de lijn die is uitgestippeld, maar kijkt onderweg nog wel naar de open einden daarin, de interpretatieruimte. Die is er natuurlijk.



Van huisartsen en psychologen weten wij wat hun dagelijkse praktijk is en wat zij plegen te bieden, maar dat is in zekere zin altijd een momentopname, want zij zijn ook innovatief bezig en er zijn bovendien allerlei ontwikkelingen. Je mag hopen dat die ontwikkelingen niet stagneren, maar doorzetten en wij voor allerlei nieuwe uitdagingen, mogelijkheden en kansen komen te staan. Dan is de vraag natuurlijk of dat allemaal wel afgedekt blijft worden. Ik zie een markant verschil tussen de ontwerptekst van het besluit en de antwoorden op de gestelde vragen waar het gaat, zoals ik dat hier maar even heb genoemd, om de koppeling via artikel 2.1, lid 2 met de ontwikkelingen van wetenschap en praktijk. In de vraagbeantwoording wordt dat klip en klaar aan elkaar verbonden. Moet dat niet doorzetten tot in het besluit zelf? De stand van de wetenschap is natuurlijk altijd een levende werkelijkheid en het gaat in het besluit om zorgvormen die daaraan kunnen worden ontleend. Het andere is op patiënteniveau heel concreet. Als er een discrepantie is, waar ligt dan de beslissingsbevoegdheid: bij de behandelaar, bij de verzekeraar of bij de patiënt? Wat ons betreft zou de behandelrelatie daarbij centraal kunnen staan, namelijk de relatie tussen behandelaar en patiënt. Ook hierop graag een reactie.

Er is nog zo'n open eind in artikel 2.1, lid 3. Daar staat dat een verzekerde alleen een vergoeding krijgt voor zover hij redelijkerwijs op die zorgvorm is aangewezen. Duidelijk is dat onredelijke eisen van verzekerden niet kunnen en niet moeten worden gehonoreerd, maar als je dichter bij de afbakening van het begrip redelijkerwijs komt, is niet uit te sluiten wanneer je functiegerichte aanspraken formuleert dat juist vanwege het karakter daarvan de interpretaties uiteen kunnen gaan. Dat is een voor de hand liggend mechanisme. Nu wordt in de stukken wel verwezen naar de jurisprudentie over de Ziekenfondswet, maar mijn vraag is: gaat dat niet iets te snel vanwege de omslag in aanpak en benadering? Wij moeten ellenlange klachten- en juridische procedures willen voorkomen. Mijn vraag is of dit een toereikende formulering is in de ogen van de minister dan wel dat het nog preciezer kan en dan misschien zelfs wel moet. Bij een restitutiepols spelen er bijzondere problemen. Artikel 2.2 beperkt de maximaal vergoede kosten voor een behandeling. Dit gebeurt door verwijzing naar de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse markt-omstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Ook daar graag een precisering, want je vraagt dan toch wel een moeilijke beslissing, eveneens van de verzekerden. Hij moet immers ook nog eens op zoek naar de prijs die voor zijn behandeling normaal wordt gevonden, wil hij geen grote financiële risico's lopen. Ook dat zou moeten worden voorkomen. Wat de poortwachtersfunctie van de huisarts betreft, zou ik zo dicht mogelijk bij het amendement willen blijven waar ik een bijdrage aan heb mogen leveren. Ook ik vind dat de integrale poortwachtersfunctie – en collega's vroegen daar ook naar – afgezwakt in de voorliggende stukken terecht is gekomen, al is dat misschien niet zo bedoeld, maar zo komt het wel over. Dan vraag je je toch af wat de wenselijkheid is van de verwijzing via de poortwachters en de wenselijkheid van de verplichte verwijzing via de poortwachter. Ik let dan even op de suggesties die uit huisartsenkringen en de KNMG naar ons zijn toegekomen om de samenhang van het zorgaanbod te waarborgen via een verplichting om die zorg bij één zorgaanbieder te contracteren.

Van de no claim is ook hier de huisartsenzorg daarvan uitgesloten en dat is terecht. Het probleem van de functiegerichte huisartsenzorg is veel vager omschreven en dan dreigt de minister in een spagaat terecht te komen tussen enerzijds de stelling dat er ruimte moet zijn voor nieuwe ontwikkelingen en anderzijds de stelling dat volledig helder moet blijven wat huisartsenzorg precies inhoudt. Dat betekent in de praktijk dat er waarschijnlijk per verzekeraar verschillen zullen optreden. Dan is de vraag wanneer een behandeling wel en niet meetelt voor die regeling. Hoe wil de minister die spagaat voorkomen? Ik zou zeggen: het behoort tot de

stand van de wetenschap aangaande het ministerschap dat de minister een oplossing biedt voor dit redelijkerwijs te verwachten probleem. Wat in de GGZ-sector niet kan, moet je niet doen, want de risico's kunnen te indringend worden. De fasering begrijp ik, maar ik kreeg aangereikt dat dan de scheiding tussen de korte en de langdurende zorg problemen geeft binnen instellingen, want niet altijd is op voorhand duidelijk wat er aangereikt zal moeten worden ten behoeve van cliënten. Dan krijgen zij toch te maken met twee vooralsnog verschillende wettelijke trajecten en ook nog een gefaseerde invoering. Dat is een opeenstapeling van problemen en daarbij zou ik wel graag uiterste zorgvuldigheid betracht zien worden en niet eerder knippen dan dat de consequenties duidelijk, maar ook overzienbaar en beheersbaar zijn.

Mijn fractie waardeert het voornemen om het amendement dat ik in de HOZ heb neergelegd over de continue zorgverlening ook in deze nieuwe wet op te nemen. De formulering is nog niet in alle opzichten kristalhelder. Geldt de continuïteitsverplichting alleen bij de overgang naar het nieuwe stelsel of ook, zoals in het amendement destijds, bij het vervallen van een contract met een zorgaanbieder als het stelsel eenmaal in werking is getreden? Graag hierop een antwoord.

Over de reserves van de ziekenfondsen met de 4%-, 8%- en 24%-problematiek sluit ik mij korthedshalve aan bij de collega's die daarover hebben gesproken. Dat doe ik ook als het gaat om de Wet op de zorgtoeslag. Er is gesleuteld aan de percentage voor de berekening van de zorgpremie: draagkracht huishoudens, een beter herkenbare compensatie en zo meer. Ik sluit mij op dat punt aan bij de in feitelijke zin gestelde vragen.

De voorbeeldpolis heeft nu een andere datering gekregen. Voor mijn fractie is in ieder geval helder dat er ook naar de verzekerde, de contractpartij in een polis, volstreekte duidelijkheid moet komen over per wanneer hij waarvoor zijn handtekening zet. Dat schuift nu dus op. Op zichzelf moet dat door het weg te schuiven beter en helderder worden.

Over het zittend ziekenvervoer en de privacy sluit ik mij aan bij de daarover gestelde vragen. Ik weet daar geen vraag of opmerking aan toe te voegen. Ik ben het eens met wat de CDA-fractie daarover zei. Wat betreft de privacy sluit ik mij aan bij collega Heemskerk als hij dat zich laat aanleunen.

### **Het antwoord van de minister**

Minister **Hoogervorst**: Ik dank de Kamer voor zijn inbreng en de vele gestelde vragen in eerste termijn en zal mijn best doen die zo zorgvuldig mogelijk te beantwoorden. Het gaat hier om een buitengewoon belangrijke en gecompliceerde zaak, met veel techniek. Het is dan ook terecht dat er veel vragen zijn gesteld. Ik begin met de meest essentiële vraag die is gesteld door de heer Van der Vlies en die mij dagelijks wordt gesteld: «Zie ik het nog zitten?» Het antwoord is volmondig: ja, helemaal en in het bijzonder met deze wet, want het gaat goed. Het point of no return is pas bereikt als ik voorbij de Eerste Kamer ben. Daar staat mij nog een stevig debat te wachten, waar ook nog vele vragen zullen moeten worden beantwoord. Niettemin heb ik er veel vertrouwen in dat het een vruchtbaar debat zal blijken te zijn.

Bovendien wil ik vaststellen dat er van de kant van het ministerie nog op geen enkele manier vertraging is geweest. Ik heb u mei vorig jaar voor het hoofdlijnen debat een tijdschema doen toekomen en alle punten waaraan het ministerie moest voldoen zijn op tijd volbracht. Ook de Tweede Kamer heeft fantastisch meegewerkt en dat heeft ertoe geleid dat de wet in december jongstleden naar de Eerste Kamer is gegaan, waar hij nog steeds ligt. Als de Eerste Kamer de wet in juni aanstaande behandelt, heeft men er zes maanden op kunnen studeren met waarschijnlijk twee schriftelijke rondes. Er is geen sprake van dat deze wet door de Staten-Generaal is «gejast». De Tweede Kamer heeft weliswaar de wet zelve

alleen in het najaar kunnen zien, maar wij hebben al in het voorjaar een hoofdlijnen debat gevoerd. Wij zijn er dus samen heel lang mee bezig geweest en wij zijn er nog steeds mee bezig. Het gebeurt allemaal zeer zorgvuldig. Alles loopt volgens schema.

De enige vooruitschuiving die ik voorstel betreft de invoering van de verplaatsing van het tweede compartiment van de GGZ en het iets opschuiven van de aanbidding van verzekeringen door de verzekeraars aan de klanten. Dat is door het veld zelf verzocht. Daar heb ik mee ingestemd omdat dit mij voor een zorgvuldige invoering van de wet heel belangrijk leek. De zorgverzekeraars in Nederland hebben niet zomaar gezegd: wij hebben al zo veel geïnvesteerd, nu moeten wij wel. Men heeft een buitengewoon diepgaande audit laten verrichten naar de stand van zaken bij de verschillende verzekeraars en is tot de conclusie gekomen dat het kan, al is het hard werken. Wat dat betreft is voor de zorgverzekeraars de knop helemaal om en hebben zij hun point of no return bereikt. Men gaat ervoor. Ik ken ze inmiddels goed genoeg. Als men dat zegt, gebeurt het. Ik heb er heel veel vertrouwen in dat wij dit proces op een ordelijke manier gaan voltooien. Ik weet ook zeker dat er nog wel eens problemen zullen ontstaan.

Dat is onvermijdelijk met dit soort enorme administratieve ingrepen, maar ik weet tevens dat wij alle partijen continu aan tafel hebben. Wij hebben driewekelijks overleg met de zorgverzekeraars en alle ZBO's die met deze grote hervorming te maken hebben. Het tempo van die vergaderingen zal in de komende maanden nog wel verder worden verhoogd. Ik zit niet te werken aan contingency planning voor het geval het fout gaat. Ik werk gewoon aan invoering van de wet en de contingency die ik altijd heb, is dat de oude wet nog bestaat. Het gaat goed en wij gaan er hard mee aan het werk, samen met alle betrokkenen in het veld, inclusief de patiëntenverenigingen, om dit tot een succes te maken. Kortom, ik zie het zitten.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Deze minister ziet het zitten. Het is overigens het kabinet dat als de dood is voor 1 januari 2007, want werkelijk alle wetten: de nieuwe WAO, VUT/prepensioen... Er is een hele trits wetten die allemaal op 1 januari 2006 moeten worden ingevoerd. Wij zullen nog wel zien welke er sneuvelt, maar een gaat er sneuvelen. Ik denk overigens dat het niet de Zorgverzekeringswet zal zijn. De vraag is niet of wij het allemaal zien zitten, want vanuit de Tweede Kamer wordt hard meegewerkt, maar of de burger het ziet zitten. Die krijgt al tijden te horen dat er op 1 januari een nieuwe ziektekostenwet komt, maar zijn offerte krijgt hij pas een paar dagen voor Kerstmis. Dat is toch een heel rare gang van zaken. Wat vindt u daarvan?

Minister **Hoogervorst**: Daar kom ik nu over te spreken. Om de overgang naar het nieuwe systeem voor de verzekerde te vergemakkelijken heeft ZN een gedragslijn afgesproken die erop neerkomt dat de verzekerde een non-select, integraal aanbod ontvangt voor de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering dat zo goed mogelijk aansluit bij de huidige dekking. Die afspraak is nog steeds van kracht en zal dat blijven, zeg ik tegen mevrouw Smilde. De verzekeringsplichtige krijgt dus ook een aanbod voor aanvullende verzekering indien de dekking van zijn huidige verzekering uitgaat boven de dekking van ZVW-polis.

Het is waar dat de uiterlijke aanboddatum – want ik vermoed dat veel verzekeraars ook hun eigen onzekerheid zo kort mogelijk willen houden – is opgeschoven naar half december, maar wij hebben tegelijkertijd de datum waarop men nog kan veranderen van verzekeraar, dus een finale keuze kan doen, met twee maanden opgeschoven, zodat de totale periode waarin de burger kan kiezen eigenlijk is vergroot van vier maanden naar vier en halve maand, van half december tot 1 mei. Ik had het liever eerder gewild en de verzekeraars eveneens, maar men krijgt hierdoor ietsje meer

lucht en dat gaat in ieder geval niet ten koste van de totale periode waarin de burgers hun keuze kunnen maken.

Ik weet dat ZN nadenkt over de mogelijkheid dat men als het ware al stilzwijgend, als men niet reageert op een bepaald aanbod voor een bepaalde datum, instemt met het ingaan van de nieuwe verzekering. Dat zou voordelen kunnen hebben voor de burger omdat die dan niet in een gat valt en niet ongewild onverzekerd dreigt te worden. Het heeft tevens grote administratieve voordelen voor de verzekeraars. ZN bekijkt nu samen met ons wat de huidige mogelijkheden daarvoor zijn, of er wettelijke blokkades bestaan en of er wellicht iets in de I- en A-wet moet worden geregeld. Als die wet bij u komt, zult u zien of dat nodig is. Wanneer een verzekerde in de periode van vier en halve maand kiest voor een andere verzekeraar hoe zit het dan met de kosten die in de tussenliggende periode zijn gemaakt? Zowel de premielasten als de kosten die worden gemaakt, moeten ten laste komen van de nieuwe verzekeraar. ZN beziet hoe dat administratief zo makkelijk mogelijk kan worden geregeld.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik ben blij met die toezegging en neem aan dat dit voor zowel voor de standaardverzekering als de aanvullende geldt.

Minister **Hoogervorst**: Ja. De verzekeraar doet een aanbod dat twee maanden geldt. Stel dat dit aanbod op 16 december wordt gedaan, dan zou het half februari kunnen aflopen. Wij kijken er overigens nog wel naar of het niet handiger zou zijn als dat voor alle verzekeraars bijvoorbeeld 1 maart wordt. In die periode moet men aangeven of men weg wil. In dat geval heeft men nog eens twee maanden de tijd om voor een nieuwe verzekeraar te kiezen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Voor dat gedeelte geldt ook de gedragscode voor de aanvullende verzekering van het non-select overnemen?

Minister **Hoogervorst**: Ja. Voor de periode van het aanbod geldt de gedragscode.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dit wordt natuurlijk een ongelooflijk gedoe, want die aanbiedingen komen van half november tot en met half december binnen. Dan schuift de datum ook steeds door. Kunnen wij niet afspreken dat het overstapmoment tot 1 maart kan plaatsvinden? Dat is een heel praktische oplossing tegen chaos.

Minister **Hoogervorst**: Ik vermoed dat dat voor alle betrokkenen het beste is. Daar wil ik «met een positieve grondhouding» met ZN over praten.

Wij zien dat de onverzekerdenproblematiek in de loop van de tijd is toegenomen, los van deze verandering van de verzekeringswet. Er is op zichzelf geen enkele reden om aan te nemen dat er per 1 januari opeens een toename van het aantal onverzekerden zal zijn. Dat verwachten de verzekeraars net zomin, gezien het feit dat er heel veel voorlichting zal komen en dat alle verzekerden een aanbod krijgen van hun huidige verzekeraar. Daarom denk ik dat wij met de huidige voorzieningen: het Koppelingsfonds en de CTG-beleidsregel Dubieuze Debiteuren, nog wel vooruit kunnen. Ik heb u al eerder toegezegd dat ik van plan ben samen met de verzekeraars goed te monitoren hoe dat zich in de komende tijd ontwikkelt, zodat wij tijdig kunnen bijsturen als daar redenen voor zijn. Daarbij betreft ik tevens de opmerking van mevrouw Schippers die vraagt of door de invoering van DBC-financiering de ziekenhuizen een steeds groter risico lopen. Voorlopig is in ieder geval nog steeds 90% van het budget gegarandeerd. Daardoor is het nog geen groot probleem, maar ik denk dat wij ook de ontwikkeling van DBC's in het monitortraject moeten meenemen. Dat zeg ik toe.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister zei dat er geen reden is aan te nemen dat er meer onverzekerden zullen zijn. Volgens mij zijn er twee redenen om dat wel te verwachten. Een is dat er recentelijk al een enorme groei van het aantal onverzekerden is, van ongeveer 100 000 naar 230 000. De tweede reden is dat mensen nu nog automatisch in het ziekenfonds zijn opgenomen als zij al in de sociale zekerheidsvoorziening zitten. Dat is straks niet meer zo. Daarom moet u zich ook buigen over de vraag: hoe zorg ik dat mensen verzekerd zijn?

Minister **Hoogervorst**: Wat dat betreft deed de heer Heemskerk de suggestie dat men het bij de Sociale Dienst zo zou moeten kunnen regelen dat bijvoorbeeld de zorgtoeslag wordt ingehouden en meteen een betalingsregeling wordt getroffen met de zorgverzekeraars. Dat behoort tot de mogelijkheden. Er zijn dus wel methodes om aan dit probleem het een en ander te doen. Wij zien in de afgelopen jaren al dat het aantal onverzekerden los van de invoering van de Zorgverzekeringswet is toegenomen. Het lijkt een maatschappelijke tendens te zijn. Ik ben graag bereid dat goed in de gaten te blijven houden.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U hebt het nu alleen maar over het behoud. Als mensen al verzekerd zijn, kan de Sociale Dienst misschien zorgen dat zij verzekerd blijven, maar dan gaat het niet over dat mensen zich soms niet verzekeren en daarvoor wellicht teveel in de war zijn.

Minister **Hoogervorst**: Dat is nu al de kern van de onverzekerden.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Nu zit iemand met een bijstanduitkering in het ziekenfonds en straks is dat niet meer het geval. Dat is toch een enorm verschil?

Minister **Hoogervorst**: Als die mensen eenmaal in het zorgcircuit komen en bij de Sociale Dienst lopen, worden zij daar ondergebracht en gaat de Sociale Dienst dat voor hen regelen. Dat is ook de huidige praktijk.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Er is nu geen verzekeringsplicht. Dat is een groot verschil met straks. Dan is die er wel.

Minister **Hoogervorst**: Er zijn mensen met zo'n riant inkomen dat zij het niet nodig achten zich te verzekeren. Dat is vermoedelijk nog een behoorlijk aantal, maar de problematische gevallen zitten in de sfeer van dak- en thuislozen. Die groep groeit niet van dit jaar op volgend jaar zodanig dat de niet-verzekerdenproblematiek heel snel zal toenemen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat gaat u monitoren. Dak- en thuislozen hebben in het algemeen geen la waarin zij hun papieren doen. Hoe lossen wij dat probleem nou op?

Minister **Hoogervorst**: Ik zei al dat het in het algemeen via de Sociale Dienst zal moeten lopen. Overigens zijn dat dus mensen die nu ook al tussen wal en schip vallen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het is niet verboden problemen uit het verleden op te lossen. Daar is niets op tegen.

Minister **Hoogervorst**: Ik zeg dat het niet plausibel is dat dit probleem door deze wet opeens gaat exploderen. Wij hebben daar nu regelingen voor. Die kunnen nog wel even mee en wij gaan het probleem in de gaten houden.

Mevrouw Schippers heeft nog gevraagd naar de verschillende data. 1 juni moet er in ieder geval materieel duidelijkheid over het pakket zijn. Het zou

best kunnen dat publicatie in het Staatsblad iets later plaatsvindt, maar de zorgverzekeraars moeten dan wel weten wat het gaat worden. Per 15 september zullen de eisen ten aanzien van de gegevensuitwisseling in het kader van de verevening bekend moeten zijn en daar zullen wij voor moeten zorgen omdat die van groot belang zijn voor de premiestelling door de verzekeraars.

Mevrouw Schippers heeft tevens gevraagd of ik naast de verzekeraars ook de aanbieders wil betrekken bij de invoering. Dat is de bedoeling. Het is u niet ontgaan dat ik met de huisartsen al een heel intensief overleg heb gehad en met de GGZ-aanbieders wordt ook al geruime tijd intensief overlegd. Wij hebben in het algemeen een goed contact met de brancheorganisaties.

Over de kwestie van de privacy rond CVZ en de risicoverevening heb ik gisteren een brief gestuurd die u klaarblijkelijk vanochtend heeft ontvangen. Daarbij is het misverstand tussen het CPB en het ministerie gerezen dat het CPB kennelijk in de veronderstelling verkeerde dat CVZ gegevens tot op de persoon zou kunnen herleiden. Dat is niet het geval. Men krijgt wel gegevens op sofi-nummers, straks het burgerservicenummer, maar men mag dat nummer niet herleiden op persoonsgegevens. Daar zit een Chinese muur tussen. Wat dat betreft wordt de privacy gehandhaafd. Waarom is dat sofi-nummer nodig waardoor anders dan nu elektronische gegevensuitwisseling uitgangspunt is? Wij hebben het nodig in verband met de automatisering van het hele proces. Ik heb het CBF uitgenodigd om bij de verdere uitwerking van de regelgeving in dezen met ons mee te kijken en ik heb er vertrouwen in dat dit goed zal gebeuren. Men zal dus niet tot op de persoon gaan kijken.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Die brief heb ik gelezen, maar het CPB stelt dat dit in het huidige vereveningssysteem niet gebeurt en in de nieuwe voorstellen wel. Zit daar een verschil in?

Minister **Hoogervorst**: Niet wezenlijk.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Waarom is het zo erg dat CVZ over persoonsgegevens beschikt? Dat is een keurige overheidsinstantie. Dat vind ik niet zo heel erg.

Minister **Hoogervorst**: Dat was ook mijn eerste vraag.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het is veel erger dat de verzekeraars die gegevens hebben.

Minister **Hoogervorst**: Die opmerking kan ik bevestigend beantwoorden. Daar kom ik straks nog even op terug. Overigens is er altijd voorzorg nodig, want overheidsinstanties kunnen eveneens rare dingen doen. Dat weten wij uit het verleden. Daar dienen geen gegevens nodeloos te worden opgehoopt als dat is te vermijden. Dat moet altijd het streven zijn, maar ik ben het ermee eens dat CVZ een keurige instelling is. Aangaande de MOOZ-heffing heb ik goed nieuws, want die zou eigenlijk na moeten ijlen in 2006. Wij hebben besloten dat niet te doen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Hoe wordt die afgefinancierd?

Minister **Hoogervorst**: Daar gaat de heer Zalm over. Het betekent dat er bij de afwikkeling van de Ziekenfondswet een wat groter gat in zit dan anders het geval zou zijn geweest. Om dat de particulier verzekerden niet meer bestaan in 2006 vonden wij het een ondoenlijke zaak om die premie na te heffen.

Dan de gefaseerde invoering van de knip in de GGZ. Dat is een gezamenlijk verzoek geweest, zeg ik tegen de heer Heemskerk, van verzekeraars en

GGZ. Voor de zorgverzekeraars is duidelijk dat er administratief ongelooflijk veel op hen af komt met de invoering van de nieuwe wet. Zij konden dit er niet bij hebben, temeer daar de kern van de zaak is dat men in deze sector, dat geldt ook voor de zorgverzekeraars, nog geen ervaring heeft met het individueel declareren op grond van DBC's. Dat is een moeilijk administratief proces waar wij volgend jaar mee gaan oefenen. De GGZ had het misschien met een enorme krachtsinspanning nog wel aangedurfd, maar ik zag op de gezichten van de GGZ-vertegenwoordigers wel enige opluchting toen wij afspraken om het nog een jaartje uit te stellen. Dat is eigenlijk de belangrijkste achtergrond, maar wij hebben er tegelijkertijd voor gekozen het invoeringstraject zo te doen dat het voor de hele buitenwereld duidelijk is dat dit gaat gebeuren in 2007. Vandaar de opname in het besluit en de verwerking in de premiestructuur. Mevrouw Schippers vroeg waarom dat stukje AWBZ wordt gefinancierd via de Zorgverzekeringswet. Dat is gedaan om twee belangrijke redenen. De eerste was dat het voor opname van de GGZ in de Zorgverzekeringswet belangrijk is een premie-evenwicht te krijgen tussen werkgevers en werknemers. De werkgevers gaan een stukje meebetalen aan de AWBZ. Dat doen zij nu niet. Maar het allerbelangrijkste is wat mij betreft dat ik niet wens dat de verzekerden in 2006 een grote verandering krijgen in hun premiestructuur en in 2007 nog een keer een grote verandering moeten mee maken in hun premiestructuur. Laten wij het dan maar in een keer doen en de GGZ erin laten groeien in 2007. Dat geeft een vloeiend overgangsproces. Ik denk dat dit voor iedereen beter is.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het voert misschien te ver om dat nu heel precies te vragen, maar ik zou toch wel eens op schrift willen zien hoe dat financieel loopt. Wij hebben een substantiële hoeveelheid brieven gekregen over de vraag hoe de financiële stromen van de AWBZ in die premies lopen.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben bereid dat schriftelijk te doen nakomen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Wij hebben de brief al gekregen en afgesproken dat wij daarover een aantal schriftelijke vragen indienen. Daar kunnen wij dit in meenemen, want er zit een aantal inkomenseffecten in.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben tot alles bereid, maar in het redelijke natuurlijk. Wij zitten wel met behoorlijke tijdschema's, maar deze kwestie zal ik u graag schriftelijk nader expliceren. Mevrouw Schippers heeft ook gevraagd of dit betekent dat de GGZ alleen in 2006 een dubbele administratie heeft. Het antwoord is volgens mij: ja. Voor de PGB's is volgend jaar niets aan de hand gezien het feit dat wij pas in 2007 de knip gaan maken. CVZ heeft onderzoek gedaan en ik heb u toegezegd rond de I- en A-wet nog een brief te sturen. Dat zal ik doen. De heer Omtzigt heeft gevraagd naar de positie van alimentatiegerechtigden. Voor de bestaande alimentatiegerechtigden hebben wij een nultarief voor de inkomensafhankelijke heffing gecontinueerd en die zullen er dus niet onder leiden.

De heer **Omtzigt** (CDA): Als bij een nieuw geval twee personen op dit moment samenwonen – en laten wij van een kostwinnerssituatie uitgaan, want dat levert vaak een alimentatiebetaling op – dan wordt er eenmaal over het gezinsinkomen een werkgeversbijdrage betaald. Als ze straks onverhoopt scheiden, betaalt de kostwinner dus alimentatie aan de ander en over dat inkomen is al een werkgeversbijdrage geheven. Hoe komt het dan dat er een dubbele werkgeversbijdrage is? Dat komt niet voor in de WW- of in de WAO-premie, en ook niet in de ANW-premie. Als u deze redenering consequent zou doorvoeren, zou u ook over andere overheve-

lingsbijdragen een werkgeversbijdrage moeten gaan invoeren. Ik hoop van harte dat u dat niet van plan bent.

**Minister Hoogervorst:** Ik denk dat het niet correct is wat de heer Omtzigt zegt. Als u bijvoorbeeld uit uw eigen inkomen, waarover de heffing is geheven, een tuinman in dienst neemt, dan moet die tuinman over zijn inkomen de heffing betalen. Dat noemen wij geen dubbele heffing. Als mensen gaan scheiden is er geen familierelatie meer en de situatie is dan niet wezenlijk anders. In de Ziekenfondswet gebeurt het nu ook op deze manier. De systematiek die wij volgen in de nieuwe wet is identiek aan de huidige gang van zaken. Wel zullen wij voor de bestaande gevallen een nultarief in rekening brengen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. In de huidige Ziekenfondswet betaalt men geen werkgeversbijdrage ziekenfonds over ontvangen alimentatie. In de particuliere premie betaalt men ook geen werkgeversbijdrage voor de ex-echtgenoot of voor zichzelf. De vergelijking met een tuinman gaat mank, omdat die in dienst is, en de ex-echtgenoot is een overheveling. Daarom mag de alimentatie van de belasting worden afgetrokken, en het loon voor de tuinman niet. En nog een stap verder denkend: het zou betekenen dat het op 1 januari 2027 veel uitmaakt of iemand voor 1 januari 2006 gescheiden was. Ik zie aan deze oplossing veel haken en ogen zitten.

**Minister Hoogervorst:** Ik denk dat het goed is als ik dit schriftelijk nog eens uitleg. Maar op zich is dit wel het principe van deze regeling. Wij hebben dit in de zorgverzekeringswet met elkaar afgesproken.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik wacht de brief af, maar hierover staat niets in de zorgverzekeringswet.

**Minister Hoogervorst:** Dat zullen wij nog even nagaan.

De heer Van Heemskerk heeft gevraagd naar de keuze-informatie rond de verzekeringen in verband met het opschuiven van de datum. Die informatie zal in elk geval gelijktijdig beschikbaar moeten komen. Wij kunnen die informatie pas verstrekken als de informatie van de verzekeraars er is. Wij zullen echter niet wachten tot de laatste verzekeraar met zijn premies over de brug komt voordat wij de informatie op de website kiesBeter.nl zetten.

Dan de vraag hoe wij omgaan met de reservevereiste. Het goede nieuws is dat de meeste zorgverzekeraars, dankzij de beheerste groei van de zorgkosten in de afgelopen anderhalf jaar, er een stuk beter voorstaan dan een jaar terug. Wij verwachten dat de grote meerderheid van de zorgverzekeraars zonder meer zal voldoen aan de solvabiliteitseisen. In de I&A-wet is geregeld dat men van rechtswege toegang kan krijgen tot het nieuwe zorgverzekeringstelsel. Maar dat betekent niet dat men met een deplorabele financiële situatie kan blijven aanmodderen in de Zorgverzekeringswet. Een zorgverzekeraar zal in dat geval meteen onder verscherpt toezicht komen te staan van De Nederlandsche Bank. Men krijgt ook niet tot het oneindige de tijd om de zaak te repareren. Maar ik denk dat zelfs zonder die bepaling van rechtswege, verreweg de meeste zorgverzekeraars het op eigen kracht zullen rooien. Voor de overige geldt een overgangstermijn van één jaar.

De heer **Omtzigt** (CDA): U zegt dat er een overgangstermijn van één jaar is. Kunnen verzekeraars die nog geen voldoende reserve hebben, en toch een positief resultaat houden in het eerste jaar, in het tweede jaar gewoon zorgverzekeraar blijven? Of moeten ze dan worden overgenomen?

**Minister Hoogervorst:** Men kan ook nog op andere manieren de solvabiliteit aansterken, bijvoorbeeld met achtergestelde leningen of met



kapitaalinjecties. Ik denk niet dat men zomaar de stop eruit zal trekken. Ik ga ervan uit dat het een academisch probleem is. Maar waar men niet aan de eisen kan voldoen, zullen er toch consequenties moeten zijn. Daarom zeg ik: wij geven voor de start van het nieuwe systeem een zetje mee, maar dat is van korte duur en De Nederlandsche Bank zal er stevig bovenop zitten. Als de verzekeraar het uiteindelijk niet redt, zullen de verzekerden een ander heenkomen moeten zoeken. Maar ik verwacht dat het allemaal ordentelijk zal verlopen.

Met het risicovereveningssysteem hebben wij gelukkig veel ervaring. Het is het meest sophisticated risicovereveningssysteem van de wereld, maar het heeft nog enige lacunes en daaraan wordt gewerkt. Ik heb verleden week tijdens een speech aangegeven dat ik van plan ben om nog een aantal categorieën toe te voegen aan de kostenvereveningssystematiek. De belangrijkste daarvan is de diabetes mellitus type II. Ik denk dat daarmee een aantal problemen van verzekeraars in de grote steden verholpen zullen zijn. Overigens komen de grote steden er niet allemaal slecht uit; in Den Haag wordt klaarblijkelijk verlies geleden, maar in Utrecht slaat het negatieve resultaat om in een positief resultaat door toepassing van het regiocriterium. In Amsterdam en Rotterdam komen vergoedingen en kosten globaal met elkaar overeen. De problematiek in Den Haag wordt goed aangepakt met de inclusie van diabetes II, omdat Den Haag een grote Hindoestaanse bevolking heeft en een groot percentage daarvan heeft diabetes.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat is mooi maar het is niet genoeg, want volgens het onderzoek in opdracht van het NPCF valt een derde van de verzekerden onder «berekenbaar slecht risico». Men kan dat vermijden door uit te rekenen om wie het gaat.

Minister **Hoogervorst**: Dat geldt voor een aantal vereveningen die nog in het systeem zitten. Dus dat is ex ante, en niet ex post. Er zit een nacalculatie in het systeem, als die wordt toegepast zijn veel van de problemen weg. Dat is het verwarrende van het rapport, maar zo is het dus wel. Het probleem is veel minder groot dan je op het eerste gezicht zou zeggen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat is wat anders. Het gaat erom dat men van tevoren mensen kan uitsluiten, omdat op basis van allerlei statistieken bekend is dat deze mensen onder «berekenbaar slecht risico» vallen. Met name in de aanvullende verzekering zullen mensen worden uitgesloten. In het onderzoek wordt geschetst hoe dat zal gaan, kort gezegd door wegpesten. Met ex post kan men zaken rechtek trekken, maar dat doet niets af aan de risicoselectie die door de ex ante tot stand kan komen. Het helpt maar een beetje om diabetes in het systeem op te nemen.

Minister **Hoogervorst**: Voorzover wij ex ante weten waar de problemen zitten, zit bijna alles nu in het systeem. De overige problemen resulteren vaak ex post. Een verzekeraar kan om twee redenen niet voorzien wat het systeem uiteindelijk brengt, of hoe hij het systeem zou kunnen bespelen: ten eerste zit er nog nacalculatie in het systeem dat veel van de problemen oplost, ten tweede weet hij ook niet waar het systeem naar toe zal gaan. Ook dit jaar wordt het weer aangepast en zullen problemen worden bekeken. Er zitten al heel wat aandoeningen in de vereveningen. Het is voor de verzekeraar moeilijk om van tevoren te zien welke verzekerden geld gaan kosten. De verzekeraar zal daarom niet in staat zijn om verzekerden te weigeren. Het idee dat hij doelbewust het zorgaanbod gaat verslechteren om bepaalde groepen buiten de deur te houden, is bespotelijk. Neem Agis in Amsterdam, deze zorgverzekeraar heeft veel chronisch zieken en diabetespatiënten in zijn bestand. Als deze zorgverzekeraar doelbewust slechtere diabeteszorg zou gaan verlenen, komt er wel

een andere die wel goede diabeteszorg biedt. In de praktijk blijkt dat Agis zich juist toelegt op goede diabeteszorg, omdat Agis zoveel cliënten heeft met die ziekte. Behalve dat Agis goede kwaliteit van zorg wil verlenen, gaat het bedrijf er geld mee verdienen als het een goed zorgaanbod levert.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik geloof dat de minister in sprookjesland leeft. Het gaat om de kleine groepen met grote risico's. Het gaat niet om de zorg die een groot deel van de bevolking nodig heeft, want die groep willen verzekeraars best aan zich binden. Het onderzoek heeft aangetoond dat via een vragenlijst die moet worden ingevuld, grote risico's bij de verzekeraar bekend zijn. De verzekeraar kan dan besluiten om bepaalde zorg minder goed aan te bieden, of bepaalde groepen minder goede service te bieden. Op die manier kunnen verzekeraars selecteren. Dat is wel degelijk een groot risico. De minister zegt: wij hebben nog de nacalculatie, maar die wil de minister toch afbouwen? U moet niet net doen alsof u die niet wilt afbouwen. De zorgverzekeraars weten heel goed dat het de bedoeling is dat het systeem van nacalculatie wordt afgebouwd, en daar anticiperen zij op.

Minister **Hoogervorst**: Dat doe je alleen maar naarmate de ex-antesystematiek beter wordt, zodat het totaal niet verslechtert. Het rapport van de NPCF vind ik een nuttige studie. Men heeft een meldpunt opgezet, en daar ben ik voor. Maar kijk nu eens naar de nuchtere feiten: er staan ongeveer zevenhonderd klachten in het rapport op een verzekerde bevolking van 15 miljoen mensen. Dat zijn er nog zevenhonderd te veel, maar het zijn geen aantallen waar je van gaat stuiten, althans ik vind het te overzien. Bovendien kwam het merendeel van de klachten van mensen uit de particuliere sfeer, waar risicoselectie is toegestaan. Particuliere verzekeraars zijn daar op toegesneden. Natuurlijk moet men altijd attent blijven op dit soort problemen, maar het is geen omvangrijke problematiek. Het idee dat verzekeraars het risicovereveningssysteem kunnen verslaan, is illusoir.

Mevrouw **Kant** (SP): Mag ik dan vragen of u de nacalculatie niet eerder afbouwt voordat het vereveningssysteem is verbeterd? Gaat dit gelijk op? De nacalculatie mag niet eerder worden afgebouwd voordat er zicht op is dat de verevening risicoselectie tegengaat.

Minister **Hoogervorst**: Dat is inderdaad mijn wens.

De heer Omtzigt heeft gevraagd wanneer ik met de hoge kostenverevening van 100% naar 80% ga. Het is nu geen 100%, het is 90%. Ik ga pas weer lager zitten als ik het idee heb dat het systeem steady genoeg is om het bestendig te maken.

Ik beloof u dat ik op de vragen over zeldzame aandoeningen terugkom bij de I&A-wet.

Alle besluiten die ten grondslag liggen aan de uitvoering van de risicoverevening slaan neer in een jaarlijkse ministeriële regeling. Die zal ik zoals gebruikelijk aan de Tweede Kamer ter beschikking stellen.

De heer Omtzigt wees erop dat art. 3.15 het CVZ macht geeft om bij wijze van spreken 15 miljard neer te leggen bij een willekeurige zorgverzekeraar. Dat zal deze keurige overheidsinstelling natuurlijk nooit doen. Het artikel doelt op het volgende: indien op 1 september a.s. nog niet alle informatie van voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars beschikbaar is, en wanneer de informatie van deze verzekeraars nog van onvoldoende kwaliteit is voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage, dan is CVZ bevoegd om een schatting te maken van de ontbrekende gegevens. Het is dus een soort aanvullende bevoegdheid die men heeft. Het CVZ zal haar werkwijze voor de schatting moeten toelichten aan de betreffende verzekeraars.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat staat in art. 3.15 lid 1. In art. 3.15 lid 2 staat echter dat bij een onbillijke uitkomst het CVZ zelf een andere basis kiest. Ik begrijp goed dat het CVZ de witte vlekken wil opvullen als de informatie niet voldoende is. Maar ik vind het onjuist dat het CVZ zelf een alternatieve basis mag kiezen, zonder dat daar een tegenmacht tegenover staat: ofwel een beroepsmogelijkheid, ofwel een minister die daar persoonlijk de verantwoordelijkheid voor neemt.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal nagaan of de teksten evenwichtig genoeg zijn geformuleerd. Ik maak graag gebruik van de suggestie van de heer Omtzigt.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat betekent dat u wellicht een aanpassing gaat doen in de AMvB, misschien bouwt u er een beroepsmogelijkheid in, ik noem maar wat. Wat betekent deze toezegging nu exact?

Minister **Hoogervorst**: Dat weet ik nog niet. Ik moet er wel voor zorgen dat de procedures niet onnodig worden vertraagd. Dan de kwestie wat er in dit besluit qua zorg allemaal is geregeld en hoe zich dat verhoudt tot de huidige praktijk. Ik heb steeds gezegd: wat nu grosso modo in het ziekenfondspakket zit, zal ook in de Zorgverzekeringswet komen. Alleen al het gebrek aan tijd zou het moeilijk maken om er grote veranderingen in aan te brengen. Wat in elk geval niet verschilt, zijn de definities van wat gebruikelijke zorg is en waar de verzekerde redelijkerwijs recht op heeft. Alle mechanismen die wij daarvoor hadden, blijven ook in de toekomst bestaan. Het wordt een stuk gemakkelijker om van zorgverzekeraar te wisselen dan van woning te wisselen. De tucht van de markt zal voor zorgverzekeraars vele malen groter zijn dan in de woningmarkt. De verzekeraar kan «verkassen» als de verzekerde ontevreden is met de zorgverzekeraar, in de wetenschap dat de andere zorgverzekeraar verplicht zal zijn hem te accepteren. Daarnaast blijven de gebruikelijke waarborgen rond gebruikelijke zorg bestaan. Wat verschilt, is dat er in plaats van een heel precieze beschrijving van wat huisartsenzorg is, een functioneel omschreven zorg komt. Dat is niet gedaan om de mensen het leven zuur te maken. De zorgverzekeraar zal nauwlettend in zijn polis moeten omschrijven wat hij onder het een en ander verstaat. De zorgpolis moet aan het CTZ worden voorgelegd en goedgekeurd. Dus het is niet zo dat men willekeurig de wet kan interpreteren. Wat wij hopen te bereiken, is dat er substitutie gaat plaatsvinden, met name tussen de tweede lijn en de eerste lijn. Handelingen die nu overwegend door specialisten worden gedaan, kunnen wellicht worden overgenomen door huisartsen. Een voorbeeld is de diabeteszorg. Ik zie dat al in het gehele land gebeuren, en ik wil het extra stimuleren. Daar is de nieuwe omschrijving van de zorg voor bedoeld.

We verzekeren niet alles wat met de zorg te maken heeft. Daar waar beperkingen aan het pakket zijn aangebracht, zijn wij preciezer in de omschrijving van de zorg die wel en niet verzekerd is. Een voorbeeld is de fysiotherapie, die zit alleen nog voor de chronisch zieken in het verzekerde pakket. Een aantal zaken die speciaal voor chronisch zieken zijn, wordt limitatief opgesomd. Dat is de reden waarom wij aan de ene kant heel generiek zijn, en op verschillende onderdelen zijn genoodzaakt om heel precies te zijn.

Mevrouw **Kant** (SP): Het stelt mij niet gerust wat u zegt. U zegt: wij willen bepaalde zorg van de tweede naar de eerste lijn brengen, en daarom doen wij het functiegericht. Volgens mij is dat onzin. Als je dat anders zou willen regelen, kan dat ook in de vorm van het huidige pakket. Maar waar ik me zorgen over maak, is dat u zegt: het wordt specifiek in de zorgpolissen geregeld, en die moeten vervolgens door het CTZ worden goedgekeurd. Dan krijg je toch wel degelijk verschillen. Wij weten niet van

tevorens hoe het CTZ die polissen gaat beoordelen. Ik wil van u vandaag de garantie dat waar mensen op basis van het ziekenfondspakket nu voor zijn verzekerd, ook in de zorgverzekering voor zijn verzekerd. Dat moet de toets zijn die het CTZ toepast. Mensen mogen er ten opzichte van de huidige situatie niet op achteruitgaan. Ik wil de garantie dat dit bij een zorgverzekering niet kan gebeuren. Een zorgverzekeraar mag geen andere normen gaan stellen.

**Minister Hoogervorst:** Als de polis niet voldoet aan de zorgverzekering, krijgt de zorgverzekeraar geen geld uit het zorgverzekeringsfonds.

**Mevrouw Kant (SP):** Op basis waarvan wordt dat getoetst? Kan het zo zijn dat iemand nu ergens recht op heeft vanuit het ziekenfonds, en dat dit volgend jaar bij een bepaalde zorgpolis niet meer het geval is?

**Minister Hoogervorst:** We hebben een sluitend toezicht in het nieuwe systeem. Het CTZ toetst of de polis voldoet aan de wet en de wet regelt het hetzelfde als de Ziekenfondswet, maar op een iets andere manier om de redenen die ik u zonet heb uitgelegd om substitutie te bevorderen. Dan kan het nog altijd zo zijn dat er tussen patiënt en verzekeraar een geschil gaat bestaan over verzekerde rechten. Dat is nu ook vaak het geval. Men kan dat geschil voorleggen aan de geschillencommissie. ZN is momenteel bezig die op te richten. Men wil ook patiëntenorganisaties in het bestuur opnemen van de geschillencommissie. Daarnaast is er nog de link met het CVZ.

**Mevrouw Kant (SP):** Dan komen wij tot de kern van het probleem: het wordt getoetst aan wat er nu in het besluit zit, maar dat besluit is anders dan het pakket. In het pakket staat het functioneel omschreven. Waar ik me zorgen over maak, is dat die functionele omschrijving ruimte biedt voor verschraling.

**Minister Hoogervorst:** De aanspraak verandert niet. Het enige wat kan veranderen is de wijze van levering. En dat is goed, want wij willen beweging in de zaak. Het zou kunnen zijn dat een verzekerde in Den Haag een traditionele zorgverzekeraar heeft en voor zijn diabetes vaak naar de huisarts en naar de internist moet. Een verzekerde in Amsterdam ziet zijn internist misschien een keer in het begin, en verder alleen als het gecompliceerd wordt. Voor de rest is hij in handen van de huisarts en een diabetesverpleegkundige. De patiënt in Amsterdam kan vaker naar een zorgverlener, en krijgt met lagere kosten een betere zorg. Dat verschil kan ontstaan, en mijn hoop is dat de zorgverzekeraar die het goed organiseert met de zorgaanbieders, een concurrentievoorsprong krijgt en beweging in de zaak brengt.

**Mevrouw Kant (SP):** U komt met een voorbeeld dat iedereen als positief zal ervaren. Maar ik kan ook voorbeelden bedenken waarbij een zorgverzekeraar het op een manier invult die niet positief is voor de patiënt en waarbij het ten koste gaat van de kwaliteit. Daar maak ik me zorgen over.

**Minister Hoogervorst:** Dat wordt door de behandelaars bepaald. Het zal in elk geval niet zo kunnen zijn dat een iemand met diabetes uitsluitend wordt geholpen door een verpleegkundige. Het zal altijd onder goede supervisie en in samenhang met huisartsenzorg moeten gebeuren.

**Mevrouw Tonkens (GroenLinks):** U zegt hiermee dat het pakket zoals het nu bestaat de toets blijft, en dat hetzelfde zal worden geleverd. Dan blijft nog staan hoe en door wie het wordt geleverd.

Minister **Hoogervorst**: Daar zijn twee additionele waarborgen voor. Ten eerste is er de kwaliteitswet die geldt voor instellingen. Ten tweede is er de Wet BIG. We moeten nog kijken naar deze wet in het kader van de functiedifferentiatie. De wet BIG biedt een stevige kwaliteitsgarantie, want die bepaalt wat de voorbehouden handelingen zijn van artsen en medewerkers. Deze wet zorgt ervoor dat kwakzalvers of mensen die onvoldoende gediplomeerd zijn, het systeem niet kunnen binnendringen. Er zijn tal van waarborgen die ervoor moeten zorgen dat men niet in de handen komt van laaggekwalificeerd personeel.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Nu staat er de vage omschrijving in dat verzekeren recht hebben op zorg, zoals huisartsen, medisch specialisten en anderen die plegen te bieden. En daarmee is duidelijk een opening gemaakt dat ook anderen zorg mogen bieden. De Wet BIG zegt daar niets over. De Wet BIG zegt alleen maar dat als iemand zegt dat hij huisarts is, hij ook werkelijk huisarts moet zijn. Maar voornoemde omschrijving geeft de mogelijkheid dat iemand anders dan een huisarts, de huisartsenzorg biedt. Vandaar de suggestie om toe te voegen dat de zorg dient te worden geleverd door een daartoe bekwame zorgaanbieder. Kunt u de garantie geven dat er niet alleen in het pakket blijft wat erin zit, maar ook door wie dat wordt geleverd?

Minister **Hoogervorst**: Ik garandeer dat er geen verschuiving van voorbehouden handelingen kan gaan plaatsvinden, zonder dat de Wet BIG zelf is aangepast. De Wet BIG garandeert dat bepaalde handelingen blijven voorbehouden aan bepaalde medische groepen. Dat blijft als een huis overeind staan. Het is mij gebleken dat de LHV bang is dat er een wens achterzit om bepaalde zorg naar een lager niveau te tillen. Maar de bedoeling is juist om zorg vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn te tillen, om chronische ziekten, die de meerderheid van de zorg zullen uitmaken in de naaste toekomst, zo veel mogelijk in de eerste lijn te houden en zo weinig mogelijk naar de tweede lijn te brengen. Dus dit is alleen maar goed voor huisartsen, maar wat nog belangrijker is: het is goed voor patiënten.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De kern van het debat is: wat houdt het pakket in. Deze wet verschuift een deel van de macht naar de zorgverzekeraars en maakt het flexibeler om zorg te organiseren en in te kopen. Daar moeten wij niet onduidelijk over zijn, dat is gewoon de kern van de wet. Mijn vraag gaat over de rol van de politiek. Stel wij hebben twijfels en wij gaan het pakket maatregelen van het vorige jaar evalueren. Wij besluiten als Kamer vervolgens dat de buikwandcorrectie terug moet in het pakket. Wat gebeurt er dan in dit besluit? En hoe is de Kamer daarbij betrokken?

Minister **Hoogervorst**: Dan moet de buikwandcorrectie in het besluit worden opgenomen. U blijft volledig verantwoordelijk, samen met mij, voor het pakket, laat daar geen misverstand over bestaan. En inderdaad krijgen de zorgverzekeraars meer flexibiliteit, maar zij hebben daarbij wel de zorgaanbieders nodig. Als zij geen overeenstemming bereiken met de zorgaanbieders, lukt het niet.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat de zorg functioneel omschreven is, en de zorgverzekeraars een organisatie- en een inkooprol krijgen, daar heeft ook de PVDA altijd achtergestaan, want een macht vraagt om tegenmacht. Maar wij moeten het wel goed regelen. Ik ben blij met de heldere toezegging van deze minister dat alle pakketmaatregelen altijd via de Kamer blijven lopen en in een ANVB gewijzigd moeten worden.

Mevrouw **Schippers**: De minister geeft aan dat dit wordt gedaan met het oog op substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Wonderlijk dat dan

voor de eerstelijns psycholoog een eigen bijdrage nodig is, waardoor je een enorme push naar die tweede lijn krijgt.

Minister **Hoogervorst**: Dat ben ik niet met u eens, maar daarover kom ik zo te spreken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Via de Wet hebben wij geamendeerd dat de pakketkeuze langs de Kamer komt. U komt nog terug op de Wet BIG? Wat moet er precies worden aangepast? Want dat is voor ons cruciaal.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben niet voornemens om de Wet BIG specifiek hierop aan te passen. Het enige wat ik heb gezegd is dat de Wet BIG een garantie blijft geven dat de functionele aanspraken niet gaan leiden tot een taakdifferentiatie naar onbevoegde lieden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Is de Wet Big aangepast? Er gaat iets veranderen: van de aanspraken zoals het nu is naar een functiegerichte omschrijving. Is de Wet BIG erop toegesneden dat men de juist gekwalificeerde persoon voor de juiste zorg houdt? Inclusief het gehele substitutie-verhaal? Is de Wet BIG op dit moment daarop toegerust?

Minister **Hoogervorst**: Dat denk ik wel, al kan ik me wel voorstellen dat er in de toekomst nog eens wordt bekeken of een nadere takensplitsing wenselijk is. Maar op zich is deze wet een goede garantie dat het niet uit de hand gaat lopen.

Dan over de poortwachterfunctie van de huisarts. Ik wil u erop wijzen dat wij deze discussie tijdens de zorgverzekeringswet al hebben gehad. Als u het had willen regelen, had het in de wet geregeld moeten worden. Het is niet een kwestie van het besluit. Ik heb zonet duidelijk gemaakt wat mijn verwachting is van het effect van de substitutie. De positie van de huisarts wordt niet uitgehold, maar juist versterkt. Niet omdat ik per se vindt dat bepaalde zorg bij de huisartsen moet liggen, maar omdat de versterking van de eerste lijn voor mij een belangrijke zaak is, en voor u ook. Ik ben ervan overtuigd dat de meeste zorgverzekeraars in hun polis afspraken maken met, en verplichtingen zullen opleggen aan hun verzekerden om via de huisarts te gaan, omdat dit voor de verzekeraars een belangrijk kostenbeheersinginstrument is. Ik wil wél met u het volgende afspreken: wij kunnen in het nieuwe jaar snel bekijken of het feit dat het nu niet in de wet staat, tot rare zaken gaat leiden. Ik ben bereid om alle polissen van de zorgverzekeraars goed door te lichten om na te gaan of de poortwachterfunctie gehandhaafd blijft of niet. Eventueel zou je er bij een volgende ronde nadere wettelijke eisen aan kunnen stellen. Maar eerlijk gezegd ben ik ervan overtuigd dat het zich vanzelf regelt. Ik heb van de heer Bolkestein geleerd dat als het niet nodig is om het wettelijk te regelen, het nodig is om het niet wettelijk te regelen.

Dan de eerstelijns psycholoog. Ik zal in het definitieve ontwerpbesluit in elk geval de gezondheidspsycholoog uit de tekst halen. Er is de vraag gesteld: waarom acht zittingen in plaats van tien zittingen, en waarom een eigen betaling? En is die eigen betaling niet remmend met betrekking tot de substitutie? De belangrijkste reden waarom ik een beperking tot acht zittingen heb ingesteld, is omdat ik het budgettair neutraal moest inpassen. Het gemiddelde is zes zittingen, dus je komt er een heel eind mee. Dan de eigen betaling. Op het ogenblik is de eigen betaling 100%, want het wordt niet vergoed. Er komt dus in elk geval een verlaging van de eigen betaling. Voor de psychotherapeut, die nu wel in het pakket zit in de tweede lijn, is de betaling € 15 per zitting. Dat wordt € 10 per zitting, dus dat is lager. Dat is dus een voordelige substitutie ten opzichte van de psychotherapeut in de tweede lijn.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij hebben de informatie gekregen dat na de overheveling er geen eigen bijdrage is voor de tweedelijnszorg, en wel voor de eerstelijnszorg.

Minister **Hoogervorst**: Nee hoor, die blijft. Dus de prijs wordt nog aantrekkelijker dan nu de tweedelijns psychotherapeut is. De suggesties die door mevrouw Smilde met betrekking tot het zittend ziekenvervoer zijn gedaan, zijn mij volstrekt onbekend. Ook is mij onbekend dat daar een groter knelpunt zou zitten dan elders bij het zittend ziekenvervoer. Ik heb een evaluatie in voorbereiding. Eind mei a.s. komt het CVZ met zijn rapportage en dan zal ik u een standpunt doen toekomen. Mij is niet bekend dat er onderuitputting zou zijn bij de hardheidsclausule. Of zoiets budgettair neutraal zou kunnen, is maar zeer de vraag. Ik wil erop wijzen dat ik nu tot drie keer toe de oorspronkelijke regeling heb versoepeld. In het regeerakkoord stond dat het zittend ziekenvervoer eruit moest, daarna heb ik € 60 mln. uitgetrokken om voor een aantal categorieën wel zittend ziekenvervoer aan te bieden, en ik heb een hardheidsclausule ingevoerd en daarna verhoogd. Mij dunk dat zorgverzekeraars daar een heel eind mee komen. Ik zou de Kamer in elk geval willen vragen om even af te wachten tot er een evaluatie in uw richting komt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is problematisch, omdat wij nu deze regeling vaststellen. Ik moet er even over nadenken. Wat de onderuitputting betreft, werd vorig jaar bij diverse overleggen duidelijk dat het budget niet wordt uitgeput omdat er te weinig gebruik van wordt gemaakt. Er is ook nog € 28 mln. extra ingezet. Het knelpunt is een logisch uitvloeisel is van de wijziging dat alleen vervoer voor rolstoelgebonden patiënten wordt vergoed. Wat betreft het vervoer voor patiënten met oncologische aandoeningen, patiënten kunnen ook chemotherapie krijgen voor aandoeningen van niet-oncologische aard. Dus het leek ons een logische aanpassing van de regeling. Als dit in de nieuwe zorgverzekeringswet wordt geregeld, hoeven de mensen op dit punt niet meer te knokken met de zorgverzekeraars.

Minister **Hoogervorst**: Ik maak daar bezwaar tegen. Dit besluit ligt voor om de bestaande Ziekenfondswet te kunnen overhevelen naar de nieuwe wet. Het lijkt mij niet juist om de regeling veranderen voordat wij een evaluatie hebben en zonder inzicht in de kosten en de eventuele onderuitputting bij de hardheidsclausule. Zeker als het niet budgettair neutraal kan, moet dit gebeuren in het kader van de begrotingsbehandeling. Als wij het afgelopen jaar niets aan deze regeling hadden gedaan, zou ik mij er iets bij kunnen voorstellen, maar ik heb de regeling tot drie maal toe verzacht. Hoewel ik er wel een punt achter wil zetten, is dit een vreemd moment om zoiets te doen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij wachten de evaluatie af. Wij zullen ons erover beraden hoe wij hiermee verder omgaan.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Als je een slechte regeling maakt en die twee maal aanpast, is dat een verbetering, en moet je hem de derde maal ook aanpassen. Dat zeg ik met name tegen de CDA-fractie, dat heeft gezegd dat wij artikel 2.14 gaan aanpassen. Als moet worden geregeld dat mensen die niet meer dan 100 meter kunnen lopen recht hebben op een taxi, moeten wij dat nu toch regelen in artikel 2.14?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb weinig toe te voegen aan wat ik hierover eerder heb gezegd, behalve dat het mij buitengewoon ingewikkeld lijkt om vast te stellen of iemand 100 meter kan lopen.

De heer Heemskerk vroeg naar de voorlichting over de polisvoorwaarden. Patiënten moeten weten wie de gecontracteerde zorgaanbieders zijn. Een lijst van deze aanbieders is onderdeel van een zorgverzekering die uitgaat van gecontracteerde zorg. Het is niet verplicht die lijst als addendum aan modelovereenkomsten en zorgpolissen toe te voegen, al mag dat wel. Voor de aspirant-verzekerden en voor de verzekeraar is het waarschijnlijk efficiënter dat in de modelovereenkomst en de zorgpolis voor deze lijst met namen, adressen en telefoonnummers bijvoorbeeld wordt verwezen naar een website of een telefonische hulpdienst. Het belangrijkste is, dat de verzekerde ervan op de hoogte moet worden gebracht dat het voor bepaalde behandelingen nodig is eerst informatie in te winnen. Het is niet zinnig een heel telefoonboek mee te sturen. Het is beter als de verzekerden weten dat zij contact moeten opnemen met de verzekeraar.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het kan voorkomen dat een zorgaanbieder niet gecontracteerd blijkt te zijn en men een bedrag moet bijbetalen. Dan is het toch redelijk dat mensen daarvan van tevoren op de hoogte worden gesteld? Hoe gaat de verzekeraar de verzekerde informeren?

Minister **Hoogervorst**: Als de zorgverzekeraar dan niet duidelijk kan maken dat hij zijn cliënt op een fatsoenlijke manier heeft voorgelicht, heeft hij een probleem.

Ik heb de heer Van der Vlies reeds gezegd dat het met de interpretaties van geleverde zorg niet wezenlijk anders zal gaan dan in de huidige praktijk.

De heer Bakker heeft gevraagd of al duidelijk is welke instantie de geschillen zal beslechten. ZN is dat aan het ontwikkelen. Er wordt gedacht aan een aparte rechtspersoon, waarin ook de consumenten- en patiëntenverenigingen zijn vertegenwoordigd.

Mevrouw **Kant** (SP): Kan de minister mijn vraag over de eigen bijdrage bij geschillen nu meenemen?

Minister **Hoogervorst**: Daar kom ik direct aan toe. De heer Bakker heeft gevraagd of het toezicht op de rechtmatigheid van ontvangsten en uitgaven vervalt. ZVW is een privaatrechtelijke verzekering. Het is dus niet meer de taak van de Algemene Rekenkamer om de rechtmatigheid te bezien. Dat hebben wij diepgaand besproken bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet. Er is wel rechtmatigheidstoezicht, namelijk toezicht of de zorgverzekeraars de wet uitvoeren en met name of zij hun zorgplicht nakomen. Dat is toezicht op een wat hoger niveau.

Het voorschrijven van geneesmiddelen blijft, zoals ik heb gezegd, geregeld in de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Daaraan verandert niets.

Mevrouw Kant heeft gevraagd of de geschillencommissie een eigen bijdrage mag vragen voor het voorleggen van een geschil. Dat moet ik bevestigen. Enerzijds kunnen wij dat als gevolg van de Europese richtlijnen voor de schadeverzekering niet verbieden en anderzijds kan een beperkte eigen bijdrage, die wordt teruggegeven als de verzekerde het geschil wint, voorkomen dat de consument zich al te gemakkelijk met hopeloze gevallen tot de commissie wendt.

Mevrouw Kant heeft ook gevraagd hoe er wordt gezorgd dat de verzekeraars eerlijke reclame maken voor hun zorgverzekering. Bij de Eerste Kamer ligt een wetsvoorstel van de minister van Financiën, de Wet financiële dienstverlening. Deze zal waarschijnlijk na de zomer in werking treden en zal ook gelden voor de zorgverzekeraars. In de wet staat dat verzekeraars eerlijke en begrijpelijke informatie moeten verstrekken. De AFM zal daarop toezicht houden. Na de inwerkingtreding van de WMG zal ook de Zorgautoriteit hierop toezicht kunnen houden.



Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb in de Kamer gevraagd of dit onder de Wet financiële dienstverlening valt en toen ontkende de minister dat. Er is wel samenhang, maar hij verwees inderdaad naar de WMG, waarin dit wordt geregeld. Mijn probleem is dat de reclame nu al wordt gemaakt en de regeling daar achteraan komt.

Minister **Hoogervorst**: Dat is niet wezenlijk verschillend van de huidige situatie. Zoals mevrouw Kant zegt, gebeurt het nu ook al. Wij gaan het in de toekomst nog wat beter regelen, maar wij leven op dit moment niet in het Wilde Westen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat ben ik niet met de minister eens. Er worden allerlei suggesties gedaan, bijvoorbeeld in een reclamespot: «Bij ons alle fysiotherapie verzekerd». Het bijzinnetje «behalve als u chronisch ziek bent» wordt er niet bij gezegd. Het is dus wel wildwest. Ik wil dat dit snel wordt geregeld en dat niet wordt gewacht op allerlei wetgeving, terwijl die praktijken gewoon doorgaan. Dat vind ik niet verantwoord.

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Kant moet even op de wet wachten.

Mevrouw **Kant** (SP): Intussen wordt dit hele stelsel ingevoerd en komt de wetgeving er nog eens achteraan.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb de Wet financiële dienstverlening behandeld met minister Zalm. Hij zei helder dat de zorgverzekeraars gewoon onder de genoemde wet vallen. Ik hoop dat dat ook het standpunt van deze minister is, want anders hebben wij een probleem. Daarmee valt ook het toezicht op deze reclame-uitingen onder de wet.

Minister **Hoogervorst**: Klaarblijkelijk zit er wat ruis tussen datgene wat ik nu zeg, mijn schriftelijke beantwoording van vragen en datgene wat minister Zalm heeft gezegd. Een van ons zal moeten aftreden. Ik zal de commissie hierover precies informeren als ik haar de reeds toegezegde informatie stuur.

Ik ben hoopvol gestemd over de situatie in Europa en ik hoop daarover binnenkort uitsluitel te krijgen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Komt de witte rook uit Brussel vóór de invoeringswet? Dit is een cruciaal onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Ik heb de wet al afgestemd, maar hij moet echt niet worden ingevoerd als deze duidelijkheid er niet is.

Minister **Hoogervorst**: Nogmaals, ik ben hoopvol gestemd dat dit snel komt.

Er is een vraag gesteld over oneerlijke concurrentie tussen verzekeraars en ziekenfondsen, omdat de verzekeraars over grote reserves beschikken. Ik vind het interessant dat ik dit geluid maar van één verzekeraar hoor, met wie de commissieleden ook regelmatig spreken. Wij weten over wie wij het hebben. Ik hoor niet in den brede van ziekenfondsen dat zij dit als een bedreiging ervaren. In ieder geval zal De Nederlandsche Bank premie-dumpen niet toestaan. Men mag premies niet onder de kostprijs bepalen. Verzekeraars kunnen de miljarden die zij nu op de bank hebben daar niet voor gebruiken.

De vermogenseis van 8% is hoger dan de huidige en moet voldoende zijn, gezien de vereveningssystematiek. De vermogenseis voldoet zo ook aan de schaderichtlijn. Ik vermoed dat de overgrote meerderheid van de verzekeraars daaraan zal voldoen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De particuliere verzekeraars kunnen hun kosten verlagen, omdat zij de meevaller hebben dat zij geen vermogens-

kosten meer hebben. Zij hoeven niet eens onder de kostprijs te gaan om dat concurrentievoordeel te hebben. Is de toezichthouder, de Nederlandsche Bank, volledig akkoord met de 8% en is dat ook risicogewogen solvabiliteit?

Minister **Hoogervorst**: De bank is akkoord met de 8% en op den duur gaan wij naar een risicogewogen systeem. Dit is in overeenstemming met de Europese regels en de Nederlandsche Bank heeft hier vrede mee. In verband met de privacy is gevraagd of de gedragscode een stempel kan krijgen van het CBP. Het CBP lijkt daartoe bereid te zijn en zoekt daarvoor nog een wettelijke grond. Ik meen dat die er is in de ZVW. Wij hebben hiervan positieve verwachtingen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik ben blij dat de minister de gedragscode voorlegt aan het CBP. Wat zijn de sancties als informatie van de aanvullende verzekering wordt gebruikt voor de basisverzekering en informatie van de basisverzekering voor de aanvullende verzekering? Welke richtlijnen moeten volgens de minister worden gebruikt? Ik vraag dit, omdat er behoorlijke winsten te behalen zijn als men informatie gebruikt die men niet mag gebruiken. Een gedragscode is mooi, maar is natuurlijk niet verplicht voor een buitenlandse verzekeraar die hier tot de markt toetreedt. Hoe wordt gezorgd dat voor de aanvullende verzekering geen zaken uit de basisverzekering worden gebruikt en de informatie uit de basisverzekering niet beschikbaar is voor de aanvullende polis? Alle schadegechiedenissen zijn zichtbaar uit de basisverzekering, dus men kunt heel gemakkelijk te zien aan wie men een aanvullende verzekering wil aanbieden.

Minister **Hoogervorst**: Het is mij niet duidelijk meer wat de vraag was.

De heer **Omtzigt** (CDA): Hoe zorgt de minister dat deze code goed wordt nageleefd?

Minister **Hoogervorst**: Hopelijk via het toezicht van het CTZ, maar daarvoor moet de code eerst het stempel van het CBP krijgen. Ik kom hierop schriftelijk terug.

Mevrouw Tonkens heeft gevraagd wat mijn uitspraak behelsde over het niet bestaan van het recht op ongezond gedrag. Daarin moet men niet te veel lezen. Ik wilde vooral duidelijk maken dat er een vrij grote spanning bestaat tussen het antwoord dat iedereen geeft bij een enquête, namelijk dat gezondheid het belangrijkste is wat een mens heeft, en het feit dat bijna 50% van de gezondheidsklachten zijn terug te voeren op levensstijl. Spanning is een net woord om dat te omschrijven. Het moet wel eens kunnen worden benoemd. Ik ben niet van plan, alleen al omdat het niet uitvoerbaar is, om van mensen met een ongezonde levensstijl hogere premies te eisen. Ik kom terug op deze problematiek in een reactie op het rapport dat ik morgen van de RvZ ontvang.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De constatering over de spanning lijkt mij terecht, maar de minister zei eerder in antwoord op vragen dat hij vooralsnog geen premieverhoging wilde bij onverantwoord gedrag. Zegt hij nu dat dat helemaal niet zal gebeuren?

Minister **Hoogervorst**: Ik denk dat ik er in deze kabinetsperiode niet aan toe kom. Ik heb al genoeg aan mijn hoofd.

Mevrouw Tonkens wees op de grote fusiegolf van zorgaanbieders, omdat zij tegenwicht willen vormen voor de zorgverzekeraars. Interessant is dat de grootste fusiegolf zich heeft voltrokken in de AWBZ, waar de verzekeraars tot nu toe geen enkele rol van betekenis hebben gespeeld – althans wel als zorgkantoor, maar niet als risicodragende verzekeraar. Het heeft

dus niet een-op-een met elkaar te maken. De grote fusiegolf onder ziekenhuizen is zo ongeveer voorbij. Ik ben daarover dus niet bezorgd.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Een zorgkantoor is gewoon een zorgverzekeraar met een ander frontje.

Minister **Hoogervorst**: Ja, maar zonder risico, dat is een essentieel verschil.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat maakt voor de aanbieders niets uit. Hun motief is dat zij, als alle zorgverzekeraars zo groot worden en fuseren totdat er nog maar vijf zijn, hetzelfde moeten doen. De vraag is of dat wenselijk is.

Minister **Hoogervorst**: Opvallend is dat de fusies het grootst zijn geweest bij het meest statelijke deel van de Nederlandse gezondheidszorg, de AWBZ.

De heer Heemskerk vroeg hoe de no claim kan worden betrokken bij de vereveningsbijdrage in artikel 3.17. Bij het vaststellen van de vereveningsbijdrage wordt rekening gehouden met de inkomsten uit de nominale premie. Nu moet ook rekening worden gehouden met de kosten die onder de no claim vallen, die de verzekeraar zelf moet betalen. Bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage wordt in artikel 3.17 rekening gehouden met verschillen in de gemiddelde no-claimteruggave per verzekeraar. De no-claimteruggave wordt in mindering gebracht op de nominale premie en is daarom van belang bij de optelsom. Het komt erop neer dat niet alle verzekeraars hetzelfde bedrag aan no claim zullen moeten terugbetalen aan de verzekerden. Daarmee wordt rekening gehouden in de verevening.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik zal dit antwoord nog eens nalezen, want dit gaat mij boven de pet. Ik dacht dat de bedoeling van de no claim was dat de verzekerde kostenbewust is. Ik begrijp dus niet wat de verzekeraar te maken heeft met de verevening. Ik begrijp de logica daarachter niet.

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Kant vroeg of het verstandig is om na tien jaar de reserves vrij te geven, die men kan meenemen naar het nieuwe systeem. Na tien jaar is het aandeel van de wettelijke reserves van de voormalige ziekenfondsen in het totaal zo gering geworden, dat het niet meer tot grote concurrentievoordelen leidt als de reserves dan worden vrijgegeven.

### **Nadere gedachtewisseling**

Mevrouw **Smilde** (CDA): Als de zorgverzekeraar niet voldoende heeft voorgelicht, heeft deze een probleem. Daarmee heeft de minister een goede invulling gegeven aan het begrip «zorgplicht». Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van het implementatieproces, bijvoorbeeld het doorlichten van de polissen? Ik heb begrepen dat in de procedurevergadering is besloten om de minister om een brief te vragen over de relatie tussen de Wet BIG en de Zorgverzekeringswet. Die zal ik afwachten alvorens hierop terug te komen. Ik wil met mijn fractie overleggen over datgene wat de minister heeft gezegd over de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologen.

Ik heb aangegeven dat de 100 meter, genoemd in verband met het zittend ziekenvervoer, ook als criterium wordt gebruikt in de WVG. Er is goed mee te werken. Dit is mijns inziens het moment om in een dergelijke regeling iets aan te passen, wanneer het vervoer daar is, dus wij willen proberen om dit artikel te wijzigen, als dat op een meerderheid in de Kamer kan rekenen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dank aan de minister voor de uitgebreide beantwoording van de vele vragen. Bij de kortdurende GGZ, de verevening, zijn er in het eerste jaar nog geen DBC's. Er is dus geen informatie en er kunnen geen DKG's worden gehanteerd. Het duurt nog jaren totdat er iets kan worden ingevoerd. Ik verzoek de minister met klem, aan te geven hoe dat tijdig en snel kan gebeuren en hoe juist hier de meerjarige DKG's en FKG's zo snel mogelijk kunnen worden ingevoerd. Bij psychische ziekten kan bij uitstek goed worden voorspeld of iemand tien jaar later nog eens ziek zal worden. Dat leidt tot meerkosten, omdat het vaak langdurige aandoeningen zijn.

Ik ben blij dat de minister voor 80% kiest bij de HKV. Wij zullen zien hoe snel hij dat afbouwt in de verantwoording die hij aan de Kamer zendt over de regeling van de verevening. Wij zullen scherp volgen hoe hij omgaat met artikel 3.15 lid 2. Hij kan een beroepsmogelijkheid inbouwen of denken aan een extra ministerieel besluit op het moment dat het CVZ voor een andere basis kiest dan in de ministeriële regeling is gekozen. Ik kan mij voorstellen dat de minister, als het CVZ andere DKG- en FKG-gewichten kiest, expliciet een besluit moet nemen om te regelen dat wij daarvan nog een keer afwijken.

Ik wacht graag het antwoord af over de privacy. Dit hangt nauw samen met de risicoselectie. Ik ben blij dat u de MOO's geen naheffing oplevert. Ik ben benieuwd hoe hij dat heeft geregeld met minister Zalm.

Ik ben nog niet gerust op het toezicht en zal bij de behandeling van de Invoerings- en aanpassingswet terugkomen op het precieze aantal ziekenfondsen dat in de problemen zit of niet genoeg reserves heeft. Dat heeft ook te maken met het gelijke speelveld voor maatschappelijke ondernemingen en ondernemingen met een winstoogmerk. Het verbaast mij dat de minister aanstuurt op een dubbel toezicht op de reclame-uitingen. Ik ben het er voor de verandering met mevrouw Kant over eens dat er goed toezicht moet komen op de reclame, maar het heeft mijn uitdrukkelijke voorkeur dat dit wordt gedaan door de AFM of door de Zorgautoriteit, maar niet door twee instanties.

De minister heeft niets gezegd over jongeren jonger dan 23 jaar en gaf geen duidelijk antwoord op de vraag over de kostenstructuur voor deze groep. Ik neem aan dat hij dat bij de I&A-wet wil regelen, maar verzoek hem met de grootste klem te bezien hoe hij de motie-Omtzigt daarbij uitvoering geeft.

Misschien moet de minister samen met de heer Wijn mijn vraag over de zorgtoeslag beantwoorden in relatie tot de laatste brief: als de polissen pas op 15 december klaar zijn, is ook pas dan de prijs van de polissen bekend en kan pas dan een goede schatting worden gemaakt. Kan dat eerder? Ik zie de minister en zijn ambtenaren hun hoofd schudden. Het is van het grootste belang dat er een redelijk goede schatting van de hoogte van de zorgtoeslag kan worden gemaakt, als die aanvraag in de herfst van dit jaar wordt gedaan.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Als wij spreken over onverzekerden, lijkt hier altijd de illusie te bestaan dat het gaat om dak- en thuislozen. Dat zijn niet de mensen die mij een brief schrijven. Dat zijn namelijk particulier verzekerden die enorm hoge premielasten hebben en die er in het nieuwe stelsel hopelijk eens flink op vooruit gaan.

De minister zei luchtig dat het CVZ een heel fatsoenlijke instantie is en dat wij dus niet bang hoeven zijn, dat het CVZ al die informatie heeft en de mogelijkheid deze te koppelen. Ik heb een vraag gesteld over het informatie- en onderhoudsorgaan, dat blijkbaar ook de mogelijkheid heeft informatie te koppelen. Kan de minister aangeven wie welke informatie en welke koppelingsmogelijkheden heeft. Er bestaan blijkbaar grote verschillen van mening over het CVZ tussen de minister en het CBP. Ik wil dit precies weten, want een overheid met een enorm databestand van medi-

sche gegevens van de hele bevolking, gekoppeld aan loon en persoon, baart mij zorg.

De minister zegt dat wij niet hier, maar in de wet hadden moeten regelen dat de eerste lijn een verwijzing moet geven, voordat men tweedelijnszorg vergoed kan krijgen, zoals wij graag willen. Ik vraag mij af waarom, want hier gaat het over het pakket en je kunt zeggen dat dit voordeliger is in het pakket zit, namelijk op voorwaarde dat er een verwijsbrief van de eerste lijn aanwezig is. Ik maak mij hierover druk omdat er polissen kunnen komen waarbij men meer premie betaalt, maar daarvoor zonder verwijzing naar de specialist mag. Ik zou daarmee geen problemen hebben, ware het niet dat specialisten schaars zijn en dit wachtlijsten kan opleveren. Ik vind dat onwenselijk. Waarom kunnen wij dat hier niet regelen?

Er is een duidelijk verschil tussen de reserves van de particuliere verzekeraars en de ziekenfondsen, maar er is natuurlijk ook een verschil tussen de positie van ziekenfondsen in de regio en de positie van de particuliere zorgverzekeraars. Ook hebben de ziekenfondsen ervaring met het inkopen en contracteren van zorg, die de particuliere verzekeraars niet hebben. Overigens is de scheiding tussen beide soorten verzekeraars niet zo helder als deze nu soms lijkt. Ik heb begrepen dat daarover in een later stadium meer informatie komt.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister is er niet uitgebreid op ingegaan, maar ik maak uit zijn woorden op dat hij niet bang is voor chaos en dat hij de verantwoordelijkheid neemt voor de invoering per 1 januari a.s. en voor alle andere data die zijn genoemd voor zaken die moeten worden geregeld. Ik maak mij daarover grote zorgen. Ik zou die verantwoording niet op mij willen nemen. Mijn oproep aan de minister is: wat hierover ook uw politieke mening is, doe dit niet per 1 januari, maar doe een jaar later alles tegelijk en maak er niet zo'n zootje van.

In de discussie is duidelijk geworden dat het wel de bedoeling is dat het hele pakket wordt overgenomen en dat daarop zal worden getoetst, maar dat de zorg natuurlijk ook steeds in ontwikkeling is. Met de overgang naar dit stelsel zullen de zorgverzekeraars wel degelijk invloed krijgen op het pakket. Dat is ook de bedoeling. Mijn buurman zei al dat wij daar niet omheen moeten draaien. Ik vind dat een ongewenste ontwikkeling. Ik vind het jammer dat de minister er niet op is ingegaan dat ik het pakket nu al te klein vind. Wij kunnen de discussie steeds opnieuw voeren. Ik begrijp dat de minister daaraan geen behoefte heeft, maar dit is het moment om beslissingen te nemen. Ik heb een aantal zaken genoemd, waarop de minister misschien nog wil ingaan. Dit mede in relatie tot het feit dat het voor mensen moeilijk kan zijn om zich daarvoor aanvullend te verzekeren. Het heeft consequenties als mensen niet verzekerd zijn voor deze zorg, die in mijn ogen wel noodzakelijk is. Ik heb gewezen op het recent uitgekomen Tandzorgsignalement van het CVZ, waaruit blijkt dat een groot deel van de mensen niet aanvullend verzekerd is voor tandzorg, stomweg omdat zij het niet kunnen betalen, en dat ook dat nadelige consequenties heeft. Dat is in mijn ogen maatschappelijk ongewenst. Kan de minister daarop ingaan?

Moeten wij bij het VAO amenderende moties indienen als wij het besluit willen wijzigen, los van datgene wat de minister zelf al toe zegt te zullen wijzigen? Dan is te verwachten dat dat gebeurt. Het CDA zei al iets over het zittend ziekenvervoer. Als het CDA dat niet doorzet, zullen anderen het wel doen. Er is ook een aantal zaken dat ik in het besluit anders en duidelijker geregeld wil zien en ook vastgelegd in het pakket. De minister is niet ingegaan op de wensen die ik heb uitgesproken, zoals het niet beperken van de dieetadvisering tot maximaal vier uur, de opname van de kosten voor de mondhygiëniste in het pakket en de vraag waarom de hoge kosten voor dieetvoeding vanwege een ziekte hierin niet worden geregeld.

Ik hoop dat hij dat alsnog zal doen. Wij komen elkaar in het vervolgdebat zeker tegen bij deze punten.

Hetzelfde geldt voor het volgende punt. Ik begrijp niet waarom de poortwachtersfunctie van de huisarts niet op de een of andere manier in dit besluit kan worden geregeld. Volgens mij kan dat heel goed en leeft de behoefte in de Kamer om dit duidelijker vast te leggen. Ik verwacht daarvoor een meerderheid, dus wij gaan het gewoon doen. Ik vind het ongelooflijk dat bij geschillen een eigen bijdrage wordt gevraagd. De zorgverzekeraars wordt meer macht gegeven en patiënten moeten zich kunnen weren. Ik vind een eigen bijdrage maatschappelijk volstrekt ongewenst. Ik zal hierover een motie indienen. De minister zegt dat dit samenhangt met de Schaderichtlijn. Ik wil dat hij dat duidelijk uitlegt voordat wij het debat hebben. Ik wil zwart op wit zien dat het zo is. Ik kan mij niet voorstellen dat volgens de Schaderichtlijn wel een acceptatieplicht kan worden ingevoerd bij een privaatrechtelijk stelsel, maar dat het vervolgens verplicht is om een eigen bijdrage bij geschillen te vragen. Ik kan dat niet met elkaar rijmen. Als de minister op dit punt gelijk heeft, geeft dat wederom aan dat hij een foute keuze heeft gemaakt. Met een publiekrechtelijk stelsel hadden wij dergelijke problemen niet gehad. Misschien is dit ook wel een bewijs dat Europa inderdaad niet alleen goede zaken brengt. Ik hoop dat veel mensen zich dat op 1 juni zullen realiseren.

De minister zal de reclameregels nog nadrukkelijker toelichten. Dat vind ik mooi. Ik wil dat dit goed wordt geregeld en ik wil weten hoe het wordt geregeld, maar ik wil vooral dat het op tijd wordt geregeld en dat er niet pas wetgeving komt als de reclamecampagnes van de zorgverzekeraars al achter de rug zijn. Dat is mosterd na de maaltijd.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik dank de minister voor de antwoorden. Ik ben ook blij met de toezegging dat de mogelijkheid bestaat om de zorgtoeslag direct te verrekenen met de Sociale Dienst. Dat is met name voor de kwetsbare groepen van belang. Ik vraag de minister of hij bij de invoeringswet nog eenmaal wil ingaan op de problemen van de niet-verzekerden. Daar horen de wanbetalers bij en mensen die shoppen of hopen. Ik heb er geen probleem mee dat zij worden aangepakt. Er zijn echter ook pubers bij die van huis zijn weggelopen en dak- en thuislozen. Ik vind het wat weinig dat wij hen alleen maar zullen monitoren. Over het bijbetalen voor de niet-gecontracteerde zorg zei de minister dat de verzekeraar een probleem heeft, als de verzekerde aantoonbaar niet is geïnformeerd en dit de verzekerde niet te verwijten is. Dat is mooi, maar de minister zou moeten zeggen dat de verzekeraar dan een probleem heeft, omdat de verzekerde niet hoeft te betalen. Ik krijg daarover graag helderheid.

Over de doorverwijzing sluit ik mij aan bij de oproep om de eerste lijn krachtig te houden. Doorverwijzing is echter niet het exclusieve recht van de huisarts. Kan de minister dit nog eenmaal goed uitleggen, eventueel schriftelijk?

De minister zegt dat de gedragscode het stempel krijgt van het CBP. Ik hoop dat dit niet gaat over de algemene gedragscode, maar over de bijlage die de ziektekosten betreft. Ik hoor ook graag een antwoord op de vraag van de heer Omtzigt of er sancties zijn als men zich er niet aan houdt. Anders is de regeling zo lek als een mandje.

Er is nog steeds geen witte rook uit Brussel over het Vereveningsfonds. De minister hoopt dat deze wel snel komt. Ik hoop dat met hem, want dat lijkt mij een belangrijke voorwaarde om in te stemmen met de invoeringswet. Het CDA houdt vast aan zijn standpunt over het zittend ziekenvervoer, dus de Telegraaf had geen canard op de voorpagina. Wij spreken hierover verder in het VAO.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Misschien erkent de minister nog steeds niet voldoende, dat het een probleem is dat mensen onverzekerd zijn. Dit

gaat niet over de mensen die zich niet willen verzekeren, want dat is goed geregeld met de boete, maar over de onverzekerden die dak- of thuisloos zijn of psychische problemen hebben. Hoe zal de minister de Sociale Dienst daarin een rol geven? De Sociale Dienst kan niet, zoals vroeger, iemand aanmelden bij het Ziekenfonds. Moet de dienst polissen gaan opvragen en vergelijken? Het kan ook juridisch niet, omdat je iemand niet zomaar kunt verplichten zich te verzekeren. Er zullen problemen ontstaan tussen de Sociale Dienst en de mensen waarom het gaat. Ik raad de minister aan om de mening van de Sociale Diensten, GGZ Nederland en DIVOSA hierover te vragen. Willen de sociale diensten dit uitvoeren en wat kost dat? Dat moet in ieder geval in de brief staan die de minister zal schrijven, maar ik krijg liever nu antwoord. De minister moet er hoe dan ook voor zorgen dat deze mensen worden verzekerd. Zij kunnen niet onverzekerd blijven.

De minister miskent het probleem van de risicoverevening en de daarmee samenhangende risicoselectie. In het rapport staat dat dit probleem geldt voor eenderde deel van de verzekerden bij het huidige vereveningsmodel. Zij vormen een slecht risico, dat kan worden uitgeselecteerd. De minister zegt dat er maar 700 klachten zijn, maar dat heeft er niets mee te maken. Hij zegt dat Agis de diabetici niet zal weren. Agis zal dat misschien niet doen, maar zoals het rapport ook aangeeft zullen buitenlandse verzekeraars, die hier de krenten uit de pap komen halen, dat wel doen. Zij hebben geen enkel maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel en dat zal hun ook niet gemakkelijk worden bijgebracht. Er is dus alle reden om meer risicofactoren op te nemen en iets serieuzer op dit probleem in te gaan.

Dan kom ik bij de kwestie van de functiegerichte aanspraken en de onduidelijkheid daarover. Wij moeten daarop terugkomen bij het VAO.

De minister zegt dat de megafusies vooral bij het AWBZ plaatsvinden en dat dit dus vooral statelijk is, maar hij weet dat dat flauw is. Het motief van de zorgaanbieders is wel degelijk de marktwerking en het loslaten van de contracteerplicht, wat ook hen boven het hoofd hangt. Was het de bedoeling van de minister dat zulke grote organisaties zouden ontstaan? Wat vindt hij daarvan? Het lijkt mij dat hij het onwenselijk vindt. Wat zal hij eraan doen?

De minister is ook niet ingegaan op de beperking van het dieetadvies, terwijl hij toch een fervent voorstander is van het bestrijden van overgewicht. Dat kan toch niet alleen gebeuren met campagnes wanneer er goede behandelingen zijn?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik dank de minister voor zijn beantwoording. Ik ga hier waarschijnlijk een beetje getroost weg en wel om twee redenen. Een daarvan is dat de minister nog steeds optimistisch is. Dat is een mooie opsteker. Er is wel een politieke verantwoordelijkheid aan verbonden en ik hoop dat het goed afloopt. De tweede reden is dat zowel commissieleden als de minister hebben aangegeven het ook niet helemaal te overzien, terwijl ik hen tot nu toe als specialisten heb geacht. Men kan nagaan hoe ontspannen ik hier zit.

Ik heb het mijne gezegd over het invoeringstraject. Daarnaast heb ik gesproken over de interpretatieruimte in de functionele aanspraken. De minister heeft duidelijk gemaakt dat er nu geen grote veranderingen komen in het pakket en dat de huidige discipline gewoon doorloopt bij de interpretatie van termen als «redelijkerwijs» en «gebruikelijke zorg». Ik neem aan dat dat inclusief de bestaande jurisprudentie is, in het onverhoopte geval dat daarop een beroep moet worden gedaan.

Heb ik goed begrepen dat het zorgaanbod niet verandert of verdwijnt, maar dat wij spreken over de vraag hoe het wordt georganiseerd en wie het verstrekt? Er wordt een verschuiving beoogd van de tweede lijn naar de eerste lijn. Het antwoord op de vraag wie het verstrekt mag niet leiden tot kwaliteitsverlies in ervaring en deskundigheid. Ik heb begrepen dat wij

niet bezig zijn een nieuwe zorgverzekering te creëren in een soort onontgonnen polder, maar dat het in een bestaande situatie gebeurt, zodat er dus de toezichtwetten, de kwaliteitswet en de klachtenregeling zijn. Ook is er de Wet BIG, waarvan de functiedifferentiatie nog tegen het licht moet worden gehouden, maar dit blijft binnen de range van beroepskwalificaties en deskundigen. Ik zie daar geen bedreiging in, maar als ik het te naïef heb beschouwd verneem ik dat graag. Ik hoop dat de minister mijn visie wil bevestigen.

De versterking van de poortwachtersfunctie van de eerste lijn is doel en middel in het gehele traject. De minister heeft gezegd dat er snel een evaluatie komt en desnoods een wetswijziging. Anderen willen dit gelijk inpluggen in het besluit. Ik zal dat op mij laten inwerken. Het amendement dat ik indertijd heb ingediend voor de integrale eerstelijnszorg staat mij nog scherp op het netvlies. Ik wil zo dicht mogelijk daarbij blijven. Ik heb mij in eerste termijn aangesloten bij de bijdragen over het zittend ziekenvervoer en blijf daarbij. Ik zie uit naar consistentie van de CDA-fractie op dit punt. Het is goed om dit te blijven plaatsen in een welluidend en wuivend toekomstperspectief.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben blij dat ik een positieve bijdrage heb kunnen leveren aan de gemoedsrust van de heer Van der Vlies. Hij heeft dat ook voor mij gedaan door voortreffelijk samen te vatten hoe er met deze wet eigenlijk niets verandert in de kwaliteit, hoe de aanspraken niet veranderen, maar hoogstens de wijze waarop een aanspraak zal worden geleverd. Wij hebben daarbij allerlei wetten die toezien op het kwaliteitsniveau, zoals de kwaliteitswet en de Wet BIG. Overigens heb ik al toegezegd dat ik een aparte notitie zal leveren over kwaliteit. Wellicht kan ik dit vraagstuk daarin laten terugkomen.

Mevrouw Smilde vroeg naar de periodiciteit waarmee de Kamer zal worden geïnformeerd. Ik heb al een aantal brieven toegezegd. Ik zeg toe dat ik de Kamer bij nieuwe ontwikkelingen goed en tijdig zal blijven informeren. Zij heeft gevraagd om een brief over de relatie tussen de Wet BIG en de Zorgverzekeringswet. Wellicht kan ik dit vraagstuk onderbrengen in de brief over kwaliteit.

Ik ga geen actie ondernemen ten aanzien van het zittend ziekenvervoer, voordat ik een evaluatie heb ontvangen. Als de evaluatie pas eind dit jaar zou verschijnen en wij zouden harde signalen uit het veld krijgen dat er iets scheef zat, kon ik nu een maatregel voorstellen, maar ik krijg de evaluatie van het CVZ in mei. Ik zou het vreemd vinden als de Kamer tot een uitspraak zou komen zonder te weten wat er werkelijk aan de hand is en of er wel iets aan de hand is.

De heer Omtzigt maant mij tot spoed bij het invoeren van FKG's en DKG's in de GGZ. Hij heeft daarvoor goede argumenten gegeven. Wij gaan volgend jaar meteen oefenen met productregistratie, dus ik zie zijn aansporing als een zet in de rug, maar het is niet eenvoudig.

De heer **Omtzigt** (CDA): Betekent dit dat de minister het ook als een aansporing ziet om al vanaf volgend jaar te experimenteren met meerjarige FKG's en DKG's? Dan ondervangt hij ook een deel van het probleem dat mevrouw Tonkens heeft gesignaleerd, omdat juist door de schade uit het verleden – dat is het sterkst bij de GGZ, maar ook bij ander medicijngebruik – helder is dat er grotere schade zal zijn in het jaar daarop, wat leidt tot risicoselectie.

Minister **Hoogervorst**: Volgend jaar kom ik niet aan vergaande experimenten toe, daarvoor gebeurt er nu te veel. De ontwikkeling van FKG's en DKG's is bovendien een tijdrovende zaak, die vaak enkele jaren duurt. Wij zullen in 2005 in ieder geval starten met onderzoek naar FKG's voor de curatieve GGZ en beginnen er dus wel mee.



De heer Omtzigt heeft enkele suggesties gedaan over artikel 3.15, die wij zullen bezien. Hij wil terugkomen op de reserves bij de ziekenfondsen, mede in relatie tot het level playing field. Ik vond overigens dat mevrouw Schippers daarover enkele goede opmerkingen maakte. Ziekenfondsen hebben inderdaad niet alleen de nadelen, maar ook concurrentievoordelen. Zij hebben ervaring met zorginkoop en zij hebben in sommige regio's een positie waar menig verzekeraar verlekkerd naar kijkt.

Ik zal de regeling voor reclame-uitingen verhelderen in een brief. Bij de koopkrachtplaatjes in september zal men zien wat het resultaat is voor jongeren onder de 23 jaar. Dat is aanzienlijk gemitigeerd door de nieuwe percentages die wij hebben afgesproken.

De normpremie, waarop de zorgtoeslag zal worden gebaseerd, wordt altijd in het najaar berekend door het CPB, voordat de premies bekend zijn. Het is een schatting. Daarom hebben wij in het voorjaar een moment gecreëerd om te kunnen terugkijken naar wat er daadwerkelijk is gebeurd. Als de afwijking groter is dan € 25, kan het worden gecorrigeerd. Het is dus geen probleem als er een verschuiving naar 15 december plaatsvindt, omdat het altijd al op een schatting gebaseerd zou zijn.

Mevrouw Schippers merkte terecht op dat onverzekerbaarheid vaak een kwestie is van aspirant-particulier verzekerden. Dat is een goede nuanceering van het probleem. Ik ben overigens bereid om nog eens met de gemeenten en de Sociale Diensten te bespreken wat de praktische problemen zijn waarmee wij in de nieuwe situatie kunnen worden geconfronteerd. Dat kan geen kwaad. De gemeenten weten vrij goed wat er op hen afkomt, maar wellicht zien zij toch zaken over het hoofd. Ik zeg een aparte notitie toe over de privacy van de gegevens in de vorm van een algemeen overzicht.

In de wet die de Kamer verleden jaar heeft goedgekeurd staat dat de zorgverzekeraar de verwijfsfunctie regelt. Als ik in het besluit zou regelen dat het onderdeel van toekenning van de aanspraak zou zijn, dat men eerst moet zijn verwezen door een huisarts, zou dat in strijd zijn met de wet. Wij kunnen begin volgend jaar zien of er een probleem is. Ik zeg toe dat ik in dat geval met een wetswijziging kom.

Ik beloof mevrouw Kant dat ik er geen zootje van zal maken. Zij heeft een groot aantal pakketzaken aangeroerd, waarvoor wij hier vandaag niet zitten. Dit is niet een besluit om het pakket anders te regelen, maar om het te transponeren naar een nieuwe wet. Ik vind dan ook dat wij nu niet moeten spreken over het zittend ziekenvervoer, laat staan over alle andere zaken die zij heeft genoemd. Overigens is in de huidige wet de dieetadvisering al maximaal vier uur. Ik perk dat niet in.

Mevrouw **Kant** (SP): Het was voor mij een wensenlijstje. Ik vind beperking niet goed.

Minister **Hoogervorst**: Dat komt mij bekend voor.

Mevrouw **Kant** (SP): Volgens mij bespreken wij ook het pakket, dus als ik wensen heb, breng ik die naar voren.

Minister **Hoogervorst**: Dat mag mevrouw Kant doen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb er goede argumenten bij gegeven en ik wil dat de minister daarop ingaat. Alle voorbeelden die ik heb genoemd werken preventief, dus kostenbesparend in de zorg. Dat moet de minister aanspreken.

Minister **Hoogervorst**: Al deze maatregelen heb ik al ettelijke malen besproken met de Kamer. Wij slagen er steeds niet in om elkaar te overtuigen. Dat is droevig, maar het is niet zinvol dat allemaal weer langs te lopen. Ik zal de eigen bijdrage bij een eventueel geschil niet verplicht

opleggen. De Europese richtlijn doet dat ook niet, maar biedt wel de mogelijkheid van een eigen bijdrage. Het probleem dat kan ontstaan met de richtlijn is, dat ik het niet mag uitsluiten. Hoe de partijen daarmee in de praktijk omgaan is aan hen.

Als een patiënt naar een zorgaanbieder gaat zonder goed geïnformeerd te zijn over de polisvoorwaarden, namelijk dat de zorgaanbieder niet is gecontracteerd, heeft de zorgverzekeraar een probleem.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De minister moet die zin afmaken. De zorgverzekeraar heeft een probleem, want de verzekerde hoeft dan niet te betalen.

Minister **Hoogervorst**: Dat is correct.

De eerste lijn is inderdaad geen monopolie van de huisarts. Gelukkig doet in Nederland ook de huisarts aan taakdifferentiatie. Hij maakt goed gebruik van zijn doktersassistent en van de praktijkverpleegkundigen. Ook daar is nadere taakdifferentiatie gewenst en zal dat gebeuren.

Ik zal schriftelijk terugkomen op het CBP en het appendix bij de gedragscode.

Het is niet zo dat zorgverzekeraars voorspelbaar verlies lijden van eenderde deel van de verzekerden. Dat heeft veel te maken met de nacalculatie die in het systeem zit. Ik heb dat uitgedragen op de bijeenkomst over het rapport en het werd erkend door de NPCF.

Ik geloof niet dat buitenlandse verzekeraars hier de krenten uit de pap gaan halen. Voordat zij begrijpen hoe het in elkaar zit, is men alweer heel wat verder. Dit is een vrij uniek systeem.

De monopolievorming is een van de redenen waarom ik een zorgautoriteit met preventieve bevoegdheden zal scheppen. Het is mede daarom van belang dat deze er komt.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Daarom is er de regionale spreiding. Men fuseert vanuit Den Haag met Drenthe, dus dat is al geregeld. Wat men dan doet, is Nma-proof.

Minister **Hoogervorst**: Niet elke fusie is slecht. Ik vind regionale dominantie zorgwekkender dan een fusie tussen Utrecht en Drenthe.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb de minister gevraagd de Kamer te informeren hoe het reclametoezicht precies wordt geregeld. Legt hij daarbij ook uit hoe hij zorgt dat het op tijd gebeurt, dus niet na de campagnes, maar ervoor?

Minister **Hoogervorst**: Ik zal dat aan de Kamer schrijven, maar ik geloof niet dat er nu een vreselijke lacune bestaat. De huidige situatie bestaat al jaren en het zal niet veel uitmaken of dat nog enkele maanden duurt.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister moet dit niet bagatelliseren. Hij voert een nieuw stelsel in.

Minister **Hoogervorst**: Het is beter als ik hierop schriftelijk reageer.

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

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