

Vergaderjaar 2004–2005

29 762

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

29 763

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

Nr. 25

VERSLAG VAN EEN WETGEVINGSOVERLEG

Vastgesteld 10 december 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 29 november 2004 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het wetsvoorstel **Stelselherziening (29 762 en 29 763)**.

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

¹ 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), Van Nieuwenhoven (PvdA), 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), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

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

Maandag 29 november 2004

Aanvang 10.15 uur

Voorzitter: Blok

Aanwezig zijn 11 leden der Kamer, te weten:

Blok, Buijs, Heemskerk, Kant, Omtzigt, Rouvoet, Schippers, Smilde, Smits, Tonkens en Van der Vlies,

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

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

De **voorzitter**: Ik heet u allen van harte welkom. Vandaag spreken wij over de zorgverzekering en vanavond over de zorgtoeslag. Aan de leden is uitgedeeld een voorstel voor een indeling in blokken en een bijbehorende indicatieve spreektijd. Ik heb er geen reactie op gehoord, dus ik ga ervan uit dat iedereen daarmee akkoord gaat.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat lijkt mij niet. Tijdens de besloten procedurevergadering heb ik er bezwaar tegen aangetekend. Ik zal mij dus niet zoveel aantrekken van die indicatieve spreektijden.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter, als u het niet gezegd had, zou ik ook niets gezegd hebben. Ik heb altijd al bezwaar gehad tegen spreektijden bij wetgevings-

overleggen. Het is aan de fracties zelf om te bepalen hoeveel tijd zij aan wetgeving willen besteden. Niettemin zal ik met een schuin oog naar uw indicatieve spreektijden kijken, maar ik kan geen garanties geven.

De **voorzitter**: Er zijn inderdaad geen formele beperkingen. Wel zal iedereen op een gegeven moment langzaam in slaap sukkelen. Het zijn indicatieve spreektijden en als leden erbij in de buurt komen, zal ik daarop wijzen. Ik stel vast dat er geen bezwaren zijn tegen de blokindeling. De minister zal ook per blok reageren. De agenda voor vandaag volgend, beginnen wij dan nu met de behandeling van het wetsvoorstel Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet).

Algemene beschouwingen

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Ik wil de minister bedanken voor zijn snelle reacties op vragen en opmerkingen vanuit de Kamer. Die reacties namen wat mij betreft enkele vragen weg. Mijn fractie staat tweeslachtig tegenover dit wetsvoorstel. Tijdens de hoorzitting zei iemand: nu krijgen wij eindelijk het nationale ziekenfonds dat de PvdA al zo lang wil, te weten het plan-Simons. Het voorstel houdt echter bepaald niet een nationaal ziekenfonds in, zij het dat de parallel met het plan-Simons in die zin opgaat dat het VNO felle kritiek levert. Een marathondebat van 13 uur heeft het gevaar dat wij de hoofdzaken uit het oog verliezen. Het was Gerrit Komrij die zei: als de hoofdzaak van

huis is, dansen de details op tafel. Wij moeten ons daarin niet verliezen. Daarom begin ik met de opmerking dat kamerbreed wordt erkend dat er problemen zijn in het huidige stelsel. Ook de aanbieders, de zorgverzekeraars en heel veel burgers zijn die mening toegedaan. Vooral zelfstandigen en ouderen hebben problemen bij het opzeggen van hun particuliere verzekeringen als zij naar een andere verzekeraar willen.

Wat wordt er nu beter met de nieuwe zorgverzekeringswet? Het is een basisverzekering voor iedereen met acceptatieplicht en risicoverevening. Dat houdt een verbetering in voor de kwetsbare groepen in de huidige particuliere verzekeringen. Ze zijn nu geketend aan hun huidige verzekeraar, maar kunnen straks weg als het ze niet bevalt zonder dat de premie extreem stijgt. Ook mensen met een inkomen rond de ziekenfondsgrens hoeven zich niet meer af te vragen: kom ik erin of af val ik eruit? Verder is het winst dat de overheid in dit wetsvoorstel stelt: wij nemen de kosten van gezondheidszorg voor kinderen voor onze rekening. Als het vereveningsstelsel goed functioneert, kan het prikkels geven voor een goede zorginkoop door verzekeraars en maakt het risicoselectie moeilijker. Mijn fractie heeft altijd gesteld dat het goed is dat er meer mogelijkheden komen om van zorgverzekeraar te wisselen. Zorgverzekeraars moeten kritisch inkopen. Waarom duurt de behandeling in het ene ziekenhuis twee keer zolang of is die twee keer zo duur? Het is uitstekend dat zorgverzekeraars daar kritische vragen over stellen.

Laten wij het niet overdrijven: de zorg wordt niet voor 100% uitgeleverd aan de zorgverzekeraars. Zij

krijgen voor 10% van het aanbod echte onderhandelingsmacht; daar worden de prijzen vrijgegeven. Bij 90% van het aanbod van de ziekenhuizen blijft het aanbod gereguleerd via vaste prijzen. Het gaat om het A-segment van de DBC's. Kortom, ook namens de oppositie kan ik zeggen dat deze zorgverzekeringswet een aantal belangrijke verbeteringen biedt ten opzichte van het huidige stelsel. Daarbij gaat het om zaken waarvoor de PvdA heel lang heeft gestreden. Waarom is mijn fractie er dan toch niet van overtuigd dat deze wet er inderdaad per 1 januari 2006 moet en zal komen? Van het weekend las ik de krant en zag een paginagrote advertentie van de grootste verzekeraar van dit land, VGZ, die al aan het hele Nederlandse volk duidelijk maakte: per 1 januari 2006 komt er een zorgverzekeringswet. Blijkbaar weet men de uitslag van dit debat al.

Wat is er mis met deze wet? De mogelijke verbeteringen van de structuur worden door dit kabinet misbruikt om rechtse inkomenspolitiek te voeren, gekoppeld aan onnodige bureaucratie. Er komt een belachelijk hoge nominale premie van € 1100. Een beperkte vaste premie, vergelijkbaar met de huidige ziekenfondspremie (ongeveer € 350) is meer dan voldoende om prijsbewuste burgers en efficiënte zorginkopers te belonen. Een premie van € 1100 is niet eerlijk, want de inkomenseffecten worden via de zorgtoeslag gebaseerd op gemiddelden. Het eigen risico en de no-claim tellen niet mee. Een premie van € 1100 is ook niet nodig; men wisselt nu al van verzekeraar. Een premie van € 1100 is niet verstandig, want compensatie van zorguitgaven via de fiscus met een zorgtoeslag zorgt ervoor dat de invloed van de conjunctuur toeneemt. Ten slotte is een premie van € 1100 per persoon niet efficiënt. Dat argument zou juist deze minister moeten aanspreken. Het rondpompen van geld naar 6 miljoen huishoudens via een bureaucratisch systeem is niet nodig. Dit zeg ik ook tegen de collega's van de CDA-fractie. Het CDA-congres riep hen op om iets te doen aan de positie van de zwakkeren; dit is hun kans. Mijn collega Smits zal later op de dag ingaan op de koopkrachtereffecten en het slimmere en sociale alternatief van de PvdA-fractie.

De macht van zorgaanbieders en -verleners vraagt om tegenmacht, vooral van patiënten en in de praktijk van andere zaakwaarnemers zoals patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen nu de rol van scherpe inkoper gaan spelen, maar hebben natuurlijk ook hun eigen belang. Zij willen winst maken, willen macht hebben en willen mooie directiekamers. Hun belang is dus niet hetzelfde als het belang van een patiënt of een verzekerde. Deze minister is nogal naïef en gelooft vooral in het goede van de verzekeraars. Mijn fractie wenst daarom een sterkere positie van burgers, patiënten en verzekerden ten opzichte van de zorgverzekeraars. Ik ben erg benieuwd wat de minister vindt van het NPCF-plan om binnen de zorgverzekeringswet een persoonsgebonden budget in te stellen. Daarmee zou inkoopkracht van patiënten kunnen worden gebundeld, waarna zij zelf zorgaanbieders kunnen contracteren. De positie van de verzekerden kan verder worden verbeterd door een betere omschrijving van de zorgplicht. De zorgplicht van banken is goed omschreven. Daardoor hebben gedupeerde Legioleasebeleggers nu meer houvast. Juist op basis van een scherpe omschrijving van de zorgplicht – ken uw klant voordat u iets aan hem verkoopt – heeft een aantal Legioleasegedupeerden verschillende rechtszaken gewonnen. Mijn fractie pleit daarnaast voor een betere positie van verzekerden door een steviger juridische positie. Het College voor zorgverzekeringen zou een advies moeten geven over mogelijke geschillen. Verzekeraars hebben een eigen belang en kunnen dus geen regisseur zijn van de gezondheidszorg. De enige regisseur van de gezondheidszorg is de minister. Hij gaat over de verdeling van de rollen en over correcties op mogelijke uitkomsten. Daarom moet de minister zijn wettelijke instrumentarium gaan gebruiken om de verzekeraarsmarkt en de ziekenhuismarkt inzichtelijk te maken. Burgers moeten informatierechten krijgen en grote machtsposities moeten worden tegengegaan. Hij moet actief voorkomen dat er regionale monopolies ontstaan van verzekeraars en ziekenhuizen. Als dat gebeurt, daalt de kwaliteit, stijgen de

kosten en hebben patiënten en premiebetalers het nakijken. Meer keuzevrijheid voor een aantal verzekerden, met name voor particulier verzekerden, is mooi. Maar mijn fractie hecht nog meer waarde aan beschikbaarheid van zorg, aan toegankelijkheid en aan goede basiskwaliteit voor iedereen. Keuzevrijheid voor patiënten waarderen wij hoger dan de keuzevrijheid voor verzekerden. De mogelijkheid van wellicht 14.000 polissen betekent eerder keuzedwang dan keuzevrijheid.

Dan kom ik nu op de doelmatigheid van de financiële prikkels, te weten het eigen risico en de no-claim, waar de minister zo ontzettend in gelooft. Mijn fractie vindt de zorgverzekeringswet met een nominale premie van € 1100 al één grote financiële prikkel voor te veel verzekerden. Bovendien denkt mijn fractie dat de echte doelmatigheidswinst te behalen is met kostenbeheersing en innovatie binnen de instellingen. Doelmatigheid moet worden bereikt door het gedrag van zorginstellingen en verzekeraars te veranderen. Daar zit de grote winst, en niet in het zwaarder belasten van zieke burgers ten opzichte van gezonde mensen. Wij geloven dus niet in de hoge eigen risico's en in de no-claim. Met een eigen risico van € 500 en een no-claim van € 250 plus de "Buis-korting", kan het premieverschil tussen ziek en gezond oplopen tot vele honderden euro's per jaar, terwijl beiden gewoon het minimumloon verdienen. Dat is in onze ogen geen risicosolidariteit. Ik ben erg benieuwd naar de opvattingen van de CDA-fractie over dat verschil tussen ziek en gezond. Nogmaals: de zorgtoeslag compenseert volgens mij niet de eigen risico's en de no-claim. Zoals ik ook bij het no-claimdebat heb aangegeven, is mijn fractie realistisch wat betreft vormen van eigen betalingen in de curatieve zorg. Die zijn voor ons bespreekbaar en zij bestaan ook al: bij de tandheelkundige zorg en bij de genees- en hulpmiddelen en bij de AWBZ. Overeenkomstig les 1 van de economie werken financiële prikkels alleen als er keuzemogelijkheden zijn en als de administratieve lasten niet te hoog zijn. Bovendien wil de PvdA-fractie altijd de huisarts en kwetsbare groepen ontzien. De minister bezeeft ons voortdurend dat het nieuwe basispakket in

deze zorgverzekeringswet het huidige ziekenfondspakket zal worden. Ik wil op dat punt graag een heel heldere toezegging. Mijn fractie heeft altijd gesteld dat de zorgverzekering een breed pakket zou moeten kennen, met ook andere onderdelen van de AWBZ. Mijn fractie blijft van mening dat een aantal pakketbezuinigingen onterecht was. De definitie van het begrip passende zorg of van de "trechter van Dunning" zou duidelijker en wettelijk verankerd moeten worden. Mijn fractie blijft van mening dat een publiekrechtelijke vormgeving beter is. Sociale uitgangspunten zijn dan gemakkelijker en beter te waarborgen. Wij denken dat een publiekrechtelijk stelsel Europeesrechtelijk beter houdbaar zal blijken te zijn. Er komt een dag dat er een ambitieuze bedrijfsjurist met zijn commerciële zorgverzekeraar naar het Hof in Luxemburg gaat en de zaak opblaast, zoals het transfersysteem in het voetbal is opgeblazen door het Bosman-arrest. Dan staan wij met lege handen. Bovendien geeft een publiekrechtelijke vormgeving eenvoudige burgers een sterkere juridische positie ten opzichte van gehaaide advocaten van zorgverzekeraars. De overheid kan dan gemakkelijker eisen stellen. Mijn fractie is dus op zijn minst tweeslachtig in het oordeel over deze zorgverzekeringswet. De balans moet wat meer naar publiek in plaats van privaat, wat meer naar sociaal in plaats van markt. Inkomenseffecten kunnen gedempt worden en dat zou ook moeten gebeuren. Meer marktwerking aan de aanbodkant is alleen mogelijk als aan de voorwaarden van transparantie en voldoende aanbod is voldaan.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik weet niet of de heer Heemskerk aan het einde van zijn bijdrage is gekomen, maar ik heb een vraag aan hem over de Europeesrechtelijke kant, over de vormgeving publiek-privaat. Daar hebben wij bij het hoofdlijnen debat uitvoerig over gesproken en de fractie van de ChristenUnie was er van meet af aan zeer kritisch over. Ik herinner mij een debat met mevrouw Borst op dat punt. De minister zei in het hoofdlijnen debat in april dat als er onverhoopt en wat hem betreft onverwacht op Europees niveau iets op afgedongen zou worden, dan zou de gang naar de rechter en het

Europese Hof voldoende tijd geven om aanpassingen in het systeem aan te brengen om dat op te vangen. Ik heb daar wat over na zitten denken, maar ik vraag mij af of de heer Heemskerk zich daardoor niet heeft laten overtuigen. Was dat onvoldoende geruststellend voor hem? Het is een open vraag, ik ben er zelf ook nog mee bezig.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik blijf daar zeer zenuwachtig over. Ik zou van de minister willen horen hoe snel dat loopt. Uiteindelijk is het eindoordeel over deze wet ook bepalend voor de vraag of wij een aantal publieke waarborgen dan toch op een andere manier goed kunnen vormgeven. Ik zie dat vooral op het terrein van de geschillenbeslechting en de verticale integratie. Nu kunnen wij gewoon tegen ziekenfondsen zeggen: u mag eigen instellingen kopen, tenzij wij er aanleiding toe zien om het te verbieden. Het mag bijvoorbeeld om een markt open te breken. Zo is er een trits van sociale waarborgen die volgens mij makkelijker, beter en veiliger in een publiek stelsel vormgegeven kunnen worden en dat is een van de hoofdpunten van dit debat. Ik som een aantal punten op waar de PvdA-fractie verbeteringen op wenst. Op sommige punten doen wij dat via amendementen, deels komt het wellicht voor in de beantwoording van de minister en deels komt het in de blokken terug. Wij willen sociale elementen in het stelsel door een wettelijke verankering van gezondheidsdoelstellingen. Wij willen wel meer doen aan preventie en het een doel van de wet maken om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen; wij wensen heldere criteria over de samenstelling van het pakket en het begrip passende zorg en geen bezuinigingen meer op het huidige ziekenfondspakket, of te wel een duidelijke toezegging dat het ziekenfondspakket de basis is voor de zorgverzekering. Het tweede kopje is een betere positie van burgers. Mijn fractie wil geen gedwongen winkelnering, dus een verbod op koppelverkoop. Je moet een nieuwe basispolis kunnen nemen bij een andere verzekeraar, zonder dat je de huidige aanvullende verzekering ook moet opzeggen; wij willen een betere rechtspositie van verzekerden bij geschillenbeslechting; het beter waarborgen en ook monitoren van de positie van

onverzekerden, zoals dat nu ook in de Ziekenfondswet gebeurt en ik herhaal dat de zorgtoeslag met de bijbehorende bureaucratie niet hoeft. Het kan anders. Mocht de toeslag er toch komen – ik ben immers ook enigszins realistisch, al ga ik zeker mijn best doen om de coalitie te overtuigen – zorg er dan voor dat verzekeraars direct met de fiscus zaken kunnen doen bij het verrekenen van de zorgtoeslag. Dan gaat er een schakel tussenuit en dat betekent minder bureaucratie, minder rondpompen van geld. Cederen heet dat voor de kenners. Ten slotte mag er geen naïviteit bestaan tegenover de verzekeraars. Er moet verantwoording komen over de invulling en rapportages over hun zorgplicht; regionale monopolies moeten verhinderd worden door zorgaanbod in eigen beheer niet toe te staan, gewoon conform de huidige Ziekenfondswet: nee, tenzij. Wij wensen een duidelijk scenario van deze minister over sociale waarborgen en een terugvalscenario voor het geval dat een privaatrechtelijk stelsel niet Europaproof is en een aantal duidelijk sommen over de opbrengsten en de vrijval van het eigen vermogen van de particuliere verzekeraars. In de WAO zien wij nu dat de premies verhoogd worden, omdat particuliere verzekeraars een vermogen moeten opbouwen. Als er premies vrijvallen bij de verzekeraars, kunnen volgens mij nu de premies omlaag. Wij willen dus een standstil op de uitbreiding van de marktwerking bij ziekenhuizen door de vrije DBC's te bevriezen op de huidige 10%. Tot zover de eerste inbreng van de kant van de PvdA-fractie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Mijn algemene inleiding is niet al te lang, omdat ik het meeste laat terugkomen bij de verschillende punten. Al enige jaren is het CDA in publicaties en discussies bezig met de vraag hoe in de moderne samenleving vaste waarden kunnen worden behouden. Dit geldt in het bijzonder voor de gezondheidszorg. Schaarste, bureaucratie, anonieme grootschaligheid en doorgeschoten efficiency vormen een bedreiging hiervoor. Het huidige gezondheidszorgstelsel is verbrokkeld en onoverzichtelijk; dit staat de toegankelijkheid en de betaalbaarheid in de weg. Mensen hechten aan

een goede gezondheid en de kans daarop moet dan ook zo groot mogelijk zijn. In de visie van het CDA is de eigen keuze erg belangrijk, ook in de gezondheidszorg. De overheid moet daarbij voorwaarden scheppen om de betaalbaarheid en de toegankelijkheid veilig te stellen. Dit wetsvoorstel, aangekondigd in het Hoofdlijnenakkoord, voldoet in grote lijnen aan deze uitgangspunten. Op veel van onze vragen en opmerkingen biedt de nota naar aanleiding van het verslag een antwoord. Hiervoor dank aan de minister. Sommige zaken zijn nog onduidelijk of ze staan nog ter discussie. De vormgeving van de nieuwe wet sluit aan bij de visie van het CDA. Voor ons waren de uitgangspunten: keuzevrijheid voor de verzekerde, geen inkomenspolitiek via de zorgverzekering, dus herstel van het verzekeringskarakter, prikkels geven via de introductie van geregeleerde marktwerking, voldoende solidariteit om de betaalbaarheid en de toegankelijkheid te kunnen garanderen en gratis meeverzekering van kinderen tot de leeftijd van 18 jaar. Wij zijn ons ervan bewust dat met deze wet onze gezondheidszorg vooral in technisch-financiële zin wordt geregeld, maar gezondheidszorg is natuurlijk meer. Welke gezondheidsdoelen stellen wij ons hierbij? Hoe ontwikkelt de arbeidsmarkt zich in de gezondheidszorg bij een steeds toenemende vraag naar zorg? Hoe kunnen wij een beleid van kwaliteitsgarantie en preventie ontwikkelen waardoor mensen gezonder kunnen leven en de druk op de gezondheidszorg kan afnemen? Dit zijn allemaal vragen waarop in de wet geen antwoord wordt gegeven, maar die wel belangrijk zijn. Want hoe voorkomen wij dat de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder in het kader van deze wet meer aandacht hebben voor concurreren op basis van de prijs dan voor de kwaliteit? Deze elementen moeten in balans zijn. Het antwoord op deze vraag kan bijdragen tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg; ook dit was een uitgangspunt voor deze wet. De keuze van een privaatrechtelijk systeem met publieke waarborgen heeft onze instemming. Het antwoord van de minister op onze vragen over de overeenkomst in de zin van het Burgerlijk Wetboek is overtuigend. Het is voor ons nog wel een klemmende vraag of een

drempel voor de acceptatie voor een aanvullende verzekering in de praktijk geen drempel zal vormen voor het overstappen van de ene zorgverzekeraar naar de andere voor het standaardpakket. Is op deze manier niet toch risicoselectie mogelijk? Dit is een cruciale vraag, aangezien mobiliteit van de verzekerde, het stemmen met de voeten, de methode is om vraagsturing vorm te geven.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Bent u het met ons eens dat je om deze reden verzekeraars moet verbieden om een aanvullende verzekering op te zeggen als de basisverzekering wordt opgezegd, dus in het geval waarin iemand het aanvullende pakket wil behouden, maar een mooie, nieuwe basispolis bij een andere verzekeraar wil kiezen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij zijn het er mee eens dat de mensen zoveel mogelijk vrijheid moeten krijgen bij de keuze van de verzekeraar bij wie zij een aanvullende verzekering willen afsluiten. Zij kunnen wat ons betreft bij dezelfde verzekeraar blijven, maar ook naar een andere stappen. Sterker nog, zij kunnen zich ook tot een derde verzekeraar wenden die helemaal geen standaardverzekeringen aanbiedt.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat kunnen zij doen, maar vindt u dat de wetgever zou moeten verbieden dat een verzekeraar een aanvullende verzekering opzegt van iemand die zijn basisverzekering opzegt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik denk dat de verzekeraar dat niet moet kunnen doen. Centrale aanbodsturing maakt plaats voor geregeleerde marktwerking. Dit is nodig voor betere prestaties in de zorg, zo staat er in de nota naar aanleiding van het verslag. Er is dus een directe relatie tussen prijs en prestatie. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat een verzekerde gemakkelijk kan overstappen. Zo zou de verzekerde inderdaad centraal staan, maar dit vinden wij nog niet overal terug. In het tweede blok kom ik nog op dit aspect terug, maar nu graag een algemene reactie hierop. De minister gaat uitvoerig in op de Europees-rechtelijke aspecten. De reactie op de mogelijke toepassing van de uitzondering op de regels in de Derde Schaderichtlijn die artikel

54 biedt, is voor ons nog niet overtuigend. De nota naar aanleiding van het verslag geeft zelf een dubbelzinnigheid aan. De Commissie erkent onomwonden dat deze schaderichtlijn Nederland de mogelijkheid geeft wettelijke bepalingen van algemeen belang vast te stellen die bindend zijn voor zorgverzekeraars op de zorgmarkt. Hier klinkt enige aarzeling door, zo lijkt ons. Wat is de reactie van de minister op de aarzelingen van de Europese Commissie bij een mogelijke verplichting zorg in natura aan te bieden? De minister stelt dat de brief de grootst mogelijke zekerheid biedt in het kader van de consultaties, maar even eerder wordt opgemerkt dat de Commissie erop wijst dat het afhankelijk is van de gedetailleerde wettelijke regulering hoe de toetsing van de noodzakelijkheid uitvalt. Het wetsvoorstel was nog niet bij de Europese Commissie bekend, toen deze die grootst mogelijke zekerheid bood in de bewuste brief. Graag verkrijg ik hierop een reactie van de minister. Kan de minister toelichten waarom hij het uitgesloten acht dat de Europese Commissie zelf een procedure aanspant? In de nota is namelijk alleen sprake van een verzekerde die dit zal doen, maar de Europese Commissie kan dit ook.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Over het Europees rechtelijke aspect heb ik een vraag, in lijn met de vraag die ik zo-even aan de heer Heemskerk stelde. Het betreft de opmerking van de minister: gesteld dat het te zijner tijd onverhoopt fout loopt bij de Europese rechter, dan kunnen wij nog aanpassingen plegen. U bent vrij aarzelend over de brief van de Commissie, maar de vraag is dan wel in welke richting de CDA-fractie zou denken, als het gaat om eventuele aanpassingen. Het is mij nu te open; het is ook een beetje vooruitkijken naar de toekomst. Indien wij zullen moeten aanpassen als er een negatief rechterlijke uitspraak komt, bent u het dan met mij eens dat dit een forse aanpassing in de richting van een publiekrechtelijke vormgeving zal moeten zijn?

Mevrouw **Smilde** (CDA): In het uiterste geval moet je de derde schaderichtlijn aanpassen en meer in overeenstemming brengen met de situatie in meerdere Europese landen, die graag ook op die manier

een zorgstelsel willen regelen. Immers, Nederland is wat dat betreft niet de enige. Ik denk dat het voor deze wet voldoende is, maar dit hangt mede af van de beantwoording door de minister, want ik ben niet voor niets zo aarzelend. Er is een langdurige procedure; dat hebben wij met het Van Benthem-arrest gezien. Vaak kun je zien welke kant het opgaat, zodat je al eerder kunt bijsturen. Of het zo rigoureuus zal zijn als de heer Heemskerk inschat, waar het betreft het Bosman-arrest, kan ik niet inschatten want dit is erg theoretisch.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik begrijp dat; ik wil niet overvragen. Waar het mij om gaat, is of de CDA-fractie het met mij eens is dat onder geen beding de publieke randvoorwaarden waarover wij nu spreken, mogen worden gerelativeerd, mocht er onverhoopt op enig moment een Europese uitspraak komen. Daar gaat het mij op dit moment vooral om. Veel verder kunnen wij niet kijken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee, dat lijkt mij ook niet. De publieke randvoorwaarden die nu in deze zorgverzekeringswet zitten, moeten daarin blijven, want die hebben wij nodig vanwege het algemeen belang. Dat lijkt mij duidelijk.

Mevrouw **Kant** (SP): Als wij die publieke randvoorwaarden allemaal zo belangrijk vinden, begrijp ik niet goed waarom niet gekozen is voor een publiekrechtelijk stelsel. Waarom hecht u, als CDA-fractie, blijkbaar zo aan de keuze die nu gemaakt is? Waarom niet meteen kiezen voor een publiekrechtelijk zorgstelsel en al die risico's vermijden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik denk dat wij dan weer andere problemen krijgen. Wij hebben als CDA-fractie al jaren gekozen voor een privaatrechtelijk stelsel, omdat daar veel meer mogelijkheden liggen voor zowel verzekeren als verzekeraars, met overeenkomsten die van twee zijden aangegaan worden. Als daar publieke waarborgen bij zijn zoals deze er nu in zitten, heeft dat voor ons de voorkeur, want er liggen dan gewoonweg meer mogelijkheden.

Mevrouw **Kant** (SP): Welke mogelijkheden zijn dit dan die in een

publiekrechtelijk stelsel niet zouden kunnen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mogelijkheden op het punt van overeenkomsten tussen verzekeren en verzekeraars, maar ook ten aanzien van overeenkomsten tussen verzekeraar en zorgaanbieders. Een en ander kan bij marktwerking meer worden ingericht naar verschillende vormen dan dat dit in de publiekrechtelijke sfeer mogelijk zou zijn. Op dit moment merken wij ook in de Ziekenfondswet, waar het stelsel publiekrechtelijk is, dat dit tekortschiet, want wij lopen daar aan alle kanten mee vast.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het CDA zet jaren in op private vormgeving. Daarom verbazen de aarzelingen mij enigszins. Je zet er toch niet op in als je er zelf niet in gelooft?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ook daarin hebben wij de afgelopen jaren geïnvesteerd. Er is ook een notitie geschreven over de aanwezige mogelijkheden. Die aarzelingen blijven en wij willen een klip en klaar antwoord. De route die nu wordt gevolgd biedt de meeste ruimte aan de verschillende partijen. Daarbij moeten de publieke waarborgen via Europa worden geregeld. Dat lijkt mij echter niet in tegenspraak met elkaar. De uiteenzetting over het mededingingsrechtelijke aspect van de wet is wat ons betreft wat overtuigender. Er konden ook voorbeelden worden gegeven van jurisprudentie van het Hof. Met de regering is het CDA van mening dat het Hof bij toetsing van de artikelen 87-89 EG rekening houdt met verantwoordelijkheden die aan bepaalde ondernemingen zijn opgedragen met het oog op de algemene belangen. Ik heb in dit kader nog een vraag over grensoverschrijdende zorg. In de nota naar aanleiding van het verslag staat dat met verdragspartners afspraken worden gemaakt welke van de mogelijke zorgverzekeringsvarianten op hun verzekeren van toepassing zullen zijn. Op welke verdragspartners wordt gedoeld? Wij hechten zeer aan een zorgvuldige overgang van het ene naar het andere zorgstelsel. Draagvlak is onontbeerlijk. Daarbij kan een zorgvuldige overgang helpen. Tijdig weten waar iedereen aan toe is, is een eerste vereiste. Wanneer komt de notificatie van de Europese

Commissie om nadere duidelijkheid te brengen over Europeesrechtelijke aspecten van deze wet?

Bij de debatten over deze wet ontbreekt de invoeringswet. Het CDA vindt dat wij de contouren hiervan ter beschikking moeten hebben bij de plenaire afhandeling. Voorts moet duidelijk zijn wanneer de Wet op de zorgautoriteit precies haar beslag krijgt. Graag verneem ik een reactie. Het ene AMvB, dat tevens verwijst naar allerlei ministeriële regelingen, maakt ook niet helemaal duidelijk hoe de overgang precies zal zijn. Hoe zit het met het overgangsrecht? Wordt dat in de invoeringswet geregeld?

Mevrouw **Kant** (SP): Het is interessant dat u eerst de invoeringswet in contouren wilt zien alvorens wij dit wetsvoorstel plenair kunnen behandelen. Wat bedoelt u precies met "contouren"? Dat vind ik toch belangrijk, want ik zou wel iets meer dan alleen contouren willen zien.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Op dit moment hebben wij nog helemaal niets van de invoeringswet gezien. Als wij uit de contouren kunnen concluderen dat de overgang op een zorgvuldige manier wordt geregeld, dan moeten wij dat toch weten voordat wij deze wet tot een afronding brengen. Ik heb horen verluiden dat die invoeringswet in januari naar de Kamer komt. Het lijkt mij dat wij begin december op zijn minst contouren moeten kunnen krijgen. Maar dat hoor ik straks wel.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat betekent concreet dat de CDA-fractie zegt: wij behandelen vandaag de bepalingen van de voorliggende twee wetsvoorstellen, wij zetten vanavond een puntkomma en wij wachten op de invoeringswet voordat wij verder gaan met de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel, in ieder geval totdat wij op papier de globale inhoud van de invoeringswet hebben. Zo begrijp ik u.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee, dat begrijpt u verkeerd. Ik heb niet gevraagd om het wetsvoorstel van de invoeringswet, maar om de contouren ervan. Ik wacht de reactie van de minister daarop af, waarna wij in tweede termijn nog van gedachten kunnen wisselen over de

vraag op welke wijze die tot ons komen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. De VVD-fractie kijkt naar de gezondheidszorg vanuit het perspectief van de verzekerden en de zorggebruikers. Alle andere betrokkenen zijn dienstbaar aan hen en dat geldt ook voor hun belangen. Vanuit deze invalshoek is het belangrijk om de vraag te beantwoorden waar dit wetsvoorstel eigenlijk goed voor is. Wat hebben gebruikers en verzekerden eraan? Juist met het oog op het belang van zorggebruikers en verzekerden is de VVD een groot voorstander van één ziektekostenverzekering voor iedere Nederlander. Ik laat de analyse hoe het zo is gekomen even voor wat het is. Wel heb ik besloten om nog even op een rijtje te zetten wat voor de VVD-fractie de redenen zijn om deze megaoperatie te steunen, juist omdat ik de afgelopen weken zoveel groepen langs heb gekregen die vragen of deze wet niet nog even kan wachten. Er zijn momenteel verschillende verzekeringen waartussen de persoon die zich gaat verzekeren niet vrij kan kiezen. Wij hebben het ziekenfonds, de particuliere verzekering, de WTZ en verschillende ambtenarenverzekeringen. Deze versnipperde markt heeft verschillende nadelen voor de consument. Ten eerste is het voor de persoon die zich moet of wil verzekeren niet transparant. Hij moet eerst uitzoeken waar hij onder valt, want de keuze is niet aan hem. Welke verzekering hij kan nemen, is afhankelijk van zijn werksituatie, zijn inkomen, zijn burgerlijke staat, zijn gezondheidstoestand, zijn leeftijd, etc. Zijn keuze is dus beperkt. Als hij in één categorie valt, kan hij niet kiezen voor een aanbod uit een andere categorie verzekeringsarrangementen. Er is sprake van gesloten deelmarkten. Omdat hoe je bent verzekerd afhangt van een aantal criteria, betekent het ook dat de verzekerde, als er iets verandert in de werksituatie of het inkomen of de leeftijdsgrens wordt overschreden, verplicht moet overstappen naar een andere deelmarkt. Dat kan heel slecht uitpakken voor de persoon die zich op zo'n deelmarkt opnieuw moet verzekeren. Hoe ouder of zieker de persoon wordt, hoe slechter zijn positie op de particuliere markt. Bovendien levert het een hoop

gedoe op om steeds verplicht te moeten overstappen naar een andere verzekeraar met andere condities. Dit gejojo zijn betrokkenen spuugzat. Op de particuliere markt bestaat geen verzekeringsverplicht, geen acceptatieplicht en mogen premies verschillen op basis van het risicoprofiel van de persoon die zich verzekert. Voor mensen met een vlekje en voor mensen boven de 45 is de keuzevrijheid zo goed als afwezig. Overstappen naar een andere verzekeraar betekent al gauw een medische keuring. Wordt daarbij iets geconstateerd, dan betekent dat automatisch een hogere premie. Mensen beginnen daar in de praktijk liever niet aan, waardoor er dus sprake is van een beperkte keuzevrijheid en dynamiek op deze markt. Doordat de premie binnen de deelmarkten op basis van verschillende criteria totstandkomt en doordat er solidariteitsheffingen bestaan (WTZ, MOOZ) vallen de premies heel verschillend uit voor mensen in vergelijkbare omstandigheden. Dit leidt tot scheve premielasten, die voor veel mensen onbegrijpelijk en in onze ogen ook niet wenselijk zijn. Voor een derde van de markt bestaat er in Nederland geen verzekeringsplicht. Een verzekeringsplicht is voor een liberaal een grote stap. De ziektekosten komen echter vooral met de jaren en zijn voor de meeste mensen niet zelf op te brengen. Om te voorkomen dat alleen ouderen en zieken zich verzekeren, waardoor de verzekering zichzelf opblaast door de premiehoogte, om te waarborgen dat mensen die hulp nodig hebben, die ook krijgen, en om freeriders te voorkomen, is een verzekeringsplicht onontbeerlijk. De huidige versnipperde markt buit de voordelen van marktwerking onvoldoende uit. De dynamiek is te beperkt. Daardoor is het huidige systeem te duur en maken wij ons zorgen over de financiële houdbaarheid ervan. Ook als de vergrijzing in Nederland op haar hoogtepunt is en de ontgroening ervoor zorgt dat de draagkracht van ons systeem afneemt, moeten alle Nederlanders die dure zorg nodig hebben, die hulp ook kunnen krijgen. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg hangt nauw samen met de betaalbaarheid van de zorg. De premies moeten wel op te brengen blijven. De VVD heeft dus niet voor niets als doel dat in deze kabinetsperiode een

einde wordt gemaakt aan de bestaande versnippering van de ziektekostenverzekeringen, door deze te vervangen door één basisverzekering voor iedere Nederlander. Wij zijn daar overigens niet uniek in. Al decennia hangt de basisverzekering boven de markt. Iedereen wil het, maar "the devil is in the details". Tot nu toe heeft niet één wetsvoorstel het parlement overleefd. Na acht jaar politiek van geen onomkeerbare besluiten, is dit kabinet de strijd terecht weer aangegaan. Wij zijn verheugd over de voorstellen. Natuurlijk plaatsen wij een aantal kanttekeningen, maar onze basishouding is positief. Voor ons is dit wetsvoorstel zeker geen blauwdruk of sluitstuk. De VVD-fractie beschouwt dit wetsvoorstel als een belangrijke stap in de hervorming van de zorgverzekeringen. De centrale doelstelling achter dit wetsvoorstel is dus tweeledig. Ten eerste moet de zorg van hoge kwaliteit blijven, en betaalbaar, zodat in de toekomst iedereen er gebruik van kan blijven maken. Ten tweede moet de keuzevrijheid van mensen worden vergroot. De aanpassing van ons verzekeringsstelsel alleen is onvoldoende om deze doelstelling te bereiken. Liberalisering van de zorgaanbodmarkt is cruciaal. Er zijn partijen die stellen dat de politiek maar moet beginnen met deze liberalisering en dat de hervorming van het verzekeringsstelsel daarop zou moeten wachten. Liberalisering van het aanbod is noodzakelijk om de dynamiek te krijgen die een betere prijs-kwaliteitverhouding tot stand brengt en het aanbod meer gericht maakt op de wensen van de patiënt. De wetten die dit regelen, de HOZ, de WTZi en de WTG ExPress, zijn in deze Kamer al behandeld. Deze wetten waarborgen een zorgvuldige overgang. Dat geeft al aan dat ook de Kamer zich ervan bewust is dat hier stappen moeten worden gezet. De VVD zal erop toezien dat het tempo erin blijft. Deze liberalisering waarbij uiteindelijk meer en meer divers aanbod zal ontstaan, moet echter wel gepaard gaan met een financiering die structureel houdbaar is. Wij moeten ook hier dus aan de slag. Uit de kritiek op de huidige situatie vallen de uitgangspunten van de VVD-fractie te destilleren. Wij willen één zorgverzekeringsmarkt waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars wordt gestimuleerd, opdat zij

hun uiterste best doen om al hun verzekerden goed te bedienen. Dat wil zeggen dat zij aan iedereen die zich bij hen meldt, een hoge kwaliteit zorg moeten bieden tegen een zo laag mogelijke prijs. Verder zal concurrentie een goede service stimuleren en preventie en innovatie bevorderen. De dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt moet substantieel groter worden. Er moet sprake zijn van een eerlijke, transparante markt. De sociale zorgverzekering moet daarbij de lasten eerlijker verdelen. Er mag geen feitelijke belemmering ontstaan voor burgers om zich te verzekeren. De burgers moeten goed worden geïnformeerd om werkelijk te kunnen kiezen. Ook moet het systeem transparant en begrijpelijk zijn voor burgers. De burger moet dus een goed inzicht worden geboden in de prestaties van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders waartussen hij kan kiezen. In onze ogen heeft de regering met dit wetsvoorstel een aardig evenwicht gevonden tussen deze doelstellingen. Misschien dat het nog beter kan, maar daarop kom ik in de loop van mijn verhaal terug. Wij hebben een voorkeur voor een privaatrechtelijke vormgeving van ons ziektekostenstelsel met publieke waarborgen. Dat biedt perspectieven voor de dynamiek die nodig is, en doet recht aan de praktijk van de gezondheidszorg in Nederland waar altijd al private partijen de zorg verzekeren en uitvoeren. Ons gaat het erom, een solide, toekomstbestendig stelsel te bouwen. Daar horen meer marktprikkels bij. Je ziet dat men ook in andere Europese landen vanuit dezelfde overwegingen stappen zet naar marktwerking. Wij zijn van mening dat de regering deze aspecten voldoende heeft onderbouwd en getoetst, zeker met het oog op de bijzondere praktijk dat er vooraf geen fiat kan worden verkregen vanuit Europa, maar dat er achteraf wel beperkingen kunnen worden opgelegd. Dat geldt overigens ook voor de keuze voor een publiekrechtelijke vormgeving. Gezien de verdeling van dit debat in blokken, had ik de aanvullende verzekering ondergebracht in het tweede blok. Mijn voorgangers hebben hier evenwel al over gesproken. Daarom wil ik hier nu dus ook maar even op ingaan.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik kom daar in het tweede blok ook nog op terug.

De **voorzitter**: Het lijkt mij ook voor de minister wel handig dat wij ons houden aan de voorgestelde blokindeling. Dit is het algemene deel en straks kunt u in de drie vervolgblokken meer op de details ingaan.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb nog een vraag over de marktwerking in het publiekrechtelijk stelsel. Je kunt in dat stelsel ook private uitvoerders kiezen. Waarom is dat privaatrechtelijk stelsel zo veel aantrekkelijker dan het publiekrechtelijk stelsel, waarin je de waarborgen wat gemakkelijker kunt vormgeven en waarin je ook concurrentie tussen zorgverzekeraars kunt toestaan?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wat mij opgevallen is aan deze al langlopende discussie, is dat het bijna een semantische discussie is geworden en dat er een soort "gelovigen" een privaatrechtelijke dan wel publiekrechtelijke vormgeving zijn gekomen. Zo heb ik mij niet willen opstellen. Wij willen een dynamisch systeem; wij vinden dat het in het huidige systeem juist aan dynamiek ontbreekt. Wij hebben voor een privaatrechtelijke uitvoering gekozen omdat wij denken dat deze die dynamiek meer waarborgt. Of dat zo is, hangt af van de hoeveelheid regels die wij daarbij aanbrengen. Er zal in Europeesrechtelijke zin een rem op regelgeving zijn, in ieder geval een extra toets of extra regelgeving mogelijk is. Dat is de gevoelsmatige reden waarom wij hebben gekozen voor een privaatrechtelijk stelsel. Daarbij hebben wij in acht genomen dat het evenveel vragen oproept als je een publiekrechtelijk systeem wilt realiseren, omdat daar vanuit Europese regelgeving ook allerlei beperkingen aan zitten. Wij kiezen nu niet voor een risicovolle weg, terwijl het publiekrechtelijk stelsel een veilige weg zou zijn.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het is bij de VVD dus geen geloofskwestie, maar blijkbaar een gevoelskwestie.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij hebben die keuze gemaakt omdat wij denken dat gebrek aan dynamiek in het huidige systeem een van de grootste problemen is. Wij denken dat er in een privaatrechtelijke vormgeving meer ruimte zal zijn om

die dynamiek in het stelsel te brengen.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Het nieuwe zorgstelsel moet nog op heel veel punten worden ingevuld. Dat maakt het moeilijk om te voorspellen hoe het precies zal uitpakken. De invoeringswet hebben wij bijvoorbeeld nog niet gezien. Wel trof ik bij de stukken het Besluit zorgverzekering aan, maar dat roept bij mij voornamelijk vragen op. Ook na de behandeling van dit wetsvoorstel blijven er veel onduidelijkheden. Procedureel vind ik het slecht dat wij nu allerlei beslissingen nemen, terwijl wij niet weten hoe het stelsel er uiteindelijk uit komt te zien. Ik begrijp niet waarom er zoveel haast wordt gemaakt. Om een goede finale beslissing te kunnen nemen, moet je veel meer weten. Wat nu op tafel ligt, roept al heel veel vragen op. Het is overigens moeilijk om een beeld te krijgen van de consequenties. In mijn bijdrage zal ik dan ook veel concrete vragen stellen. Het antwoord daarop zal meer inzicht verschaffen in wat er nog allemaal staat te gebeuren. Ik hoop ook dat duidelijk wordt waar dit volgens de minister toe moet leiden. Mijn fractie is al heel lang voorstander van één ziektekostenstelsel waarin iedereen verplicht verzekerd is. Helaas is dat meteen het enige goede wat wij over dit wetsvoorstel kunnen melden. Ik ga achtereenvolgens in op de keuze voor een privaatrechtelijk stelsel, de solidariteit, de macht van de zorgverzekeraars en de marktwerking. Ik begrijp nog steeds niet waarom voor een privaatrechtelijk stelsel is gekozen. Ik denk dat een publiekrechtelijk stelsel veel meer mogelijkheden biedt dan gedacht wordt. Waarom wordt er ook meteen voor een stelsel met winstoogmerk gekozen? Is dat onlosmakelijk met elkaar verbonden? Ik denk erover een amendement in te dienen op grond waarvan winsten altijd terug moeten vloeien naar de verzekerden of naar de zorg. Wetstechnisch blijkt dit echter heel moeilijk en dat kan wel eens te maken hebben met de principiële keuze voor een privaatrechtelijk stelsel. Een amendement op dit punt zou destructief zijn. Daar zit ik op zichzelf niet zo mee, maar politiek heeft het weinig zin om zo'n amendement in te dienen. Ik heb problemen met het winstoogmerk van zorgverzekeraars. De

premiecenten kunnen voor een deel terecht komen in de zakken van de aandeelhouders en dat vind ik niet erg doelmatig. Eigenlijk zijn de verzekeren, de premiebetalers, aandeelhouders van de zorgverzekeringen. Als er geld overblijft, als er winst gemaakt wordt, moet dat leiden tot een verlaging van de premie of tot extra investeringen in de zorg. Toen ik het wetsvoorstel goed had gelezen en gezien had wat er allemaal op ons afkomt aan concurrentie en verschillen in polissen, ben ik tot de conclusie gekomen dat wij van die zorgverzekeraars af moeten zien te komen. Dat wordt namelijk een enorm gedoe. Mijn conclusie is helemaal niet zo raar, want in Canada heeft men op een gegeven moment de zorgverzekeraars ertussenuit gehaald. In essentie gaat het om twee vragen. Hoe wordt de premie opgebracht en hoe leveren wij goede zorg? Daar kunnen wij de zorgverzekeraars prima bij missen.

Minister **Hoogervorst**: Ook in Engeland kent men een stelsel zonder verzekeraars.

Mevrouw **Kant** (SP): Je kunt heel veel kritiek hebben op de wijze waarop dat in Engeland gegaan is. Ik wil daar best eens met u over discussiëren. In Canada was er een stelsel met zorgverzekeraars. Omdat dit niet goed liep, heeft men daar op een gegeven moment besloten om de ziektekostenverzekeraars ertussenuit te halen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat is interessant, want dan hebben wij geen zorgverzekeringwet meer nodig. Dat neemt echter niet weg dat mensen moeten betalen voor de zorg. Op welke wijze komt het geld binnen en wie zorgt voor een doelmatig aanbod? Kortom, wie neemt de rol van de zorgverzekeraars op zich? Ik zie ze niet zo gemakkelijk verdwijnen.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, ik ook niet, maar wij kunnen ze een handje helpen. Premies kunnen ook geïnd worden via het belastingstelsel. Dat is eerlijker dan het voorstel dat aan de orde is. Natuurlijk moet gecontroleerd worden of de centen op een goede manier aan de zorg worden uitgegeven en natuurlijk moeten er allerlei prikkels worden ingebouwd opdat dit efficiënt en doelmatig

gebeurt. In Canada loopt dit via districten. Hier zijn dat provincies of regio's. Instituten gaan na of de zorg doelmatig wordt verleend. Er is wel enige aansturing nodig, maar er hoeft geen commerciële zorgverzekeraar tussen te zitten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De zorgverzekeraars worden dan vervangen door instituten. Wat is de rol van die instituten? Hoe komt de zorg bij de verzekerde terecht, als de zorgverzekeraar ertussenuit wordt gehaald?

Mevrouw **Kant** (SP): De patiënt kan naar een gratis toegankelijke zorgaanbieder. Je kunt je dat moeilijk voorstellen, als je ziet hoe chaotisch wij het in Nederland hebben geregeld. Als mensen door het betalen van belasting recht hebben op zorg en zorgaanbieders die zorg verlenen, kun je daar als patiënt naartoe gaan en krijg je die zorg. Natuurlijk is aansturing nodig en moet worden nagegaan of er goede zorg wordt geleverd. Daarvoor heb je dan de inspectie en een doelmatigheidsinstituut. Er zijn landen waar dergelijke instituten prima kunnen ingrijpen als er geen goede zorg wordt verleend. Als bijvoorbeeld het management van een ziekenhuis niet goed is, kan het instituut de aanwijzing geven dat sprake is van wanbestuur en dat het kan gaan. De zorgverzekeraar doet dat niet. In het voorgestelde stelsel is de solidariteit onvoldoende. Dat begint al met de premies, die niet inkomensafhankelijk zijn. Ik vind het niet eerlijk dat een miljonair net zoveel premie betaalt als iemand in de bijstand. Men zal zeggen dat dit wordt gecompenseerd, maar dat is maar zo lang als het duurt. Als je vindt dat het altijd eerlijk geregeld moet worden, moet het worden ingebouwd in het stelsel of op zijn minst in een vaste zorgtoeslag. Dat wordt niet geregeld. De zorgtoeslag voor de mensen met lage inkomens wordt gegeven zolang de pet van het kabinet ernaar staat. Dat is geen goede wijze om solidariteit vast te leggen. Het is ook geen solide manier, zo zeg ik tegen het CDA, dat daar in meerdere debatten om heeft gevraagd. De no-claim is ook niet solidair.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Met uw voorstel komen wij weer terecht bij de inkomensafhankelijke premie. Wij

zijn zeer gelukkig dat in deze wet het verzekeringskarakter wordt hersteld en dat de inkomenspolitiek erbuiten wordt gehouden. Je kunt het vergelijken met de huursubsidie. Via de zorgtoeslag kan altijd beoordeeld worden wat de draagkracht van een leefeenheid is. Op die wijze kan dit via de zorgtoeslag beter worden geregeld dan ooit zal lukken met een inkomensafhankelijke premie. Het is niet zo dat_

De **voorzitter**: Ik wijs erop dat een interruptie een korte, puntige vraag is.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik begrijp dat dit de mening van het CDA is, maar ik heb liever inkomensafhankelijke premies. De compensatie is ook niet erg solide. U ziet het als een toeslag zoals de huursubsidie, maar die is ook niet altijd veilig. Het gaat mij erom dat die compensatie nergens wordt gegarandeerd. Zij is afhankelijk van de politieke opvattingen op dat moment. U zult het mij niet kwalijk nemen dat ik daarvan na het afgelopen jaar, ook bij het CDA, niet zo zeker ben.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Er komt een complete wet, de wet op de zorgtoeslag.

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, maar in die wet wordt niet eens een percentage opgenomen dat men maximaal mag betalen. Ik zal daarover wel een amendement indienen. Er wordt alleen een zorgtoeslag geregeld. Theoretisch kan zij, ook met de wet, volgend jaar op nul worden gezet. Dat zal niet gebeuren, maar er is niet de garantie dat die zorgtoeslag voldoende is. Voorzitter. De no-claim komt in het nieuwe stelsel terug en daar ben ik niet zo blij mee. Ik dien een wijzigingsvoorstel in om de no-claim er weer uit te halen. Hetzelfde geldt voor de variabele eigen risico's die in polissen terug kunnen komen. Dat leidt onherroepelijk tot aantasting van de solidariteit, want als je gezond bent, kun je je een eigen risico wel permitteren, maar als je chronisch ziek bent niet en dan kun je je dus ook geen goedkopere polis veroorloven. De solidariteit wordt ook aangetast omdat er sprake is van een uitgekleeft pakket en tegelijkertijd het ontbreken van een acceptatieplicht bij de aanvullende verzeke-

ringen. Op dit punt kom ik bij het tweede blok nog uitgebreid terug. Bij het volgende blok kom ik ook terug op de macht van de zorgverzekeraars. Ik ben er erg voor dat er meer vrijheid komt voor professionals in de zorg, maar niet voor zorgverzekeraars. Dat zijn namelijk geen deskundigen als het gaat om zorg.

De overheid wordt op afstand gezet en de minister zegt verantwoordelijk te zijn voor toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Maar wat betekent dat nu concreet? Wanneer is de zorg niet toegankelijk? Moet de zorg voor iedereen in dezelfde mate toegankelijk zijn? Of is het aanvaardbaar dat de zorg voor de een iets meer en voor de ander iets minder toegankelijk is? En wat moet precies worden verstaan onder "betaalbaar"? Hoe kan de minister eventueel ingrijpen? Er is een zorgtoeslag, maar er is geen enkele zeggenschap meer over premies. Dat geven wij volledig uit handen. Wie bepaalt de betaalbaarheid als er niet eens een bandbreedte is waarbinnen die premies mogen variëren? Is het überhaupt mogelijk een bandbreedte of bijvoorbeeld een maximum te stellen aan de premies tegen de achtergrond van de keuze voor een privaatrechtelijk stelsel? Ik vrees van niet.

Een erg belangrijke vraag bij deze stelselherziening is waarop de minister daadwerkelijk kan worden aangesproken zonder dat ik te horen krijg: daar ga ik niet over. Hij schrijft dat, als het systeem niet de genoemde uitkomsten genereert, hij daarvoor aanspreekbaar is. Dat is mooi, maar vervolgens schrijft hij dat hij niet verantwoordelijk is voor incidenten. Waar is hij nu wel of niet voor verantwoordelijk? Ik ga enkele voorbeelden noemen. De wachtlijsten voor de behandeling van levensbedreigende ziekten worden onaanvaardbaar langer. Is de minister daarop aanspreekbaar? Er ontstaat een tekort in de nierdialysecapaciteit. Is de minister daarvoor verantwoordelijk?

De voorzitter: Ik wijs u erop dat u nu ongeveer de spreektijd hebt gebruikt die ook de anderen in eerste ronde hebben gebruikt. Voor een ordelijk verloop zou het prettig zijn als iedereen ongeveer dezelfde spreektijden gebruikt.

Mevrouw Kant (SP): Ik doe mijn

best, maar u kent mijn bedenkingen. Wij hebben 20 jaar gediscussieerd en ik weiger om dat nu even in 20 minuten af te doen.

De voorzitter: U moet het als een uitdaging zien om onder de snelste rondetijd te blijven.

Mevrouw Kant (SP): Wat ik te vragen heb, heb ik te vragen. De kwaliteit van de verpleeghuizen is onvoldoende. Is de minister of de staatssecretaris hierop aanspreekbaar? Er is geen adequate zorg voorhanden voor kinderen met psychiatrische problemen en gedragsproblemen. Is de minister verantwoordelijk? Er is een nieuw goedwerkend, maar duur geneesmiddel voor ernstige vormen van kanker dat om financiële redenen niet voor alle patiënten beschikbaar is. Is de minister daarvoor verantwoordelijk? Ik noem nadrukkelijk deze voorbeelden omdat het hierom gaat bij het nieuwe stelsel. Het zijn overigens geen toevallige voorbeelden, want ze hebben zich voorgedaan de laatste jaren. Hoe kan de minister ervoor zorgen dat de zorg op orde blijft als de zorgverzekeraars het voor het zeggen krijgen?

De heer Rouvoet (ChristenUnie): Wat is voor u aanleiding om te veronderstellen dat bij die voorbeelden de verantwoordelijkheid op politiek niveau anders ligt dan in het huidige stelsel? Licht het antwoord niet besloten in de Grondwet waarin wordt gerept van de verantwoordelijkheid van de overheid voor een kwalitatief goede en toegankelijke zorg?

Mevrouw Kant (SP): Dat ben ik met u eens, maar het is de vraag of de minister het daarmee ook eens is. Ik heb die voorbeelden niet voor niets genoemd, want in de afgelopen jaren is steeds meer macht en zeggenschap naar de zorgverzekeraars gegaan. Daar heb ik vele malen vragen over gesteld, maar dan kreeg ik als antwoord: daar ga ik niet over.

De heer Rouvoet (ChristenUnie): U geeft in feite een waarschuwing aan de minister: U kunt veranderen wat u wilt, maar ook in de toekomst blijft u krachtens de Grondwet aanspreekbaar.

Mevrouw Kant (SP): Zeker. Dat is mijn opvatting en hopelijk ook van

de minister. Hij moet op dit soort zaken aanspreekbaar blijven en zich niet verschuilen achter "wij hebben nu het zorgstelsel veranderd dus ik ga er niet meer over". Gezien de inrichting van het stelsel zou dat idee kunnen ontstaan.

Mevrouw Schippers (VVD): De voorbeelden van mevrouw Kant gaan allemaal over het verleden. De afgelopen periode hadden wij het oude zorgstelsel met een publiek ziekenfonds. Haar voorbeelden betreffen dus een publieke vormgeving.

Mevrouw Kant (SP): Het was altijd al een probleem om een bewindspersoon ergens op aan te spreken. Mijn zorg is dat dit nog moeilijker wordt doordat er meer macht bij de zorgverzekeraars komt te liggen; zij moeten namelijk zorgen voor goede zorg. Daarom vraag ik er nog eens expliciet naar.

Ik zal niet uitgebreid bij alle aspecten van de marktwerking stilstaan; dat hebben wij al vaker gedaan. Het manifest De zorg is geen markt is inmiddels spontaan door zo'n 5000 mensen uit de zorg onderschreven. Het verzet is groeiende; daar zal de minister nog meer van horen. De minister schetst dat de eindsituatie van het stelsel zich moeilijk laat verenigen met blauwdrukken. Hij wil wel marktwerking, maar hij heeft nog geen concreet beeld van waar het precies naartoe gaat. Hij vergelijkt het met andere sectoren, zoals de telecommunicatiemarkt, en op basis daarvan stelt hij dat een eindplaatje moeilijk valt te voorspellen. Eerlijk gezegd, moest ik een beetje glimlachen om die vergelijking met de telecommunicatiemarkt. Het is een bizarre vergelijking, maar gezien de doelstelling van de minister begrijp ik waarom hij die maakt. Hij maakt geen vergelijking met de energiemarkt, waarin de prijzen stijgen, of met de bussen waarbij onrendabele lijnen worden geschrapt. Ik snap zijn keuze, maar het is een ridicule vergelijking. De minister wil het nieuwe stelsel stapsgewijs invoeren: het geleidelijk verantwoord introduceren van marktprikkels. Het lijkt een beetje op de egeltjes met prikkels, waarvan je vroeger op school folders kreeg: wij doen het heel voorzichtig. Dat gevoel krijg ik er bij. De minister begrijpt dus wel degelijk dat er grote risico's kleven aan het nieuwe stelsel.

Wanneer en waarom besluit hij dan tot het wel of niet introduceren van marktprikkels? De criteria die hij daarvoor aanlegt, zijn mij niet duidelijk. Wanneer grijpt hij in? Wat doet de minister als de kosten door de introductie van marktwerking bij DBC's te hard gaan stijgen? Fysiotherapeuten krijgen van zorgverzekeraars contracten waarbij zij voor een behandeling aan huis – die is veel arbeidsintensiever – hetzelfde tarief moeten accepteren als voor behandeling in hun praktijk. Dat is natuurlijk belachelijk, maar het gebeurt. Kan de minister daarbij ingrijpen? Zal hij dat doen? Wat doet hij als hierdoor patiënten met een ernstige ziekte die thuis fysiotherapie nodig hebben, minder behandeld worden? Fysiotherapeuten vinden het wellicht niet rendabel om voor dat tarief die zorg te bieden. In plaats van het zetten van stappen met egeltjesvoorzichtigheid zou de minister moeten leren van de lessen uit het verleden en niet van de lessen in de toekomst. De zorg is niet iets wat geschikt is voor "trial and error". Laten wij eerst eens een gedegen analyse maken van wat de marktwerking in de thuiszorg en de kraamzorg ons in het verleden heeft gebracht. Daarvan is nooit een fatsoenlijke analyse gemaakt. Wil de minister dat alsnog doen? Marktwerking en samenwerking gaan moeilijk samen. De minister ziet dat niet als een probleem, maar mijn fractie wel. Ook op dit punt wil ik een aantal concrete situaties voorleggen. Het behouden van eigen marktaandeel kan een betere zorg in de weg staan. Waarom zou een ziekenhuis een diabetespoli overdragen aan een huisarts – dat kan beter zijn voor de patiënt – als het daardoor minder inkomsten krijgt? Ik geef dit concrete voorbeeld omdat ik van de minister wil horen hoe hij de toekomst ziet. Waarom zou een zorgverzekeraar investeren in het oprichten van een eerstelijnszorgcentrum als ook patiënten van andere zorgverzekeraars daarvan profiteren? De prikkel voor verzekeraars om daarin te investeren neemt af. Het lijkt mij namelijk sterk dat verzekeraars alleen hun eigen verzekerden naar zo'n centrum laten gaan. Als zij toch investeren, krijgen zij het gevoel gekke Henkie te zijn. Ik kom vanmiddag in een ander blok nog even terug op marktwerking en kwaliteit.

Dan kom ik nu toe aan de doelstelling van de wet. Waar gezondheid van mensen voorop zou moeten staan, staan nu abstracte termen als doelmatigheid, minder centrale sturing en goede toegankelijkheid centraal. Dat vind ik mager als doelstelling van zo'n wet. De minister zegt in antwoorden dat hij gezondheidsdoelstellingen niet aan deze wet wil koppelen, omdat het slechts een instrument is in een hoger geheel. Ik vind dat een vreemde redenering. Een zorgstelselwet is inderdaad een instrument in een groter geheel, maar heeft wel goede gezondheidszorg en goede gezondheid als doelen. Er zijn al veel vragen gesteld over de Europeesrechtelijke aspecten. Is het wetsvoorstel inderdaad wel Euro-proof? Ik ben niet de enige die deze vraag stelt; er zijn velen die daaraan twijfelen. Dat komt door de keuze voor het privaatrechtelijke karakter van de regeling. Om die reden moeten wij een beroep doen op artikel 43 van de Schaderichtlijn, waarmee grenzen worden gesteld aan de grenzen die de overheid mag stellen. Als die keuze niet was gemaakt, zouden wij meer de handen vrij hebben om te doen wat wij denken dat nodig is. Waarom nemen wij dit risico? Waarom kiezen wij niet voor een publiekrechtelijke regeling? Zo'n vormgeving biedt verreweg de meeste garanties voor een juridisch houdbaar stelsel. U hoeft mij niet te geloven, maar de Raad van State plaatst ook vraagtekens bij de verenigbaarheid van het voorstel met het Europese recht. Het is wel degelijk een probleem. Het vereveningsstelsel is aan de Commissie voorgelegd. Er is nog geen reactie, en daarom is het nog niet duidelijk of dit wel of niet als overheidssteun zal worden gezien. Het lijkt mij van wezenlijk belang dat wij daar meer zicht op hebben, voordat er beslissingen worden genomen en wij later met de problemen worden geconfronteerd. Er is een vergelijking gemaakt met Ierland, maar daar heeft men een ander systeem van verevening dan hier wordt ingevoerd, dus de vergelijking gaat in mijn ogen niet helemaal op. Ik blijf mij zorgen maken over de invloed die de mededingingsregels zullen hebben op de zorg: wat mag wel en wat mag niet? Wat valt er aan kwaliteitsverbeteringen en afspraken straks onder kartelvorming en wat is

verbetering van zorg? Wordt dat als zodanig niet tegengewerkt?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. In de zomer van 1985 kreeg ik als beginnend medewerker bij de toenmalige RPF-fractie een halve meter papier op mijn bureau met de mededeling: dit is belangrijk en urgent. Dit is het nieuwe zorgstelsel en er is veel haast bij. Dat is nu bijna twintig jaar geleden. Het waren de stukken van de Commissie-Dekker. Het was niet de eerste discussie, want daarvoor was er ook al een traject geweest, met drietrapsraketten van Van der Reijden en noem maar op. Daarna zijn wij heel lang doorgegaan met plannen. Wij hebben de plannen van Simons gehad en mevrouw Borst is met een notitie gekomen. Het is er allemaal niet van gekomen, maar nu hebben wij eindelijk een wetsvoorstel voor ons liggen en lijkt het er van te gaan komen, na zo'n 25 à 30 jaar van discussie. In de bijdragen van de heer Heemskerk en mevrouw Schippers bleef het wat onderbelicht, maar wij hebben wel 8 paarse jaren gehad, waarin er sprake was van onmacht om cruciale stappen te zetten, terwijl dat toen wel nodig was. Die analyse heb ik eerder gemaakt. Ik vind werkelijk dat de zaak in die tijd een stap verder gebracht had moeten worden. Nu lijkt het echter wel te gaan gebeuren. In de vele debatten die over dit onderwerp zijn gevoerd, hebben wij door de jaren heen aangegeven dat wij de ontwikkeling van een nieuw stelsel, met de uitgangspunten die door een aantal collega's al zijn geschetst, grosso modo steunen. Alle aspecten die een rol spelen met betrekking tot de ontwikkelingen in de zorg, zoals de noodzakelijke omslag naar vraagsturing en de vergrijzing, geven ook ons het gevoel van urgentie dat wij nu echt de omslag moeten maken. Eigenlijk is die noodzaak tot een omslag niet echt meer een punt van discussie. Het gaat dus niet zozeer om de vraag of wij de stap naar een nieuw stelsels moeten zetten, maar het komt wel aan op de uitwerking. Wat betreft die uitwerking, zo is in april wel gebleken, is er nog een aantal forse verschilpunten tussen de verschillende fracties en het kabinet en dat geldt ook voor mijn fractie. Na mijn steun te hebben betuigd voor de globale richting van de stelselwijziging, heb ik in mijn bijdrage in

april nogal kritisch gesproken over de concrete uitwerking van de hoofdlijnen. Ik heb toen aangegeven dat het in de uitwerking wat ons betreft zou moeten gaan om een solidaire borging van de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en om het juiste evenwicht tussen deze belangen en de introductie van marktwerking in de zorg. Ik heb toen een aantal punten van verschil met het kabinet gesignaleerd, waarop wij later vandaag ongetwijfeld terug zullen komen. Het betrof de premiestelling, de inhoud van het pakket, de vormgeving van het eigen risico en de juridische vormgeving – dat was nog voor het debat over de no-claim, maar daar moeten wij vandaag ook nog wat opmerkingen over maken – van het stelsel. Mijn conclusie in tweede termijn was vorig jaar april dat ik er geen behoefte aan had om een stopsein te geven, omdat wij vinden dat wij naar een nieuw stelsel moeten, maar dat het mij ook te ver ging om te zeggen: u hebt groen licht en u gaat uw gang maar. De punten die ik genoemd heb, staan immers dermate centraal in het debat dat wij daar echt nog met elkaar over moeten doorpraten aan de hand van concrete wetsteksten. Dat is vandaag aan de orde. Ik kom in de verschillende blokken terug op de punten die ik genoemd heb.

Ik heb een opmerking over het begrip marktwerking, dat natuurlijk een centraal gegeven in de discussie is. Ik ga niet herhalen wat ik daarover in de verschillende debatten in april heb gezegd. De introductie van marktwerking in de zorg is een riskante aangelegenheid, omdat de zorg geen gewone markt is. Ik denk ook dat wij het daarover eens zijn. De minister heeft mijn fractie niet leren kennen als principiële tegenstander van de introductie van "marktwerking" en "concurrentie" – wat mij betreft, staan die begrippen aldoor tussen aanhalingstekens – op bepaalde punten in de zorg. Wij hebben er in april uitvoerig over gesproken. De fractie van de ChristenUnie is dus geen tegenstander van marktwerking als zodanig in de zorg, maar bepleit dat de introductie voorzichtig gebeurt en dat er wordt gekeken naar de publieke randvoorwaarden. Ten aanzien van het invoeringstraject sluit ik mij aan bij de opmerkingen van de CDA-fractie over de invoe-

ringswet. Wij hoeven niet iedere letter op papier te zien, maar er moet meer komen dan een simpele mededeling van de voorzitter dat het wel goed komt. Wij moeten zicht hebben op de invoeringswet. Dat is geen vertragingstactiek, want ik ben niet uit op vertragen, maar ik vind het essentieel voor een zorgvuldige wetgeving dat wij weten wat er in de invoeringswet komt te staan, voordat wij tot een afronding in de Tweede Kamer kunnen komen. Dat acht ik ook in het belang van de minister. In dit verband vraag ik hem eveneens of de situatie in de Eerste Kamer nog een factor kan zijn bij het aflopen van het tijdspad ten aanzien van de WTZi. Naar ik heb begrepen, wordt er in ieder geval pas op de plaats gemaakt en komt er toch enige vertraging. Ik heb daar niet zo goed zicht op. Heeft de minister dat wel? Dan kom ik bij de doelstelling van de voorliggende wetsvoorstellen. De minister heeft zijn doelen met betrekking tot de Zorgverzekeringswet tamelijk hoog gesteld. Meer keuzevrijheid, meer verantwoordelijkheid voor de zorgvrager, meer concurrentie, meer invloed van de zorgverzekeraar, meer maatwerk, prestatiegerichtheid door zorgaanbieders. Toch lijken die doelstellingen vooral gebaseerd op de wens om het budget te beheersen. Dat is eveneens een punt dat ik in april heb gemaakt. De minister formuleerde toen vijf kernbegrippen en centrale doelstellingen. Het trof mij dat de eerste "eigen verantwoordelijkheid" was, dat leek mij veelzeggend. Pas de laatste ging over solidariteit en toegankelijkheid van de zorg. Ik zou toch liever een andere volgorde aanhouden. De volgorde van de minister zegt veel over de primaire focus van de voorliggende voorstellen en daar is een deel van de kritiek van de fractie van de ChristenUnie ook op gericht. Het is niet onbegrijpelijk dat kostenbeheersing een doelstelling is, gelet op de ontwikkeling van de afgelopen jaren, maar het is wel aan de magere kant. Wat ons betreft, moet het doel van deze Zorgverzekeringswet zeker ook zijn dat er kwalitatief hoogwaardige en voor iedereen toegankelijke zorg wordt verleend, die zoveel mogelijk aansluit bij de zorgbehoefte van iedere zorgvrager, ook van de zogenaamde zware risico's. Voorzitter. De minister heeft in april gezegd dat het in de kern blijft gaan om een sociale verzekering. Die

uitspraak heb ik maar uitgeknipt en opgehangen. Die houd ik hem voor, ook in de toekomst. Dat sluit aan bij opmerkingen die ik heb gemaakt over de zorgplicht. Ik bedoel niet die van de verzekeraars, maar van de overheid, zoals vastgelegd in de Grondwet, ik meen in artikel 22, tweede lid. Ik zal de minister en het kabinet daaraan blijven herinneren. Of het nog een sociale verzekering is, is dus discutabel, daar gaan wij het vandaag over hebben. Dat heeft ook te maken, zij het niet uitsluitend, met de vraag of je de solidariteit vorm wilt geven in het stelsel van ziektekostenverzekering of dat je het daarbuiten wilt organiseren via de zorgtoeslag. Ik heb daarover een duidelijke stellingname neergelegd. Wat mij betreft, was dit niet de eerste voorkeur. Onze voorkeur gaat uit naar een premiestelling die grotendeels inkomensafhankelijk is en voor circa een kwart nominaal. Daar is niet voor gekozen en dat heeft ook iets te maken met de wens om het op voorhand een solidaire verzekering te laten zijn. Ook daarop kom ik later op de dag terug. De basisverzekering komt in het volgende blok, denk ik, maar op zichzelf steunen wij de gedachte, dat mag niet verbazen. Het komt wel op de uitwerking aan en daar hebben wij nog een aantal kritische kanttekeningen bij.

Er is al veel over de Europees-rechtelijke aspecten gezegd. Privaatrechtelijk met publieke randvoorwaarden had niet onze voorkeur. Ik ben het wel met mevrouw Schippers eens dat het steeds meer een semantische discussie wordt en dat wij hier niet zo uitgebreid op in hoeven te gaan, omdat wij nu te maken hebben met een wetsvoorstel waarin deze keuze vorm heeft gekregen.

Op de juridische houdbaarheid ben ik al een paar keer bij interruptie ingegaan. Ik laat dit punt nu maar verder rusten, maar ik zou wel graag hebben gezien dat de minister een soort rampscenario aan de Kamer zou hebben voorgelegd, dat hij zou hebben aangegeven wat wij moeten doen als er gebeurt wat wij in april hebben besproken, namelijk dat er een uitspraak op Europees niveau komt die ons onwelgevallig is, althans in de fase waarin het proces op dat moment verkeert. De minister heeft er alle tijd voor gehad, want deze vraag is al in debatten met minister Borst aan de orde geweest. Ik meen dat ik deze vraag als eerste

opwierp en dat ik toen al op het punt van de juridische houdbaarheid een verschil van opvatting in het kabinet bespeurde tussen de minister en de staatssecretaris. Dit verschil van inzicht is tot op de dag van vandaag in de politieke verhoudingen merkbaar. Maar ik toch wel graag willen weten waaraan de minister denkt als het om die aanpassingen gaat. Ik wil eigenlijk klip en klaar van hem horen dat een Europese uitspraak die ons niet bevalt, er niet toe zal leiden dat wij gaan morrelen aan de publieke randvoorwaarden die wij hebben vastgelegd. Dit betekent dat wij zullen moeten opschuiven naar een meer publiekrechtelijk vormgegeven stelsel. Ik hoop dat de minister mij op dit punt enigszins gerust kan stellen, want in principe kun je de zaak naar twee kanten aanpassen, als het oordeel van de Europese rechter luidt dat deze combinatie van publiek en privaat niet door de beugel kan. Dezelfde vraag geldt eigenlijk voor het vereveningsfonds, als dat niet wordt erkend als noodzakelijke compensatie voor door de overheid opgelegde publieke dienstverplichtingen, maar als ongeoorloofde staatssteun.

Ten slotte sluit ik mij aan bij de vragen over het mededingings-toezicht in artikel 120.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter. Laat ik eens positief beginnen. Wij vinden het zeer positief dat er nu een basisverzekering voor iedereen komt, een lang gekoesterde wens van onze fractie. Wij vinden het ook erg goed dat er een vereveningssysteem komt die er behoorlijk degelijk uit ziet. Over de Europees-rechtelijke problemen praten wij nog verder. Wij zijn ook blij met de plicht voor verzekeraars om iedereen te accepteren. Maar hiermee houdt het wel op, er zijn heel veel dingen die wij erg problematisch vinden. Ik zal niet op alles uitgebreid ingaan, want sommige dingen zijn al vaker aan de orde geweest, maar vanwege problemen zoals marktwerking, verzekeraars die winst mogen maken, een hogere nominale premie, een zeer ingewikkeld bureaucratisch systeem van teruggaven, het privaatrechtelijke karakter en de enorme macht van zorgverzekeraars zijn wij zeker niet blij met dit wetsvoorstel in het algemeen.

In de stukken worden veel huidige problemen toegeschreven aan het huidige stelsel, zoals wachtlijsten, inefficiëntie, hoge kosten en weinig keuzevrijheid. Ik vind dit wat slordig, want er is een periode geweest waarin er jaar na jaar veel te weinig geld naar de zorg ging. Daardoor ontstonden er enorme wachtlijsten; toen ging de deksel los en ontstond er een enorme kostenstijging. De problemen zijn dus eigenlijk meer te wijten aan een schokkerig, onevenwichtig beleid dan bijvoorbeeld aan de inrichting van het stelsel. Vooral de coalitiepartijen hebben er een handje van om alles wat verkeerd is gegaan, aan dit stelsel te wijten en de vage belofte te doen dat alles wat nu komt, alle problemen wel zal oplossen. Daar geloven wij helemaal niet in.

Een paar algemene aspecten wil ik alvast in deze ronde uitlichten. Dat betreft ten eerste de privaatrechtelijke kant van deze onderneming. Net als andere woordvoerders vinden wij dit onbegrijpelijk. Er zitten enorme risico's aan. Eén van de problemen die wij eigenlijk steeds hebben, is dat de overheid juist al zo weinig greep heeft op het geheel. Vaak, als wij hier zitten, moet de minister zeggen dat hij er niet over gaat. Dit leidt ook tot een grotere afstand tussen burgers en politiek, want burgers begrijpen voortdurend niet waarom wij in de Kamer de dingen die zij heel belangrijk vinden, niet goed kunnen regelen. Het privaatrechtelijke karakter maakt dit alleen maar erger en wij begrijpen niet waarom de minister dit zo wil. Wij vragen ons langzamerhand af of de verzekeraars daarachter zitten: willen de verzekeraars anders niet met de minister meedoen? Is hij door hen misschien onder druk gezet? Ik hoor nu sommigen "ja" antwoorden, maar ik wil het graag van de minister zelf horen. Als dat zo is, dan geeft dit eigenlijk al iets aan van het grote probleem dat ook in deze wet zelf zit, namelijk de enorme macht die verzekeraars hiermee krijgen. Het is interessant dat nu heel veel partijen piepen, met goede of minder goede redenen, maar dat de verzekeraars opvallend stil zijn. Zij zijn blijkbaar erg tevreden.

Een groot probleem, waarop wij in detail nog kunnen terugkomen maar dat ik belangrijk genoeg vind om het in de inleiding te melden, is dat in het kader van dit wetsvoorstel sprake is van een geweldig grote macht van

commerciële verzekeraars die eigenlijk nauwelijks tegenmacht kent, noch van de overheid, noch van de verzekerden, noch van de professionals. Er is nauwelijks tegenmacht van verzekerden, van burgers. Op alle vragen die daar in het algemeen over gesteld worden, antwoordt de minister steeds dat de verzekerden kunnen overstappen naar een ander. Nu, dat is fijn, zij het dat dit nog niet goed is geregeld – daar hebben wij het nog wel over. Maar is dat nu de enige macht? Dat is natuurlijk voortdurend de macht van een mug tegenover een olifant. En ook een zwerm muggen kan niet veel tegen een olifant beginnen – maar het is wel voortdurend het antwoord dat gegeven wordt. Als het een beetje moeilijk wordt, staat er in de stukken: de verzekerde kan overstappen. Wat nu als de verzekeraar problematisch gedrag vertoont waardoor je wilt overstappen, maar je merkt dat de andere verzekeraar dit ook doet en dat zij het allemaal doen? Nee, zij hebben formeel geen afspraken gemaakt en de Mededingingsautoriteit kan daar dus geen bezwaar tegen maken. Wij weten echter allemaal hoe het op een markt gaat: de taxi's, de makelaars, de elektriciteitsmaatschappijen enz. Op een of andere manier is men er op een markt altijd heel goed in om afspraken te maken die niet als afspraken gelden. Die ontbrekende tegenmacht van de verzekerden vinden wij een groot probleem. Wij vragen de minister daar nader op in te gaan en te zeggen wat het volgens hem precies voorstelt, wat het méér is dan dat mensen kunnen overstappen. Immers, als je overstapt van de ene slechte verzekeraar naar de andere, heb je nog niet veel gewonnen. Een voorbeeld van het voorgaande is dat een verzekeraar bijvoorbeeld tussentijds een contract met een instelling mag opzeggen. Ik begrijp dat dit ook mag gedurende het jaar. Mag dan, zo was de vraag in één van de discussies, de verzekerde óók opzeggen? Als mijn huisarts niet meer gecontracteerd wordt door mijn verzekeraar, mag ik dan zeggen dat ik onmiddellijk naar een andere verzekeraar wil en niet pas per 1 januari? Daarop zegt de minister: nee, dat mag niet. Het louter vervangen van één zorgaanbieder is onvoldoende grond voor opzegging, zo citeer ik de minister. Waarom mag dit niet? Het is er volgens mij een voorbeeld van hoe groot de macht

van verzekeraars is en hoe weinig daar tegenover staat. Waarom doen wij het hier niet ten minste één op één, zo vraag ik de minister: als de één mag opzeggen, dan mag de ander dat op het zelfde moment ook. Ook de aanbieders en de professionals beschikken over buitengewoon weinig tegenmacht. De contracteervrijheid is eigenlijk eenzijdig. Een verzekeraar kan kiezen of hij iemand contracteert, maar een aanbieder en een professional kunnen dat niet. Wij krijgen nu reeds veel klachten van bijvoorbeeld fysiotherapeuten en huisartsen over zogenoemde slijken-of-stikken-contracten. De zorgverzekeraar bepaalt ook, aldus de wet, door welke aanbieders zorg wordt geleverd. Alleen de Wet BIG stelt daar beperkingen aan. Mag ik daaruit opmaken, zo vraag ik de minister, dat alles dat buiten de voorbehouden handelingen in de Wet BIG valt, is vrijgegeven? Dat mag dus iedereen doen. Men mag bijvoorbeeld eindeloos ongediplomeerden in dienst nemen in de huisartsenpraktijk. Men mag verpleegkundigen ergotherapeutische handelingen laten verrichten, althans een deel van die handelingen. Dat mag allemaal en aanbieders kunnen daar niets aan doen. Zij kunnen niet meer claimen dat zij voor iets doorgeleerd hebben tenzij het voorbehouden handelingen betreft. De minister zegt ook dat de verzekerde best wel vertrouwen kan hebben in de verzekeraar. Als de verzekeraar een bepaalde aanbieder contracteert, dan zal de betrokken patiënt mogelijk meer vertrouwen in de medicus stellen dan wanneer hij die medicus zelf heeft uitgezocht op basis van eigen doorgaans onvoldoende medische kennis, aldus de minister. Dit vind ik ook weer een interessante, maar buitengewoon vreemde gedachte. Waarom zou die verzekeraar wel voldoende medische kennis hebben? Op allerlei andere plaatsen zegt de minister dat de zorgverzekeraar geen zicht op de kwaliteit heeft en zich er ook niet mee bemoeit. Kwaliteit, zo zegt hij steeds, is een zaak van arts en patiënt. Waarom zou ik er dan als verzekerde toch vertrouwen in moeten hebben dat mijn verzekeraar op kwaliteit contracteert, als hij tegelijkertijd zegt dat hij er niet over gaat? Het lijkt mij het een of het ander.

Wij krijgen tot nu toe erg weinig zicht op de zorginkoopfunctie van verzekeraars. De minister formuleert het in reactie op vragen van ons bijna warrig. Er komt namelijk allerlei informatie over vergelijkingen van de ziekenhuizen, de verpleeghuizen en de hele rataplan. De minister zegt dan: deze informatie over zorgaanbieders zal op termijn ook een indicatie geven van de zorginkoopfunctie van verzekeraars. Dus ik kan al die ziekenhuizen vergelijken, dan maak ik allerlei lijstjes en ik krijg nog de vergelijking van de eerstelijnscentra. Als verzekerde moet ik dat allemaal optellen en weer splitsen per zorgverzekeraar. Krijg ik op die manier zicht op de inkoopfunctie? Het lijkt mij dat er geen zicht komt op de inkoopfunctie van verzekeraars. Tot nader order wil ik dat concluderen. Als het anders is, hoor ik dat graag.

De minister zegt dat een verzekeraar alleen zorginhoudelijke criteria mag hanteren. Behandeling weigeren om financiële redenen mag niet. Het probleem is dat je alles als zorginhoudelijk criterium kunt verkopen, maar dat is misschien wat gemakkelijker. Ook de Raad van State heeft hiertegen bezwaar aangetekend en kwam met het alternatief "medisch-inhoudelijke criteria". Dat is in ieder geval iets scherper. Waarom vindt de minister dat niet goed genoeg? Het allerbelangrijkste probleem is wat de waarborgen zijn dat de verzekeraar niet op de stoel van de huisarts gaat zitten. Hoe waarborg je dat hij niet een quasi-professional wordt die wel de hele tijd bepaalt wat volgens hem kwaliteit is als het hem uitkomt, maar als hij erop wordt aangesproken zegt: ik ga niet over de kwaliteit, want de minister heeft gezegd dat dat een zaak is tussen de arts en de patiënt? Dus wel bemoeien als het uitkomt, maar niet verantwoordelijk zijn; daar zijn wij bang voor. Ik vraag de minister om deze angst weg te nemen.

Een ander algemeen probleem heeft te maken met de spanning tussen samenwerking en concurrentie. Ook dat is vaker aan de orde geweest, maar alle antwoorden van de minister daarop stellen ons niet gerust. Hij zegt dat het belangrijk is dat men best practices gaat uitwisselen: dat zal heus wel vanzelf gebeuren, want daar hebben verzekeraars belang bij. Wij vinden dat ook belangrijk, maar best practices zijn in dit stelsel toch

gewoon bedrijfsgeheimen? Waarom zou iemand die uitwisselen? Waarom zouden verzekeraars onderling best practices uitwisselen? Als je daarop gaat concurreren, dan geef je dat toch niet cadeau? Wij hebben daarom grote zorgen over de samenwerking en vernieuwing. Wie voelt zich verantwoordelijk voor nieuwe instellingen: nieuwe eerstelijnscentra, eventueel zelfs een nieuw ziekenhuis of andere vernieuwende instellingen? Als je dat aan verzekeraars vraagt, dan zeggen zij: ik niet meer, want daar krijg ik alleen maar freeriders mee. Het zal de komende tien jaar een grote lacune blijken te zijn. Daarmee kunnen alle beloften over kwaliteit, toegankelijkheid, enz. verkeerd uitpakken. Niemand zal zich hiervoor nog verantwoordelijk voelen. De wetten moeten er nu opeens heel snel doorheen gejaagd worden. Het gaat om heel belangrijke aspecten en het moet opeens heel snel. Bepaalde belangrijke zaken, bijvoorbeeld Europeesrechtelijk, zijn nog niet bekend. Wij vinden deze plotselinge snelheid riskant.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Europeesrechtelijke zekerheid kunnen wij pas krijgen na invoering van het wetsvoorstel.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Als cruciale Europeesrechtelijke zaken nog onbekend zijn, dan kan de wet niet worden ingevoerd.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Wij staan tweeslachtig in dit debat, maar ons eindoordeel is nog open. Hoe zit dat bij GroenLinks? Is die fractie door de minister nog te verleiden om voor de wet te stemmen?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): In deze wet staan zaken die al eerder zijn besproken. Een aantal dingen moet eruit. Het zou bijvoorbeeld een publiekrechtelijk stelsel moeten worden, met sociale verzekeraars in plaats van commerciële verzekeraars, die winst mogen maken. Het zou een werkelijk solidair stelsel moeten worden met een inkomensafhankelijke premie, misschien met een nominaal deel. Met dergelijke aanpassingen valt er met ons over de wet te praten. Een paar dingen zijn al geregeld. Wij kunnen niet meer voor sociale verzekeraars kiezen. Ik wil nog zoveel mogelijk sociaal bijstellen, maar ik zie

onvoldoende reden om de wet op deze manier in te voeren.

Mevrouw **Schippers** (VVD):

Mevrouw Tonkens wil vóór invoering van de wet uit Europa horen dat het kan. Ook bij een publiekrechtelijk systeem zou zij nooit van tevoren uit Europa horen dat het kan. Dat zou betekenen dat het stelsel nooit zou kunnen worden aangepast.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Wij maken het onszelf daarmee te moeilijk. Er zijn allerlei stelsels waarover Europeesrechtelijke uitspraken zijn gedaan. Ons huidige systeem is ook toegelaten. Het is niet verstandig om eerst iets enorm op te tuigen met het risico dat Europa vervolgens zegt dat het niet kan.

De heer **Van der Vlies** (SGP):

Voorzitter. Onder de ambitieuze titel "Bereidheid tot verandering" bracht de commissie-Dekker in 1987 een rapport uit met als belangrijkste doelstelling de vorming van een basisverzekering voor iedereen. Die titel maakt nieuwsgierig naar de vraag bij wie de bereidheid tot verandering er toen was. In politiek Den Haag was die bereidheid er in ieder geval onvoldoende. Er kon althans geen politieke meerderheid totstandkomen voor welk systeem dan ook. Zo hielden wij elkaar in de politiek vele jaren lang in de houdgreep. De momenten die collega Rouvoet in herinnering heeft gebracht, staan mij ook helder voor de geest. Ik heb even overwogen mijn speech uit 1987 maar weer van stal te halen, maar dat kon niet op alle onderdelen. Het is in allerlei opzichten wel verloren tijd geweest. Wij moeten het maar aan de geschiedschrijvers overlaten om dat een keer in kaart te brengen, aan een of andere promovendus of zo. Ik geef u op een briefje dat het uiterst interessante stof is. Wij beleven dus eigenlijk een historisch moment. Er lijkt nu een kansrijk wetsvoorstel te liggen, als ik tenminste het regeerakkoord ernaast leg en zie hoe de hazen vervolgens zullen lopen. Ik neem aan dat D66 zich vandaag ook nog zal inzetten om een positie te bepalen. Dat is nodig, anders zijn er maar 71 of 72 zekere stemmen voor het wetsvoorstel.

Ik noem enkele trefwoorden om aan te geven waar het de SGP-fractie om gaat – wij hebben hier immers al heel vaak over gesproken –:

keuzevrijheid voor de patiënt/cliënt, solidariteit in de samenleving, toegankelijkheid en betaalbaarheid, doelmatigheid als doelstelling bij alle discussies over de financieringskant van het "zorgcomplex" en tot slot transparantie. Het gaat de SGP-fractie bij het kiezen voor een privaatrechtelijk karakter van het "ontwerp bouwwerk" om een absoluut trefzekere en operationele publieke borging. Dat staat buiten kijf; de Grondwet verplicht ons daartoe. De politiek noch deze minister kan wegduiken voor een mogelijk probleem bij patiënten/cliënten onder het mom dat dit even ergens in de samenleving was geparkeerd. In de beleving van de SGP-fractie kan zo iets niet. De publieke verantwoordelijkheid zal dus heel indringend vervlochten moeten zijn met de wetten die wij nu maken. Ik sluit mij aan bij de opmerkingen die de collega's hier al over hebben gemaakt. Dit zal voor mijn fractie trouwens ook het ijkpunt worden voor het eindoordeel over dit wetsvoorstel. Zij is niet in de propositie van ertegen of er sowieso vóór te zijn. Wij zijn nog maar aan het begin van het gesprek en mijn fractie zal een en ander nauwlettend volgen.

Mijn fractie heeft nog een aantal andere cruciale wensen. Ik schuif hierbij even door naar het tweede blokje, maar dat is nodig voor een principiële benadering van het wetsvoorstel. Immers, als je het rapport Bereidheid tot verandering en het onderhavige wetsvoorstel bekijkt, valt het op dat zij op hoofdlijnen sterk parallel lopen. Daarom zei ik net ook al dat twintig jaar nadenken ons eigenlijk niet veel wijzer heeft gemaakt. Er is evenwel één punt uit de discussie van 1987 dat ik in herinnering wil roepen, namelijk de vraag wat wij nu eigenlijk wel en niet in het basispakket gaan stoppen en wat er onder de aanvullende verzekering moet vallen. Ik heb op dit punt ook een amendement ingediend met collega Rouvoet. Het rapport Bereidheid tot verandering gaf een duidelijke opsomming van niet alleen het basispakket, maar ook het aanvullende pakket. Er werd ook bewust voor gekozen om controversieel geachte verstrekkingen in het aanvullende pakket te stoppen, zodat mensen wel de gelegenheid zouden krijgen om ervoor te kiezen, maar niet verplicht zouden worden om

eraan bij te dragen. Ik heb het dan bijvoorbeeld – dit staat in paragraaf 4.3 van dat rapport – over de cosmetische plastische chirurgie, IVF, zwangerschapsafbreking en sterilisatie. Het zou winst zijn, als wij vandaag die conclusie konden trekken. Daarmee zou een forse hobbel voor mijn fractie genomen zijn. Een andere forse hobbel is de wijze waarop de gemoedsbezwaarden tegen elke vorm van verzekering in dit stelsel een plaats krijgen. Ik kom daar vanmiddag over te spreken.

Ik sluit mijn algemene opmerkingen af met te refereren aan de Europeesrechtelijke aspecten. De spanning tussen publiek en privaat spitst zich ook toe op de vraag of het wetsvoorstel in zijn uiteindelijke vorm Euro-proof is. Als dat niet het geval is, vraag ik mij af wat de consequenties daarvan zijn. Ik sluit mij aan bij de feitelijke vragen op dit punt. Een en ander heeft uiteraard ook te maken met de contouren van de wet zoals die zijn geschetst door de CDA-fractie.

De vergadering wordt van 11.57 uur tot 12.10 uur geschorst.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de inbreng in eerste termijn. Van een aantal fracties heb ik steun gekregen voor de hoofdlijnen van het wetsvoorstel, uiteraard met de nodige kritische kanttekeningen. Het lijkt al duidelijk dat enkele fracties zich tegen de wet zullen keren, terwijl een fractie eerlijk blijf heeft gegeven van een tweeslachtige houding. De PvdA-fractie ziet enerzijds grote winst in deze wet, maar heeft anderzijds grote vragen in verband met de solidariteit. Op een aantal punten kan ik de zorgen van deze fractie wegnemen, maar dat geldt niet voor de kritiek op de heldere keuzes die wij bewust in dit wetsvoorstel hebben gemaakt.

Toen ik aantrad als minister van Volksgezondheid, vroegen velen mij hoe ik toch aan deze idiote klus kon beginnen. Zij vonden mij zielig, want ik had het zo naar mijn zin als minister van Financiën. Velen raadden mij af om aan de zorgverzekeringswet te beginnen, omdat een rij voorgangers daar hun tanden op stuk had gebeten. Er zouden twee systemen door elkaar gehaald worden, die op zichzelf bevredigend functioneerden. Daarbij zou ik in een

vreselijke koopkrachtdiscussie terechtkomen met een enorm afbreukrisico, dus ik moest er vooral niet aan beginnen. Ik luister altijd goed naar dergelijke commentaren. Ik heb de zaak grondig bestudeerd. Het was voor mij een nieuw terrein. Voor mij was ook belangrijk dat dit in het regeerakkoord stond. In mijn vorige bestaan op Sociale Zaken heb ik een uitvoeringssystematiek rond de sociale zekerheid op een geheel andere wijze geregeld dan oorspronkelijk in het regeerakkoord was opgenomen. Ik ben uiteindelijk tot de conclusie gekomen dat er verstandige afspraken waren gemaakt en dat ik daarmee moest doorgaan. Leden van de Kamer hebben de redenen hiervoor helder naar voren gebracht. Het huidige systeem is versnipperd. Er is sprake van een niet homogene verzekeringsmarkt met vier segmenten waartussen de communicatie gebrekkig verloopt. Voor zowel de verzekeraars als de verzekerden is zij niet transparant. In het private deel van het systeem is de keuzevrijheid, wonderlijk genoeg, het meest gelimiteerd namelijk in de particuliere verzekeringen. Iedereen met een vlekje of een te hoge leeftijd zit vastgebakken aan zijn eigen verzekeraar of wordt door zijn verzekeraar in het collectief geduwd van de WTZ, met een standaard-pakketpolis. Met name in het ziekenfondsgedeelte is er een zwakke financiële prikkel bij de verzekeren om uit te zien naar de beste, meest doelmatige en goedkoopste verzekeraar met als gevolg dat de concurrentie tussen verzekeraars aan de matige kant is. De concurrentie bij de particuliere sector is vooral gericht op risico-selectie, in de wetenschap dat men de risico's in de WTG kwijt kan. Daar is wel veel concurrentie, maar niet van het soort dat wij willen hebben. Omdat er geen gezonde concurrentie tussen de verzekeraars bestaat, is er sprake van een onvoldoende adequaat evenwicht tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Er zijn onvoldoende prikkels om beter te presteren en ook de verzekerde biedt onvoldoende weerwerk tegen de verzekeraar. Ik stelde dus vast het allemaal niet zo goed werkte als ik had gedacht. Tegelijkertijd kon worden geconstateerd dat de verschillen tussen de verzekeraars steeds kleiner werden. In de afgelopen 20 jaren – bepaald

geen verloren jaren – zijn de ziekenfondsen risicodragend geworden; ze zijn met elkaar gaan concurreren. Aan de andere kant gingen de particuliere verzekeraars steeds meer risico's onderbrengen in collectieve regelingen – zoals de WTG – en in die zin zijn ze steeds meer op ziekenfondsen gaan lijken. In de ziekenfondssfeer hebben wij het vereveningsfonds gecreëerd dat onmisbaar is in het nieuwe systeem. Daardoor wordt het mogelijk voor verzekeraars om slechte risico's te accepteren en toch met elkaar te blijven concurreren. Wij hebben het meest hoog ontwikkelde vereveningsfonds van de wereld. Als wij dat fonds niet hadden, zou ik ernstige bedenkingen tegen het nieuwe systeem hebben. Gelukkig hebben wij al de nodige goede ervaringen met dat fonds opgedaan. Er is gezegd dat ik met dit wetsontwerp verschrikkelijk veel overhoop haal. Dat is waar en niet waar. Een evolutionair proces van de afgelopen 20 jaar wordt tot een einde gebracht in een nieuw systeem. Het is absoluut geen revolutie. Het blijft allemaal ingewikkeld genoeg, maar het is een veel minder grote stap dan ook mij aanvankelijk voor ogen stond. Gevraagd is om in de preambule van de wet de algemene volksgezondheidsdoelstellingen op te nemen. Dat lijkt mij niet verstandig. Deze wet is immers niet hét stelsel. Naast een verzekeringswet zijn er diverse andere wetten – preventiewetten, kwaliteitswetten, de BIG enz. – die zich richten op het bevorderen van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het zou daarom niet terecht zijn om de hoofddoelen van mijn beleid in het voorliggende wetsontwerp op te nemen. Ze staan uiteraard wel in mijn beleidsagenda. Het wetsontwerp is gericht op een verbetering van de toegankelijkheid tot de verzekering, de betaalbaarheid en vergroting van de concurrentie. Het gaat er dus om dat er een sterker tegenwicht wordt georganiseerd ten opzichte van de zorgaanbieders die hopelijk tot betere prestaties – zowel wat betreft prijs als kwaliteit – worden gedwongen. Toen het wetsvoorstel er eenmaal lag, kreeg ik van twee kanten nogal wat kritiek. Dat bleek ook vanochtend. Die beide kanten komen vanochtend ook weer terug. De eerste lijn van kritiek is: het is allemaal veel te privaatrechtelijk

vormgegeven. Waarom wordt uitgegaan van winstbeogende zorgverzekeraars? De tweede lijn van kritiek heeft betrekking op de publieke waarborgen, waarvan overigens geen enkele fractie vandaag afstand neemt. Zijn die waarborgen wel voldoende verankerd in de wet? Strijden zij niet met de private elementen? Ik heb oprecht geprobeerd om een goed evenwicht tussen die twee aspecten tot stand te brengen. Enkele woordvoerders hebben mij gevraagd: kunt u garanderen dat het een sociale verzekering is? Het staat in de wet dat het een sociale verzekering is. Ook in andere percelen van de sociale verzekeringen zien wij heel succesvolle combinaties van private uitvoering en publieke garanties. Een goed voorbeeld is de privatisering van de ziektewet. Aanvankelijk was de PvdA-fractie daar zeer sceptisch over, maar zij heeft zich daar uiteindelijk toch achter geschaard vanwege de sterkere prikkel voor werkgevers om meer aan verzuimpreventie te doen. In combinatie met de "poortwachter" heeft dat tot gigantische successen geleid. Waarom zou dat ook niet voor dit wetsvoorstel kunnen gelden?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Welke zekerheid is er gelegen in het feit dat in de wet staat dat het een sociale wet is?

Minister **Hoogervorst**: Daarmee wilde ik alleen maar zeggen dat ik er niet besmuikt over doe. Ik kom zodadelijk nog op alle waarborgen, op basis waarvan ik zeg: elke verzekerde in de Verenigde Staten zou direct tekenen voor al deze sociale waarborgen. Dat geldt trouwens ook voor bijna alle verzekerden in Europa.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat de minister heeft opgeschreven dat het een sociale verzekering is, biedt dus onvoldoende waarborgen dat dit metterdaad zo is. Daarover kunnen wij een politiek verschil van mening hebben.

Minister **Hoogervorst**: Dat is waar, hoewel het wel iets zegt als in een wet staat: dit is een sociale verzekering. Er zou ook in kunnen staan: dit is een private verzekering zonder publieke waarborgen. In dat geval is er een heel andere "ballgame". Het

is een sociale verzekering, wat betekent dat er heel harde publieke randvoorwaarden in moeten staan. Als die er niet waren, stond ik natuurlijk met lege handen. Er komt een verzekeringsplicht. Miljonairs die nu nog niet betalen omdat zij nog niet verzekerd zijn, gaan dus straks wel betalen. Er komt een acceptatieplicht. Er komt een verbod op premiedifferentiatie binnen een polis naar gezondheidskenmerken. Er komt een vereveningssysteem tussen verzekeraars, zodat zij worden gecompenseerd voor het moeten accepteren van alle gezondheidsregels. Er wordt bij wet geregeld wat verzekerd moet worden. Het gaat daarbij niet om "hoe en door wie". De heer Heemskerk vroeg: moet de zorgplicht niet steviger worden ingevuld? In die AMvB staat echter vrij precies wat er verzekerd wordt. Het gaat misschien om ietsje lagere regelgeving, maar het staat als een huis.

Bij de overgang van de huidige situatie naar de nieuwe ziektekostenverzekeringswet zou het huidige pakket ongewijzigd moeten blijven. Mevrouw Kant zegt: daarmee garandeert u niets want dat kan zo worden veranderd. Dat is nu het vervelende van democratie: er is niet altijd dezelfde regering en nieuwe regeringen kunnen andere bedoelingen hebben. Het kan niet anders worden geregeld; elke wet is amendeerbaar. Na de ingrepen die zijn gepleegd, ben ik niet van plan het pakket nog te gaan aanpassen, al heb ik ook naar de Kamer geluisterd, onder andere naar de heer Heemskerk, die zei: wij kunnen een en ander nooit tot in lengte van jaren beviezen en wij zullen altijd moeten blijven nadenken over de vraag of iets nodig is of niet. Ik zal zeker niet zo ver gaan als zijn partijgenoot prof. Van der Ploeg, die zei: niets werkt, behalve het ongedaan maken van onnodige handelingen bij oude mensen. Ik ben het er echter wel mee eens dat wij er altijd naar moeten blijven kijken, maar voor de komende tijd heb ik geen plannen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dit is in ieder geval een heldere toezegging dat het huidige ziekenfondspakket op zijn minst ongewijzigd blijft. Wat mijn partijgenoot Van der Ploeg betreft: de strekking van zijn woorden was dat de zorg duurder wordt doordat wij slimmer worden en betere technieken uitvinden. De

vraag is dan, hoe snel die technieken worden toegelaten. Daarom kan er in een pakket ook wel eens heel veel bij komen. De PvdA durft dit ook uit te dragen. U doet de heer Van der Ploeg onrecht door de wijze waarop u zijn woorden samenvatte.

Minister **Hoogervorst**: Dan neem ik dat terug.

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn opmerking of het iets minder kon, had betrekking op de zorgtoeslag, niet op het pakket. Ik realiseer mij heel wel dat het pakket altijd ter discussie staat: door vernieuwing of door methoden die misschien niet effectief blijken te zijn. Dat is onderwerp van permanente discussie. Mijn stelling was echter wel dat het pakket dat nu overgaat naar het nieuwe stelsel, en waarvan u zegt dat er niets meer uit gaat voordat wij overgaan, te mager is. Dat is inderdaad het resultaat van een politieke afweging binnen het democratisch proces. Maar ik ben er niet blij mee, en heel veel patiënten zijn ook niet blij met al de dingen die nu uit het pakket zijn. Omdat de publieke waarborgen die u noemt, niet gelden voor de aanvullende verzekering, hebben wij in de toekomst wel degelijk een probleem.

Minister **Hoogervorst**: Het lijkt mij verstandig om de discussie over de aanvullende verzekering te bewaren tot het volgende blokje; dan komen wij er uitgebreid op terug. Er is ook toezicht van overheidswege op de kwaliteit van de zorg, op de sociale waarborgen van de wet en op de naleving daarvan. Ook komt er toezicht op de werking van de gezondheidsmarkt, daar waar de centrale prijsregulering wordt losgelaten, door middel van de Zorgautoriteit. Laat ik meteen ook een ander duidelijk piketpaaltje slaan. Velen van u hebben gevraagd of het wel verstandig is, gezien het feit dat wij nog geen Zorgautoriteit hebben, om verder te gaan met liberaliseren. Ik vind het belangrijk dat de zorgautoriteit er komt en ik hoop dat dit per 1 januari 2006 zal gebeuren. Ik ben in ieder geval niet van plan om, voordat de zorgautoriteit in functie is, verder te gaan, bijvoorbeeld door de 10% DBC's te verhogen naar 20%. Ik houd het voorlopig bij de liberalisering waarvoor nu is gekozen. Mevrouw Kant noemde een heleboel zaken waarop ik geen greep meer

zou hebben, maar ik houd natuurlijk nog greep op vreselijk veel dingen. Zo heb ik de Prijzenwet. Voor 90% van de ziekenhuisproductie blijven vaste prijzen gelden. 90% van de ziekenhuisproductie blijft vooralsnog gebudgetteerd. Ik ga daar dus niet verder mee voordat de zorgautoriteit er is. Ik heb dus nog tal van instrumenten die helemaal niet wezenlijk van het verleden verschillen, waarmee ik het zorgaanbod en dergelijke kan beïnvloeden. Mevrouw Schippers heeft heel terecht opgemerkt dat wij alle problemen die mevrouw Kant noemde, ook hadden – en misschien wel bij uitstek – in de periode waarin wij alles heel zwaar vanuit Den Haag regelden, met al die geweldige instrumenten die er al zijn. Ik blijf als minister toch nog wel een beetje de "ayatollah van de zorg", met ontzettend veel bevoegdheden, maar daarmee is helemaal niet gegarandeerd dat ik al die problemen kan oplossen, want een heleboel problemen zijn gewoon heel hardnekkig. De middelen concurreren met een heleboel andere noden in deze maatschappij

Mevrouw **Kant** (SP): Mag ik hieruit concluderen dat het antwoord van de minister "ja" is? Ik heb hem bij alle voorbeelden die ik genoemd heb nadrukkelijk gevraagd of hij hierop aanspreekbaar is en of hij hiervoor verantwoordelijk is. Is het antwoord daarop "ja"? Dat is de kern waar het mij om gaat. Ik zeg niet dat het in het verleden allemaal goed was. Het was helemaal niet goed. Ik kreeg van ministers die deze zijn voorgegaan vaak het antwoord: ik ga hier niet over. Ik wens in de toekomst niet meer mee te maken dat een minister zegt: ik ga hier niet over. Privaatrechtelijk stelsel of niet, als er problemen zijn in de zorg, gaat de minister van volksgezondheid daar wél over.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Als er een algemeen probleem is met wachtlijsten in de zorg, dan ga ik daar over. Als er – zoals nu het geval is – het ene ziekenhuis geen probleem heeft met wachtlijsten en het andere wel, dan hebben die ziekenhuizen een probleem en niet ik. Ik heb verantwoordelijkheid op een hoog niveau. Ik weet ook dat ik voor elk akkefietje en voor elk ziekenhuis naar de Tweede Kamer geroepen kan worden; al zou ik er vanaf willen, dan nog ben ik erop aanspreekbaar. Alleen zal ik bij

sommige zaken zeggen dat het primair een kwestie van de instellingen zelf betreft, die zij moeten oplossen. Ligt er echter een heel algemeen probleem, waarbij er duidelijk sprake is van onevenwichtigheden in de markt, dan ben ik daarvoor verantwoordelijk.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit is wel erg belangrijk. Ik vind het te makkelijk als u zegt verantwoordelijk te zijn voor een algemeen probleem, maar niet voor problemen die het ene ziekenhuis wel heeft en het andere niet. Het is toch uw verantwoordelijkheid om te bekijken waarom zich in het ene ziekenhuis wel een wachtlijst voordoet en in het andere ziekenhuis niet? Ik ga de voorbeelden niet herhalen die ik heb genoemd. Bent u daarop ook in de toekomst aanspreekbaar?

Minister **Hoogervorst**: Uit uw hele vraagstelling blijkt het probleem van de gezondheidszorg. Van de week hebben wij een overleg over medicijnen en dan komen er weer brieven binnen over problemen die zich voordoen in bepaalde ziekenhuizen – mijnheer de minister, wilt u dat oplossen? – terwijl er ziekenhuizen zijn die ook dure medicijnen gebruiken en die het wel oplossen. Daar moeten wij dus vanaf. Mijn hele stelselwijziging is er op gericht de verantwoordelijkheden zo decentraal mogelijk te verdelen, onder behoud van een heleboel waarborgen die ik moet bieden en waar ik verantwoordelijk voor ben. Maar ik ga mij niet voor elk wissel in elk ziekenhuis of verpleeghuis verantwoordelijk voelen, anders neem ik veel te veel verantwoordelijkheid weg bij mensen die ingehuurd zijn om die problemen op te lossen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dan is uw antwoord dus "nee, ik neem die verantwoordelijkheid niet".

Minister **Hoogervorst**: Het is niet eenvoudig ja of nee.

Mevrouw **Kant** (SP): U noemt zelf het voorbeeld van de dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. Het systeem dat u wilt inrichten, kan blijkbaar ondanks al uw publieke waarborgen niet garanderen dat de patiënt het beste medicijn krijgt, ongeacht in welk ziekenhuis hij komt met een ernstige vorm van kanker. Daar voelt u zich toch voor verant-

woordelijk? Ik wens dat de minister daarop aanspreekbaar is. Ik zeg niet dat hij het als enige voor dat hele ziekenhuis moet oplossen, maar hij moet wel analyseren hoe dat komt en hoe ervoor gezorgd kan worden dat die patiënten daar ook het beste medicijn krijgen. Daar gaat het mij om.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik denk dat hier toch sprake is van een fundamenteel verschil van inzicht in hoe ver de verantwoordelijkheid van mensen in het veld moet gaan en hoe ver de verantwoordelijkheid van de minister moet gaan. Het was de kern van mijn inleiding dat ik niet vanuit Den Haag het tegenwicht kan en moet zijn van alle zorgaanbieders in Nederland. Dat moet dichterbij henzelf komen te liggen, bij concurrerende zorgverzekeraars. Het is geweldig dat wij dat systeem hebben. Daar kom ik straks nog op terug.

Voorzitter, dan wou ik nu overgaan op de private elementen in het stelsel. Wij hebben het nu over de publieke waarborgen gehad die dus heel erg sterk zijn. Een privaat element van het stelsel is dat er nu een homogene markt voor risico-dragende zorgverzekeraars gaat ontstaan. Zij kunnen, als zij dat willen – ik verwacht niet dat het op grote schaal gaat gebeuren – winstbeoogend gaan werken. Door het wegvallen van de risicoselectie krijgt de cliënt veel meer keuzevrijheid. Cliënten gaan bovendien een hogere nominale premie betalen en krijgen een veel groter financieel belang bij het zoeken naar de beste verzekeraar, met als gevolg dat er meer dynamiek ontstaat tussen verzekeraar en verzekerde. De verplichting voor verzekeraars om iedere zorgaanbieder te contracteren wordt afgeschaft, onder behoud van de zorgplicht natuurlijk. Ik heb het al gehad over de nominale premie. Verzekeraars kunnen kiezen tussen naturaverzekeringen en restitutieverzekeringen, of wellicht een mengvorm daarvan. Dus komen er nog meer keuzemogelijkheden voor de verzekerden. Men kan ook vrijwillig een eigen risico nemen. Daar komen wij denk ik straks nog op terug. Er is dus sprake van een afgewogen mix van sociale waarborgen en oriëntatie op de markt. Onze zorgverzekeraars hebben een private traditie en in die wetenschap heb ik met het oog op een goed evenwicht

van sociaal en privaat gekozen voor een privaatrechtelijke vormgeving. Ik ben het ermee eens dat het allemaal niet zo verschrikkelijk veel uitmaakt of je het stelsel publiekrechtelijk met concurrentiemogelijkheden of privaatrechtelijk met sterke sociale waarborgen inricht. Het is ook bij geen van beide systemen op voorhand duidelijk of ze Europees onkwetsbaar zijn, want ook met onze huidige, publiekrechtelijke ziektekostenverzekering hebben wij al een paar forse uitspraken van het Europese Hof van Justitie aan de broek gehad, omdat er vrijheid wegleekt van de richtlijnen inzake het verkeer van diensten en personen. Er wordt hierover in Europa een voortdurende discussie gevoerd, dus ik ben ervan overtuigd dat wij met een publiekrechtelijk systeem ook niet helemaal zeker zouden zijn.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U zegt dat het allemaal niet zoveel uitmaakt en de VVD-fractie vindt het meer een kwestie van gevoel, maar laten wij toch proberen om het zo concreet mogelijk te maken. Tegen een ziekenfonds dat in een publiekrechtelijk systeem winst maakt, kun je zeggen dat het geen eigen instellingen mag hebben, tenzij het voldoet aan bepaalde voorwaarden. Je kunt ook afspraken maken over een eigen risico en over geschillenbeslechting. Op een aantal concrete punten maakt het dus wel wat uit, of zegt u dat het ook op die punten niet zoveel uitmaakt en dat er ook in een privaatrechtelijk stelsel een aantal zaken kunnen worden geregeld?

Minister **Hoogervorst**: Voor het eigen risico maakt het niet zoveel uit en ook in deze wet is een regeling voor het beslechten van geschillen verplicht, al is die wellicht iets anders vormgegeven. Het is waar, een publiekrechtelijk systeem geeft iets meer ruimte voor interveniëren. Dat is dan ook een reden waarom ik voor een privaatrechtelijk stelsel heb gekozen; dat vergt iets meer terughoudendheid, terwijl er toch sociale waarborgen mogelijk zijn. Hoe ver kun je daarmee gaan? Ik vind dat ze heel ver gaan. En als het gaat om de vraag hoe zeker ik ervan ben dat het stelsel Europaproof is, moet ik zeggen dat wij in ieder geval alles hebben gedaan wat redelijkerwijze mogelijk is om dat te bewerkstelligen. Je krijgt nooit van tevoren 100% zekerheid, maar de brief van

Frits Bolkestein is baanbrekend en de rechter zal deze brief ook zeker bij zijn overwegingen betrekken. Veel verder hoeft het niet te gaan. En stel nu dat het toch mis zou gaan, dat je een rechterlijke uitspraak aan de broek krijgt waarbij bijvoorbeeld de acceptatieplicht onderuit wordt gehaald. Dan gaan wij naar oplossingen zoeken om die plicht wél te kunnen doorvoeren, want ik ben niet van plan om in te leveren bij de sociale waarborgen op de grote hoofdpunten, die wij allen nodig vinden. Ik denk niet dat het zo ver zal komen, maar dit zal dan uiteindelijk toch weer tot een meer publiekrechtelijke invulling kunnen leiden. Daar krijgen wij dan ook de tijd voor, want de Europese rechter zal echt niet toestaan dat er een grote chaos in ons land ontstaat. Er is ook een precedent, want ik meen dat de ziekenfondsen vroeger ook een privaatrechtelijke vorm hadden, terwijl ze uiteindelijk ook meer publiekrechtelijk zijn geworden. Het kan dus wel. Ik ben er niet op uit om het stelsel alsnog aan te passen en ik denk ook niet dat het nodig zal zijn, maar het is dus geen avontuur waarbij er geen weg terug is.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik vind dit een belangrijke principe-uitspraak voor een situatie die zich hopelijk nooit zal voordoen. Ik moet er niet aan denken dat het stelsel onderuit geschouwd zal worden, als wij er eenmaal een hebben, ondanks alle kritiek die erop mogelijk is. Ik heb hier nog wel twee vragen over. De minister noemde zojuist de brief van Europees Commissaris Bolkestein, die wij in april al besproken hebben, baanbrekend. Ik herinner me dat hij toen zei dat het in de brief vooral om standaard-formuleringen ging. Waarin zit nu het baanbrekende van deze brief? Mijn tweede vraag betreft het volgende. In feite zegt de minister over de keuze tussen publiek en privaat dat beide keuzes denkbaar zijn en dat het niet zoveel uitmaakt. Versta ik hem goed als ik hem zo interpreteer dat de keuze die nu gemaakt is, meer een kwestie van voorkeur is, waarbij er meer mogelijkheden tot prikkels en dergelijke zijn? Dit, terwijl een publiekrechtelijk vormgegeven stelsel meer mogelijkheden tot borging van de publieke belangen zou geven, iets dat echter naar de mening van de

minister ook in dit systeem nog wel behoorlijk kan. Beide systemen zouden op zichzelf tot realisering van de gestelde doelen kunnen leiden, zo versta ik de minister.

Minister **Hoogervorst**: Ja, ik denk dat dit zou kunnen, waarbij er voor allebei een onzekerheid is of het uiteindelijk in Europa standhoudt. De brief van Commissaris Bolkestein is baanbrekend, omdat deze ingaat op een aantal hoofdvragen die wij hem hebben gesteld over wat er precies kan. Daarvan heeft hij gezegd dat het in principe allemaal kan, maar dat nog gekeken moet worden naar bijvoorbeeld de verevening en dat dergelijke zaken wel moeten worden voorgelegd. De CDA-fractie vroeg in dit verband of deze notificatie nog vóór de plenaire behandeling kan worden afgerond. Nu, dat zal niet lukken, maar de berichten die wij horen, stemmen ons niet ongelukkig. Ik heb er een goed gevoel over dat dit goed zal gaan. Het gaat hier om heel belangrijke duidingen door Commissaris Bolkestein van artikel 54, die ook voor het Europese Hof van groot belang zijn.

De heer **Heemskerck** (PvdA): De minister zei dat de acceptatieplicht eigenlijk de hoeksteen is van het sociale stelsel; met die acceptatieplicht is ook de verevening verboden. Zegt de minister nu dat dit altijd overeind blijft staan en dat, als het afgeschoten wordt door Europa, hij niet zal schuwen om er weer een publiekrechtelijk stelsel van te maken om te allen tijde de acceptatieplicht overeind te houden?

Minister **Hoogervorst**: Dan moeten er in ieder geval maatregelen volgen. Ik zeg toe dat als er op de hoekstenen van de solidariteit die in deze wet zitten, Europees rechtelijk inbreuk wordt gemaakt, er een andere oplossing moet worden gevonden. Ik vind het echter een heel theoretische discussie. Er is nog nooit een wet in Nederland aangenomen – ik hoop dat ook dit wetsvoorstel wordt aangenomen – waarbij de Commissie van tevoren een zo duidelijke opinie heeft gegeven over wat wel kan en wat niet kan. Ik heb er daarom alle vertrouwen in dat dit stand zal houden.

De heer **Heemskerck** (PvdA): De eerste keer was u helderder. Toen zei

u: als het moet, maak ik het desnoods weer publiekrechtelijk.

Minister **Hoogervorst**: Als dat het enige is dat ons rest, dan zal dat moeten.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Van tevoren is er geen zekerheid; dat is te begrijpen. Maar er liggen natuurlijk wel bepaalde ijkpunten of vereisten. Zijn die altijd aan te wenden en in te bouwen in het systeem dat wij nu maken? Dat is in praktische zin de vraag. Of moet je echt een fundamentele wissel omzetten? Het gaat hierbij natuurlijk om inschattingen. De vraag is niettemin of je in een privaat stelsel de publieke vereisten kunt aanscherpen op een wijze waarvoor in Brussel groen licht wordt gegeven. Dat is niet de casus waarin wij ons nu bevinden, een publiek stelsel waarin de private elementen verankerd zouden moeten worden. De vraag is evenwel of het op deze wijze zou kunnen.

Minister **Hoogervorst**: Die vraag beantwoord ik bevestigend.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik heb ook de indruk dat de minister thans vager is dan zo-even. Zegt hij nu dat de acceptatieplicht voor hem zo belangrijk is dat hij die hoe dan ook wil behouden en dat, als het van Europa niet op deze manier mag, er iets anders wordt verzonnen, waarbij hij toezegt dat de acceptatieplicht een basis is voor welk stelsel er ook zal zijn, voor zover hij daarover gaat?

Minister **Hoogervorst**: Ja, ik kan mij niet voorstellen dat wij in Nederland een verzekering hebben waarin er geen acceptatieplicht is.

Mevrouw **Kant** (SP): Geldt dat ook voor premiedifferentiatie?

Minister **Hoogervorst**: Dat hoort daarbij.

Ik meen dat ik hiermee een aantal hoofdvragen vrij helder heb beantwoord. Ik kom aan wat meer concrete vragen.

Mevrouw Smilde heeft gevraagd met welke verdragspartners wij afspraken maken over zorg aan hun verzekerden in Nederland. Dat zijn de verdragspartners die de zorg moeten betalen die hun verzekerden krijgen in Nederland. Die partner moet van tevoren weten hoe dat pakket er uitziet, natura of restitutie etc. Het

gaat om alle 24 EU-partners, Noorwegen, Zwitserland, Liechtenstein, Marokko, Tunesië, Kaapverdië, Australië, Bosnië-Herzegovina, Servië, Slovenië en Kroatië. Het lijkt het Eurosongfestival wel.

Mevrouw **Smilde** (CDA): U somt er heel wat op. Ontbreekt Turkije hier?

Minister **Hoogervorst**: Dat hoort erbij. Wij waren het vergeten, maar Ankara meldt zich ook. Het wordt de verzekeraars mogelijk gemaakt om winst te maken. Ik verwacht dat de verzekeraars die op de markt blijven op die manier zullen blijven werken. Ik ga er ook van uit dat bijna alle ziekenfondsen op de huidige manier zullen blijven werken, namelijk dat zij de winst behouden en niet uitkeren, maar dat zij niet winstgeoriënteerd worden. Het kan een goede prikkel zijn. Ik verwacht dat de particuliere verzekeraars met de expertise die zij in de commerciële sfeer hebben opgebouwd een belangrijke impuls aan de sector kunnen geven.

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn vraag was van meer technische aard. Is het, doordat het nu privaatrechtelijk is geregeld, uitgesloten om als wetgever te bepalen dat men geen winst mag maken of om de eis te stellen dat die winsten in de zorg moeten blijven dan wel, als men winst maakt, dat de premies moeten worden verlaagd? Ik probeer een amendement daarover te maken, maar dat schijnt technisch niet te kunnen.

Minister **Hoogervorst**: Nee, dat kan niet.

Mevrouw **Kant** (SP): Met andere woorden, omdat u nu voor de privaatrechtelijk vorm heeft gekozen, kunnen wij, ook als dat ongewenste oneigenlijke gevolgen heeft, niet meer zeggen dat die winst niet in de zakken van aandeelhouders mag verdwijnen, maar dat men het anders moet regelen.

Minister **Hoogervorst**: Dat klinkt allemaal zo vreselijk: in de zakken van aandeelhouders.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar wij kunnen dat toch niet meer terugdraaien?

Minister **Hoogervorst**: Nee, dat is

op zichzelf correct. Maar je hoopt natuurlijk ook dat private ondernemingen, die toch een heel fijne bijdrage leveren aan de Nederlandse welvaart, in staat zijn om een meer commerciële impuls en wellicht ook een goede kapitaalinjectie aan de markt te geven, zodat er nieuwe producten kunnen worden ontwikkeld. Ik zie dat niet zo bezorgd in. Nogmaals, ik verwacht niet dat het in de komende jaren op grote schaal zal veranderen. Dat zullen wij moeten zien, maar ik verwacht het niet. Mevrouw Tonkens heeft gezegd dat de verzekeraars veel te veel macht krijgen. Ik meen dat ik met mijn interventie duidelijk heb gemaakt dat die macht niet almachtig is, maar dat er nog ontzettend veel mogelijkheden tot ingrijpen blijven met, wat ik eerder wel eens heb genoemd, mijn stalinistische gereedschapskistje. U bent net met uw commissie op rondreis geweest in Europa. U heeft toen misschien beseft wat een ongelooflijk groot goed het is dat wij risicodragende ziektekostenverzekeraars hebben die een tegenwicht bieden tegen de zorgaanbieders. Dat zie ik altijd heel duidelijk, als ik de ziektekostenverzekeraars zie functioneren ten opzichte van de ziekenhuizen, waarvoor zij risicodragend zijn en als ik hen zie werken in de AWBZ, waar zij niet zo of helemaal niet risicodragend zijn. Je ziet dat zij in de cure veel beter op het geld letten. Zelfs als je niet verder zou gaan met de liberalisering van de deelmarkten in de zorg, zou die homogene markt van concurrerende risicodragende zorgverzekeraars een enorme winst voor ons stelsel zijn. Dat ze nou zo verschrikkelijk machtig zijn, heb ik nog niet gemerkt. Ik zou wensen dat zij de macht die zij hebben, nog wat beter aanwenden door zich wat steviger in de zorginkoop te bewegen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik weet niet waar de minister aan denkt, maar hij denkt ongetwijfeld niet aan een willekeurige huisarts die nu moet gaan onderhandelen met een verzekeraar met vier miljoen verzekerden. Het gaat er dan toch niet om dat het zo geweldig is dat die verzekeraars zo'n tegenmacht hebben tegen die enorm machtige zorgaanbieders?

Minister **Hoogervorst**: Er zijn op lokaal niveau natuurlijk heel goed afspraken te maken met zorgverzeke-

raars over het beter organiseren van de eerste lijn. Die discussie zit door allerlei omstandigheden jammerlijk in het slop. Ik zou de Kamer daarover heel veel kunnen vertellen, maar dat bewaar ik tot het moment dat wij het over de huisartsenzorg gaan hebben.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister schetst een beeld van machtige aanbieders en zegt dat het hoog tijd is dat daar machtige verzekeraars tegenover komen te staan. Dat is niet de praktijk. Er zijn ziekenhuizen en er zijn heel veel individuele aanbieders. Dat zijn muggen tegenover olifanten.

Minister **Hoogervorst**: Wij moeten misschien nog maar eens kijken naar de situatie rond de vrije beroepsbeoefenaren. Ik heb het vooral over de ziekenhuismarkt. De omgang met selectief contracteren is daar in een heel pril stadium. Het is nu nog niet goed mogelijk om duidelijk te maken of het een succes wordt. Het is nu al evident in het Nederlandse systeem, met zijn zeer beperkte marktwerking, met al zijn overheidsingrijpen, dat het hebben van risicodragende verzekeraars een zegen is.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb een voorbeeld genoemd van de gevolgen van de machtspositie van zorgverzekeraars voor fysiotherapeuten. Er wordt een contract voorgelegd met één tarief, of het nu om huisbezoek gaat of niet. Het is slikken of stikken. Dat is toch niet de bedoeling? De consequentie kan zijn dat patiënten die thuis fysiotherapie nodig hebben, daarvan verstoken blijven.

Minister **Hoogervorst**: Dit is het eerste experiment dat wij doen met vrije marktwerking tussen zorgverzekeraars en fysiotherapeuten. Dat dat niet meteen allemaal over rozen gaat en dat er belangen tegenstellingen zijn, begrijp ik ook wel. Er was laatst nog haast muiterij in de fysiotherapeutenvereniging. Sommigen willen helemaal geen marktwerking. Zij willen het liefst vaste, hogere prijzen. Zij willen mij als marktpartij hebben in plaats van de zorgverzekeraars. In het eerste jaar zal er heus hier en daar nog wel wat fout gaan. Ik wil dat rustig kunnen bestuderen. Wij gaan het geheel evalueren. Het gaat mij te ver om aan de hand van één voorbeeld te zeggen dat marktwerking niet kan.

Mevrouw Tonkens heeft gevraagd waarom de verzekerde niet mag opzeggen als door de verzekeraar een contract met een aanbieder wordt opgezegd. Stel dat de zorgverzekeraar een stel preferred suppliers heeft gevonden. Stel dat hij met één of enkelen van hen, die echt de kern van de polis uitmaken, de polis opzegt. Dan is er grond om een contract open te breken. Als het gaat om een contractje hier of daar dat niet tot de kern van de polis behoort, ligt het anders. Dan is er veel minder aanleiding tot het mogen opzeggen van een contract. Er is altijd de mogelijkheid om het aan het eind van het jaar te doen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Schriftelijk was het opzeggen van een contract met één aanbieder nog niet voldoende. Nu kan het wel als het om een belangrijke aanbieder gaat, bijvoorbeeld een huisarts of het ziekenhuis in de buurt.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben dus wat toeschietelijker dan ik schriftelijk was.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Schriftelijk antwoordde de minister het volgende. Als er twee zijn en je zegt de één op, dan is er een reden om tot ontbinding over te gaan. Nu zegt de minister dat het om het contract met wezenlijke zorgaanbieders gaat. Wie bepaalt dat dan? Is dat de verzekeraar, de verzekerde, het College voor zorgverzekeringen of de minister? Om de kern van de zorg te bepalen, is dat een heel wezenlijke vraag.

Minister **Hoogervorst**: Als je daarover geen overeenstemming bereikt, is het een kwestie voor de geschillencommissie.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Wij gaan dan inderdaad naar de geschillencommissie en vervolgens naar de rechter. De rechter moet het dan doen met het begrip dat het de kern van de zorg is, maar de minister omschrijft dit niet verder. Begrijp ik dat goed?

Minister **Hoogervorst**: Ik wil natuurlijk niet voor heel Nederland polissen maken. Zo'n vraag vereist wel een beoordeling. Ik kan het niet allemaal schriftelijk vastleggen. Dit lijkt mij trouwens een type geschil dat in de praktijk ongelukkig weinig

zal voorkomen. Ik kan mij voorstellen dat er een rol voor de Consumentenbond is weggelegd als zo'n geschil zich voordoet. Ik zie niet in waarom het tot grote problemen zou leiden. Ik geef er nu evenwel een wat ruimere omschrijving aan dan in eerste instantie.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De minister schuift het nu af naar de Consumentenbond en naar het feit dat hij het zich niet kan voorstellen. Ik kan het mij wel voorstellen, want Nederlanders zijn een precies volk. Het helpt als de minister, wellicht bij het plenaire debat, nog een keer helder omschrijft wat voor hem de kern van het door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbod is. Dat draagt bij aan de wetsgeschiedenis en daarmee aan de uitspraak door de rechter.

Minister **Hoogervorst**: Het zorgaanbod dat de zorgverzekeraar moet contracteren, staat gewoon in de AMvB. Die gaat over de prestaties die hij moet leveren. Ik zal kijken of ik in de aanloop naar het debat iets scherper kan formuleren dan ik gedaan heb waar het om draait.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Kunnen de laatste woorden van de minister nog bij het punt rechtsbescherming terugkomen? Ik vind de zorgaanbieder, de wezenlijke zorg en de kern van de zorg heel belangrijke punten. Het lijkt mij van belang dat wij bij dit wetgevingsoverleg, waarbij het ook over juridische wetgevingsdetails gaat, daarvan later op de dag een scherpere omschrijving kunnen krijgen.

Minister **Hoogervorst**: Dat is goed. Mevrouw Tonkens heeft gevraagd hoe de patiënt inzicht kan krijgen in de inkoopfunctie van de verzekeraar. Wij kunnen natuurlijk niet van de patiënt gaan verlangen dat hij de criteria van de NVZ/IGZ gaat combineren met de keuzegids van de Consumentenbond. Zo werkt het niet. Laten wij echter blij zijn dat wij überhaupt iets aan indicatoren hebben rond het functioneren van ziekenhuizen. Die hebben wij nooit eerder gehad. Het is nu aan organisaties als de Consumentenbond om dit soort dingen te gaan uitzoeken voor hun leden en de resultaten op hun site te zetten. Een en ander zal zich in de loop van de jaren verder moeten ontwikkelen.

Daarvoor moet je echter eerst inzicht krijgen in die cijfers. Ik heb in eerdere discussies al aangegeven dat wij op alle niveaus bezig zijn om dat inzicht te verstevigen.

Mevrouw Kant heeft gevraagd of alles voor iedereen even toegankelijk is. Iedere verzekeraar is verplicht om aan het wettelijke pakket met basisnormen te voldoen. Met de precieze invulling ervan wil ik mij echter niet te veel bemoeien, want ik wil juist dat er verschillen komen tussen verzekeraars. Ik wil dat de ene verzekeraar het beter gaat doen dan de andere, opdat er wedijver ontstaat om de kwaliteit te verbeteren.

De heer Heemskerk heeft gesproken over de juridische positie bij geschillen. Ik heb al aangegeven dat een en ander volgens mij adequaat is geregeld in dit wetsvoorstel. Men mag het CVZ inschakelen als men wil, maar men hoeft dat niet te doen. Elke verzekeraar is gehouden om een geschillencommissie in te richten. Men kan zich aansluiten bij de ombudsman Verzekeringen. Ik heb geen aanleiding om te veronderstellen dat dit op de particuliere markt niet goed functioneert.

Het is niet de bedoeling dat straks meer zorgverleners voorbehouden handelingen mogen verrichten. Dat geldt alleen voor degenen die op grond van de wet BIG zijn geregistreerd. Ik hoop – en met mij de Kamer, zo is mij gebleken – dat er zoveel mogelijk taakafsplitzing zal optreden, waardoor veel medische handelingen niet meer op het hoogste niveau hoeven te worden uitgevoerd.

Mevrouw Kant veronderstelt dat de samenwerking moeizaam tot stand zal komen in de markt. Ik weet dat een verzekeraar van plan is om de diabeteszorg integraal in te kopen, dus een vorm van ketenzorg. In dat geval kan marktwerking samenwerking stimuleren. Ik ben het overigens met mevrouw Kant eens dat de diabeteszorg zoveel mogelijk in de eerste lijn moet plaatsvinden. Mevrouw Tonkens vraagt zich af of bij marktwerking het uitwisselen van best practices zal stoppen. Ik denk niet dat dit het geval is, omdat het hierbij vooral om de uitkomsten gaat en niet om de bedrijfsgeheimen. Innovatie zal worden nageaapt, maar de na-apers zullen altijd achterlopen, terwijl de degenen die innoveren voorop blijven. Niemand zal van ziekenhuizen verlangen dat zij via

best practises bedrijfsgeheimen prijsgeven.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U veronderstelt dat het nieuwe stelsel zal bijdragen aan het uitwisselen van best practises. Volgens mij is er juist wel sprake van bedrijfsgeheimen en die wil men uiteraard niet met een ander delen. Wat kunt u doen om het uitwisselen van best practises toch te stimuleren?

Minister **Hoogervorst**: Een verzekeraar betaalt ziekenhuizen als zij doorbraakprojecten van het CBO overnemen. Daarmee adverteert de betrokken verzekeraar ook in trant van: wij stimuleren de kwaliteitsontwikkeling in de zorg.

Mevrouw **Kant** (SP): Er zijn genoeg voorbeelden van de risico's die er ook aan vastzitten. Het verhaal over de free riders van mevrouw Tonkens sloot aan op een voorbeeld dat ik noemde. Als een zorgverzekeraar in een eerstelijnscentrum investeert, kunnen andere zorgverzekeraars daar vervolgens goedkoop ook een contract mee sluiten.

Minister **Hoogervorst**: Als een bepaalde technologie wordt overgenomen, zal daarvoor betaald moeten worden. Als een verzekeraar erin is geslaagd om een goede eerstelijnszorg te organiseren, zullen andere verzekeraars daar tegen een hoger tarief gebruik van kunnen maken. De partijen in de zorg kunnen zich nu nog moeilijk voorstellen hoe het zal gaan, want zij zijn tot nu gewend dat alle heil en onheil van boven komt. Men zal dit allemaal eerst moeten uitvinden, maar bij marktwerking is dit heel goed mogelijk. Wij zullen dit buitengewoon geleidelijk en behoedzaam doen. Daarna nemen wij een adempauze. Ik ga niet verder met de liberalisering van deelmarkten voordat de zorgautoriteit er is. Ik zal niet onbesuisd te werk gaan.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De innovatie komt in het huidige stelsel zeer traag van de grond, terwijl in een marktomgeving met concurrentieprikkels innovaties veel sneller zullen worden overgenomen, juist vanwege de concurrentie.

Minister **Hoogervorst**: Dat is waar. Er is in de ziekenhuissector ook wel innovatie, maar dat zijn dan vaak een

paar bevlogen specialisten die samen met zeer bevlogen verpleegkundigen een enorme innovatieslag slaan. Dat kan aan de orde zijn in een ziekenhuis waarin men op een andere afdeling en bijspecialisaties helemaal geen aandacht heeft voor bijvoorbeeld patiëntveiligheid. Dat is de huidige situatie en daarin kan verbetering worden gebracht door het ziekenhuis in zijn geheel meer concurrentie te laten ondervinden. Ik zeg de Kamer toe nog voor de plenaire behandeling een duiding te zullen geven van wat er in de invoeringswet zal komen te staan. Daarvan mag zij echter geen hooggespannen verwachtingen hebben. Het is een puur technische wet. Er hangt een mystieke sfeer omheen als zou ik daar van alles en nog wat in wil regelen, maar het is niet meer dan een invoeringswet.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De invoering kan wel technisch zijn, maar de duiding is belangrijk. Ik heb gesproken over overgangsrecht. Het draagvlak in de samenleving voor deze nieuwe wet moet groot zijn. Het is dan ook verstandig om een duiding te krijgen van wat er in deze wet komt te staan.

De **voorzitter**: De minister heeft dat toegezegd.

Minister **Hoogervorst**: De samenleving zal daar overigens niet veel comfort aan ontnemen, want het is vooral de techniek.

Mevrouw **Smilde** (CDA): En de zorgautoriteit?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb de wetgeving in voorbereiding. Zij zal binnenkort naar de Raad van State worden gezonden. De marktwerking waarvan in dit stadium sprake is, kan ook wel zonder zorgautoriteit, zo hebben wij al vastgesteld. Ik zal mijn best doen voor invoering per 1 januari 2006, maar ik heb de Kamer de garantie gegeven dat ik niet verder ga met marktwerking voordat de zorgautoriteit er is. Dat comfort wil ik de Kamer en ook mijzelf bieden.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Wij wachten die duiding graag af. De minister zegt dat zij vooral technisch is. Als in de brief bijvoorbeeld staat dat de invoeringswet onder andere overgangsrecht zal bevatten,

schieten wij daar niet veel mee op. Ik wil met name een inhoudelijke duiding van de aard van het overgangsrecht.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Houdt het overgangsrecht bijvoorbeeld in dat bestaande polissen gerespecteerd worden? Hoe zit het met aanvullende polissen? Als wij in Den Haag beslissen dat er een nieuwe zorgverzekeringwet komt, betekent dit voor mijn oma dat zij haar aanvullende verzekering zomaar kwijt kan raken? Het gaat om dat soort menselijke, praktische vragen.

Minister **Hoogervorst**: Wat er straks komt, wordt in deze wet geregeld. In de invoeringswet wordt geregeld hoe je van A naar B komt. Aanvullende verzekeringen zijn private verantwoordelijkheden. Ik breng een wet tot stand voor wat er wettelijk wordt geregeld. Voor particulier verzekerden wordt de rechtszekerheid veel groter dan in het huidige systeem. Nu is 0% van het pakket wettelijk geregeld en dat wordt 95%. De nieuwe wet betekent dus een versterking van rechten. Ik neem geen rechten af waarvoor vervolgens een overgangsrecht geïntroduceerd moet worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit vind ik toch iets te gemakkelijk. Ik had deze kwestie overigens voor mijn tweede blok bewaard. Straks gaat alles op de schop en de vraag is of mensen in de overgangssituatie onder dezelfde voorwaarden verzekerd kunnen blijven, zowel ziekenfonds als aanvullend. Mensen zijn hier onzeker over en dat is heel begrijpelijk als je bijvoorbeeld chronisch ziek bent.

De **voorzitter**: Ik zie dat nog meer leden hierover vragen willen stellen. Het lijkt mij dat wij hierop terug moeten komen als het blok "verzekeringstechniek" aan de orde is.

De vergadering wordt van 13.15 uur tot 13.45 uur geschorst.

De **voorzitter**: Wij zijn toegekomen aan het tweede blok van de geplande vier blokken bij de eerste wet, en wij zijn bijna op de helft van de tijd die wij hadden gepland voor de behandeling van die eerste wet. Ik zou de leden dan ook willen verzoeken om de resterende drie

blokken zo beknopt mogelijk te houden.

Inhoud verzekering en transparantie

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Ik geloof niet dat ik de minister hoeft te bedanken, want wij blijven in de eerste termijn van de beantwoording. Een gedeelte van mijn eerdere inbreng komt nu terug, zoals de aanvullende verzekering. Mijn vragen daarover blijven dus staan.

Het afsluiten van collectieve contracten kan praktisch zijn. Dat geldt vooral voor werknemers, die zich dan er dan niet al te zeer in hoeven te verdiepen, omdat de werkgever dat al heeft gedaan. Op basis van de voorliggende zorgverzekeringwet kan de werkgever een voordeel doorgeven aan werknemers. Hoe schat de minister de winst in voor werknemers van een collectief contract? Volgens mij zit die winst vooral in de administratieve afhandeling en het incassorisico. De beheerskosten van een ziekenfonds zijn ongeveer 4%. Dat zal niet naar 0% gaan. Hoe hoog is dan nog het incassorisico? Hoe hoog zou een gezamenlijke korting kunnen uitvallen? De echte winst van de collectieve contracten op basis van de nieuwe wet is dat zo beleid voor specifieke doelgroepen mogelijk wordt, omdat dit wordt gestimuleerd door het vereveningsmechanisme. Hoe denkt de minister daarover? Wie houdt er toezicht op de acceptatieplicht? Je kunt verzekerden natuurlijk wegpesten. Het voordeel van zo'n buitenlandse reis is dat je leert hoe de Belgen dat doen. Daar schijnt er een ziekenfonds te zijn dat op de tweede verdieping zit, zonder lift. Zo krijg je heel weinig verzekerden met een rolstoel. Ik maak er nu een grap over, maar het wegpesten van slechte risico's is wel een belangrijk onderwerp.

In de antwoorden staat de zorgplicht scherp omschreven: "wanneer een verzekerde geen mogelijkheid heeft om naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, krijgt hij altijd volledig zijn kosten vergoed." Dat zijn duidelijke garanties. Net als bij het begrip "kernzorg" gaat het echter om de vraag: wie bepaalt dat op basis van welke criteria? Heeft de minister wellicht informatie over het convenant van Zorgverzekeraars Nederland inzake de overgangs-

regeling en de vrijwillige acceptatieplicht van de aanvullende verzekeringen? Dit werd bij de hoorzitting gepresenteerd, maar daarna werd het oorverdovend stil. De minister zegt geen opvatting te hebben over de omvang van de restitutiemarkt: ik zie wel hoe dat zich ontwikkelt. Wij zijn het erover eens dat verzekeraars die zorg in natura aanbieden, meer doen aan zorginkoop en -innovatie dan restitutieverzekeraars, die in het algemeen niet meer doen dan bonnetjes verwerken. De minister houdt een AMvB achter de hand om desnoods "in natura" af te dwingen. Hoe ziet hij die verhouding tussen de restitutiemarkt en de markt voor in natura? Vindt hij bijvoorbeeld 90% restitutie te hoog, en gaat hij dan zijn stalinistische gereedschapskistje gebruiken?

In de nota naar aanleiding van het verslag staat: "De zorgketen mag niet leiden tot exclusiviteit, dat wil zeggen dat slechts bepaalde zorgverleners binnen het geografische gebied van de zorgketen in de keten worden opgenomen." De zorgverleners gaat het echter om het maken van exclusieve afspraken waardoor ketenzorg werkt: de een betrek je wel bij de afspraken maar de ander niet. Hoe kijkt de minister tegen die exclusieve afspraken aan? Het zou onwenselijk zijn als verzekerden kunnen worden uitgesloten, maar ketenzorg heeft een bepaalde vorm van uitsluiting in zich. Mijn vraag over het persoonsgebonden budget laat ik staan, evenals de opmerkingen die de NPCF daarover heeft gemaakt. Het zou interessant kunnen zijn om binnen de zorgverzekeringwet niet alleen zorgverzekeraars een rol te geven op het terrein van zorginkoop en zorgorganisatie, maar ook patiëntenplatforms, doordat zij een persoonsgebonden budget hebben. Dat spreekt met name de VVD-fractie zo aan in de AWBZ.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Bij het hoofdlijnen debat hebben wij ook de mogelijkheid aan de orde gehad om geen solidariteit te hoeven betrachten met bepaalde controversiële verstrekkingen. Zoals het er nu naar uitziet, lijkt deze mogelijkheid in het nieuwe stelsel te komen vervallen, want je hebt dan weliswaar niet de desbetreffende voorzieningen in je pakket, maar blijft wel gewoon de premie betalen.

Onder andere door de heer Bakker is sympathie voor deze gedachte uitgesproken. Hoe kijkt de PvdA-fractie hier tegenaan? Er ligt op dat punt een amendement van collega Van der Vlies en mij. Ik ben benieuwd of u met ons voorstander bent van behoud van die mogelijkheid.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Naar aanleiding van het plan-Dekker heeft de heer Van der Vlies voorgesteld om alle controversiële zorg in het aanvullende pakket op te nemen. Dan komen wij echter wel te spreken over de vraag wat nu echt controversieel is. Gaat het dan alleen om vraag of de pil wel of niet in het pakket wordt opgenomen? Wat voor de één controversieel is vanuit de religie, is voor de ander controversieel vanuit maatschappelijke opvattingen over emancipatie. Het begrip controversieel vind ik ingewikkeld. Wel heb ik sympathie voor het idee dat op grond van gewetensbezwaren een aantal kleine zaken kan worden aangewezen. Daarmee zou wellicht iets kunnen worden gedaan. Het moet echter niet zo zijn dat iemand kan zeggen: ik vind eigenlijk de hele gezondheidszorg controversieel, dus ik hoef helemaal niets te betalen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik begrijp die reactie. De minister zei in zijn eerste termijn dat het huidige verzekerdenpakket straks ook het nieuwe verzekerdenpakket is. Als wij ook op dit punt daarmee nu eens beginnen? Wat nu mogelijk is, moet dan in het nieuwe stelsel ook mogelijk zijn, ook wat betreft de premie. Dat zou ik een belangrijke stap vinden.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het staat of valt met het begrip controversieel. Ik wil graag bezien wat nu in het pakket voor sommigen controversieel is verklaard. Daar hoeft men dan niet aan mee te betalen.

De **voorzitter**: Ik zie dat de CDA-fractie over dit onderdeel met twee monden spreekt. Ik geef het woord eerst aan mevrouw Smilde.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De CDA-fractie spreekt uit twee monden, maar met één mond. Collega Omtzigt zal het hebben over de

collectieve contracten. Ik behandel de andere onderdelen.

Ik begin met de risicoselectie. De solidariteit in de zorgverzekeringswet krijgt vooral vorm via de acceptatieplicht. Dit betekent dat alle burgers, jong of oud, ziek of gezond, precies dezelfde toegang hebben tot onze gezondheidszorg. Ik had een mooie passage over het ziekenfondspakket voorbereid, maar die kan ik overslaan, want dat is inmiddels geregeld. Ik heb nog wel een aanvullende vraag daarover. Delen van de GGZ gaan naar de zorgverzekeringswet. Op welke wijze komt deze zorg in het standaardpakket? De ambulante GGZ kent een eerste- en tweedelijnscomponent. Ik sluit op dit punt aan bij de vragen van collega Heemskerk over het persoonsgebonden budget. Een onduidelijkheid op het punt van de zorg zou kunnen ontstaan in verband met de functiegerichte aanspraken waarover de wet spreekt. Ik heb het dan over bedrijfsartsen die doorverwijzen, of huisartsgeneeskunde zouden kunnen bieden. Patiënten moeten ook hierin kiezen. Kan de minister aangeven hoe de functiegerichte zorg concreet vorm krijgt? Wanneer een verzekerde keuzevrijheid heeft, moet elke zorgverzekeraar klip en klaar aangeven wat een bepaalde functiegerichte aanspraak precies inhoudt en voor welke functie welke zorgverlener klaar staat. Wordt dit beschreven in de polisvarianten en vervolgens vastgelegd in de polisvoorwaarden? In het verslag heeft mijn fractie aandacht gevraagd voor de mogelijkheid van een second opinion. Bij twijfel en onzekerheid moet het mogelijk zijn een tweede zorgverlener naar zijn oordeel te vragen. De minister antwoordt hierop dat de verzekerde hierop recht heeft, maar geeft ook aan dat een zorgverzekeraar hieraan via de polisvoorwaarden kan verbinden. Wij vragen ons af op grond van welke criteria deze voorwaarden geformuleerd gaan worden. De voorwaarden moeten niet zo worden geformuleerd dat in de praktijk een second opinion niet of nauwelijks mogelijk is. Hoe kunnen wij dat voorkomen? Dan kom ik toe aan de aanvullende verzekeringen. Volgens mijn fractie is dit de achilleshiel van de wet met betrekking tot de solidariteit. De acceptatieplicht van het standaardpakket is uitgangspunt. Om echter ander onderdelen van de gezond-

heidszorg eveneens toegankelijk en betaalbaar te maken, is een aanvullende verzekering in veel gevallen gewenst. De aanvullende verzekeringen vallen buiten de context van de wet. Op dit moment is de aanvullende verzekering in de huidige Ziekenfondswet gekoppeld aan het standaardpakket. Wordt dit losgelaten, zodat het mogelijk is een aanvullende verzekering te nemen bij de verzekeraar van eigen keuze, dan zal de verzekerde zich in de praktijk voor het aanvullende pakket willen verzekeren bij de zorgverzekeraar van zijn standaardpakket. Deze zorgverzekeraar heeft wél voor de standaardverzekering, maar niet voor de aanvullende verzekering een acceptatieplicht. Dit kan in de wet een indirecte vorm van risicoselectie introduceren. Immers, een potentiële verzekerde is aangewezen op de zorgverzekeraar die hem ook een redelijke aanvullende verzekering biedt. Dan is de vraag: hoezo stemmen met de voeten? Hoe denkt de minister over een éénmalige acceptatieplicht bij de overgang naar het nieuwe zorgstelsel? Europeesrechtelijk ligt hier wellicht een barrière, maar vanwege het eenmalige karakter is hier misschien een Europese mouw aan te passen. Een probleem hierbij ligt bij de particuliere verzekeringen, want zij bieden nu vaak een pakket of een overeenkomst waarin basiszorg en aanvullende zorg zit, een pakket waarvoor hij die overeenkomst heeft gesloten. Hoe is de overgang naar het nieuwe systeem hier geregeld? Komt er ook toegang tot een aanvullende verzekering zonder indirecte risicoselectie? Collega Heemskerk wees er al op, bij de rondetafelgesprekken is het door de heer Bontje verwoord en een convenant is er ook al over gesloten: de gedragscode bij zorgverzekeraars. Op welke wijze kan de minister bewerkstelligen dat een aanvullende verzekering mogelijk is, zodat risicoselectie op basis van prijsvorming in de aanvullende verzekering niet mogelijk is? Dat kan bijvoorbeeld met een bandbreedte van premie voor standaardpakket en aanvullende verzekering. Als mobiliteit voor de aanvullende verzekering niet gelijke tred kan houden met die voor de standaardverzekering, dan staat de solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond en daarmee de risicoselectie onder

druk. In het verlengde hiervan ligt de positie van een jongere die 18 jaar wordt. Tot die tijd is hij gratis meeverzekerd. Geldt dit ook voor de aanvullende verzekering? Hoe zit het met de acceptatie van deze jongere in de aanvullende verzekering op het moment dat hij 18 jaar wordt?

Mevrouw **Kant** (SP): De CDA-fractie vindt de aanvullende verzekering en de dingen die daarin verzekerd zijn, terecht zo belangrijk voor verzekerden. Zij kent de risico's daarvan en men kan er risicoselectie op toepassen. Waarom kiest zij er dan niet voor, de dingen die zij zo belangrijk vindt weer in het pakket op te nemen? Dat is toch een betere waarborg?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee, het hoeft van mij niet terug in het pakket. Wij hebben immers uitgesproken dat het huidige ziekenfondspakket de standaard zal zijn. Ik wil alleen geregeld hebben dat de risico's van een indirecte selectie zo gering mogelijk zijn voor de zaken waarvoor men zich aanvullend wil verzekeren. Ik wil niet dat mensen in de praktijk vanwege de aanvullende verzekering denken: ik blijf zitten waar ik zit, want op een andere manier kan ik mijn aanvullende verzekering niet regelen. Dat staat voor mij los van de noodzakelijke zorg die binnen het standaardpakket geregeld is.

Mevrouw **Kant** (SP): U maakt zich dus alleen zorgen over risicoselectie voor het gewone pakket en u vindt het geen probleem dat er risicoselectie gaat plaatsvinden op de aanvullende verzekering, los van het verplichte pakket?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Niet over het standaardpakket, want daar hebben wij het zo-even over gehad. Waar ik mij zorgen over maak, is dat mensen in die aanvullende verzekering geconfronteerd zouden kunnen worden met bijvoorbeeld een premieverzwaren, omdat er toch een bepaalde vorm van risicoselectie is. Dan krijgen zij een iets hogere premie bij een andere verzekeraar. Dat kan bij een aanvullende verzekering, want het moet concurreren. Mijn bezwaar is dat de verzekerde, terwijl hij eigenlijk graag naar een ander wil, bij zijn verzekeraar blijft om te voorkomen dat hij

duurder uit zal zijn met zijn aanvullende verzekeringen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat er risicoselectie bij aanvullende verzekeringen wordt toegepast, vindt u op zichzelf dus niet zo'n probleem?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is inherent aan het systeem van deze wet, maar ik wijs erop dat de noodzakelijke ziektekosten opgenomen zijn in de standaardverzekering.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als u zich zorgen maakt over de markt voor de aanvullende verzekeringen omdat de premies eenmalig kunnen stijgen omdat de minister geen acceptatieplicht bij de overgang kan garanderen, wat betekent dit dan voor u? Vindt u dit dan zo erg dat het terug moet in het pakket?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat vind ik een "als, dan"-vraag. Ik heb een vraag aan de minister gesteld en ik wil ook nog van hem weten of loskoppeling mogelijk is, of het mogelijk is om te winkelen bij veel verschillende verzekeraars die polissen voor aanvullende zorg aanbieden.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Maar over welke specifieke verzekeringen of diensten maakt u zich nu zoveel zorgen? Als dat duidelijk is, kunnen wij er wellicht iets aan doen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik maak mij geen zorgen over specifieke diensten binnen de aanvullende verzekeringen, ik maak mij er zorgen over dat de overstap naar een aanvullende verzekering onmogelijk zal kunnen worden gemaakt als zij geconfronteerd worden met een verslechterde situatie bij de aanvullende verzekeringen. Dit staat dus even los van de diensten binnen die aanvullende verzekeringen, het gaat gewoon om het principe.

In de wet is een sleutelrol weggelegd voor de verzekerden. Het is onze indruk dat er in de wet wordt uitgegaan van een mondige verzekerde. Deze indruk is door de nota naar aanleiding van het verslag nog niet helemaal weggenomen. Deze sleutelrol geldt voor de keuze van de zorgverzekeraar, maar ook voor de keuze van het soort contract: een vergoedingspolis, een naturapolis of een mix. Hoe kan er nu geregeld worden dat ook de

burger die minder goed voor zichzelf kan opkomen, de juiste keuze kan maken? Wij vinden het van belang om de belangenbehartigers van patiënten een steviger positie te geven, de Consumentenbond, het NPCP, het CSO, de CG-raad, etc. De overheid heeft naar ons idee een informatieplicht jegens de patiënt en zij stelt in het verlengde daarvan de belangenbehartigers in staat, hun cliënten goed en tijdig te informeren over de stand van zaken en de verschillende polisvarianten. Nu kan het best voorkomen dat een verzekerde ook behoefte aan informatie heeft die een zorgverzekeraar te gevoelig vindt, zoals de resultaten van een cliënten-tevredenheidsonderzoek. Die zijn toch niet onbelangrijk voor het kiezen van een verzekeraar. De zorgverzekeraar is volgens artikel 38 verplicht om elk jaar een uitvoeringsverslag te zenden naar de toezichtinstantie over de uitvoering van de wet in het afgelopen jaar en de voornemens voor het komende jaar. Er kunnen bij ministeriële regeling nadere voorschriften voor dit verslag gegeven worden. Wij vragen ons af of het niet mogelijk is om te bepalen dat dit verslag of onderdelen ervan, dit ter beoordeling van de toezichtinstantie, in het kader van de informatievoorziening aan de belangenbehartigingsorganisaties ter hand wordt gesteld.

Iedere burger is verplicht om zich te verzekeren. Wie dit niet doet, krijgt met een sanctie te maken, dat is duidelijk. Als het iemand niet verweten kan worden dat hij zich niet heeft verzekerd, blijft deze sanctie achterwege. Het CVZ stelt beleidsregels op om te kunnen bepalen of dit zo is, maar wie stelt de criteria hiervoor vast en wie bepaalt de toepassing van een sanctie in een concreet geval? Deze vraag klemmt des te meer voor mensen die zichzelf niet goed kunnen redden. Het geldt ook voor jongeren die 18 jaar worden en die geen omgeving hebben die hen hierop attendeert. De boete voor onverzekerd zijn is fors en ze moet worden betaald als men zich alsnog wil verzekeren. Voorkomen is dus veel beter dan genezen. De gegevensbestanden worden gekoppeld voor de toepassing van de Wet op de zorgtoeslag en in het kader van deze wet wordt iedereen opgespoord, dus waarom geen actieve opsporing van onverzekerden? Dit is ook van belang omdat

een deel van de GGZ-patiënten van deze wet gebruik zal maken. De CDA-fractie wil niet alleen een verzekeringsplicht, maar zij wil ook dat iedereen verzekerd is. Hierop verkrijgt ik graag een reactie van de minister.

Er komen verschillende vormen van toezicht; wij hebben het wat dat betreft al even over de zorgautoriteit gehad. Het is voor ons van belang te weten dat ook het toezicht goed is geregeld en dat wij bij de invoering van de wet weten hoe dit er precies uitziet.

Welke mogelijkheden ziet de minister om het maatschappelijk ondernemen van de zorgverzekeraars echt mogelijk te maken, in relatie ook tot het toezicht hierop?

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. Graag verneem ik het antwoord van de minister op de vraag hoe er een gelijk speelveld zal ontstaan tussen enerzijds verzekeraars met een winstoogmerk – de aanwezigheid van deze categorie in de verzekeringsmarkt juicht de CDA-fractie toe om dezelfde redenen als die de minister zo-even aangaf – en anderzijds maatschappelijke ondernemingen, die wij eveneens zeer van belang achten. Dit is in het eerste blok aan de orde geweest, maar misschien kan er nog iets preciezer op in worden gegaan. Het heeft ook te maken met het vereveningsfonds. Kortom, hoe zal er een gelijk speelveld ontstaan, ook in relatie tot de toezicht-eisen en vooral de reserve-eisen?

De collectieve contracten hebben bewezen een effectief mechanisme te zijn voor onderhandelingen tussen werkgevers en ziektekostenverzekeraars. Door collectieve contracten worden bijvoorbeeld de administratieve lasten teruggebracht en dat juichen wij toe. Maar collectieve contracten moeten niet gaan dienen voor secundaire risicoselectie. Ik doel hierbij op een risicoselectie ten opzichte van het vereveningsmodel, dat weliswaar goed maar nooit perfect zal zijn. Ook moet er geen kruissubsidie zijn van individuele contracten naar collectieve contracten, iets dat er in het verleden is geweest en dat de verzekeraars ook als zodanig hebben willen aantonen tijdens de rondetafelgesprekken. Ziet de minister mogelijkheden om te garanderen dat de premiekorting buiten de zorgpolis om aan de collectiviteiten verschaft wordt en dat

deze nooit de gemiddelde beheerskosten van de verzekeraar te boven gaat? Kan hij, met andere woorden, garanderen dat er geen korting gegeven wordt en dat de verzekeraar alleen de eigen kosten mag weggeven en niet de netto verdiende premie nodig heeft voor het dekken van de schadelast van de portefeuille? Is het onder die voorwaarde strikt noodzakelijk om met een etalageartikel te werken of zijn er ook andere mogelijkheden?

Verder moet de zorgpolis voor de verzekerde duidelijk zijn, ook als hij of zij onder een collectief contract valt. De verzekerde werknemer dient op zijn zorgpolis te lezen welke premie hij verschuldigd is, wanneer de verzekerde zich buiten het collectieve contract bij dezelfde verzekeraar wil verzekeren onder dezelfde condities. De verzekerde moet namelijk weten waar hij na dienstverlating aan toe is. Op deze manier blijven ook de aanvullende verzekeringen, die hoogstwaarschijnlijk ook onder een collectief contract zullen vallen, van kracht. De verzekeringsnemer kent een verandering ten opzichte van zijn werkgever, in die zin dat hij zelf verzekeringsnemer wordt. Daarmee vervalt ook wel de korting die het collectief bedongen heeft bij de verzekeraar.

De CDA-fractie is van mening dat een korting op een collectief contract en een eventuele relatiekorting die de verzekeraar de verzekerde kan geven, buiten de individuele zorgpolis om gedaan moeten worden en op de premienota dienen te worden aangetekend. Op deze manier kun je een aantal onzinnige varianten die wellicht te bedenken zijn, vermijden en zo garanderen dat iemand zijn aanvullende verzekering kan behouden zonder medische keuring, als hij bijvoorbeeld werkloos of arbeidsongeschikt mocht worden en buiten de groep valt die onder het collectieve contract valt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Een aantal zaken is al globaal in de eerste ronde aan de orde gekomen en daar zal ik nu wat mijn fractie betreft verder op ingaan. Wij vragen de minister waarom er niet voor is gekozen om in de wet een verbod op koppeling van de basis- en de aanvullende verzekering op te nemen. Dat verbaast ons, omdat voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht

geldt en zodoende via een koppeling risicoselectie via een achterdeur kan binnenkomen. De VVD-fractie vindt het te verkiezen dat een zorgverzekeraar zijn verzekerden moet overhalen om beide verzekeringen bij hem te nemen. Dat kan bijvoorbeeld door een korting op de aanvullende verzekering te geven, als men beide verzekeringen bij hem afsluit. De zorgverzekeraars hebben aangegeven bezig te zijn met een gedragscode waarin men een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering afsprekt. Ik vraag mij af of dat op een vrije markt is toegestaan in het kader van de Mededingingswet. Dat lijkt mij niet. Ik vraag graag de visie van de minister hierop. De VVD-fractie is zeer tegen een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering. Als er een werkelijke acceptatieplicht wordt ingevoerd, moet die zijn gekoppeld aan een verbod op premiedifferentiatie op basis van persoonlijke kenmerken of een premiebandbreedte. Anders kan de verzekeraar de premie zo hoog laten oplopen dat de acceptatieplicht in de praktijk een wassen neus is. Als daartoe logischerwijze wordt besloten, worden verzekeraars verplicht om verlies te maken. Dat kan niet en zo doet de verevening haar intrede. Als er dan voor de aanvullende verzekering geen verzekeringsplicht bestaat, blaast de verzekering zichzelf op. De premie zal namelijk gebaseerd zijn op het gemiddelde risico, dat substantieel hoger is dan het risico van jonge gezonde mensen. Deze zullen zich dan als eersten niet meer verzekeren, waardoor de gemiddelde premie voor het resterende verzekeringsbestand zal toenemen. Deze spiraal leidt onvermijdelijk tot het opblazen van het systeem. Het is juist deze spiraal die de VVD tot een verzekeringsplicht voor de basisverzekering heeft doen besluiten. De aanvullende verzekering moet in onze ogen niet worden gecollectiveerd. Dan kunnen wij deze verzekering net zo goed direct bij de basisverzekering voegen. Er moet sprake blijven van een vrije markt. Graag verneem ik de reactie van de minister hierop. In het nieuwe ziektekostenverzekeringsstelsel gaan wij uit van een verzekeringsplicht. Een uitzondering hierop zijn de gemoedsbezwaarden. Voordat ik de antwoorden van de regering op vragen uit de Kamer las, dacht ik de systematiek te begrijpen.

Na de antwoorden was ik de weg kwijt. Kan de minister helder aangeven hoe hij de gemoedsbezwaarden tegemoet komt en waarom ervoor is gekozen om dit zo ingewikkeld te maken? De niet-verzekerde moet bij intrede tot de verzekering een boete betalen en terecht, want anders bestaat het gevaar dat mensen zich pas gaan verzekeren als er ziektekosten komen. Waarom is niet gekozen voor een koppeling van bestanden, zodat direct blijkt wie zich niet heeft verzekerd, opdat daarop actie kan worden ondernomen? Nu bestaat er geen controle. Heb ik het goed begrepen dat Nederlanders die bijvoorbeeld heel rijk zijn en zelf hun ziektekosten betalen daarvoor kunnen kiezen? Hoe is geregeld dat zij dan wel bijdragen aan de solidariteit? Kortom, kan de minister aangeven hoe hij de verzekeringsplicht wil operationaliseren en waarom via de gekozen weg en niet anders?

Wij gaan in het nieuwe systeem uit van een individuele verzekeringsplicht. Daaruit zou je kunnen afleiden dat de financiering ook op persoonlijke leest moet worden geschoeid; dat wil zeggen 100% betaling door de individuele verzekeringnemer. Daar is in dit wetsvoorstel niet voor gekozen. Sterker nog, de helft van de macrolasten wordt opgebracht door de werkgevers. Daarmee wordt in mijn ogen door de regering aangegeven dat zij een rol voor de werkgevers weggelegd ziet. De link tussen het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, een snelle reïntegratie en de gezondheidszorg is in de ogen van de VVD-fractie belangrijk. Werkgevers hebben dan ook verplichtingen opgelegd gekregen die gericht zijn op het gezond houden van hun werknemers. De vertaling daarvan in de gezondheidszorg is dat hier ook een actieve rol van de werkgever gewenst is.

In het wetsvoorstel zitten verschillende aanknopingspunten voor werkgevers om collectieve contracten af te sluiten. Het opheffen van de huidige versnippering biedt ook de werkgever meer mogelijkheden. Hij kan nu voor zijn gehele bestand collectieve contracten afsluiten bij een verzekeraar. De transparantie neemt daardoor toe, ook voor de werkgever en de werknemers. Verzekeraars kunnen brede pakketten aanbieden waarin de link tussen

arbeidsverzuim en gezondheidszorg wordt gelegd. Zij kunnen kortingen geven op de verzekeringen die betrekking hebben op arbeidsverzuim en inkomen. De zorgverzekeraar kan ook kortingen geven op de aanvullende verzekering en maatwerk leveren aan bedrijven met onderdelen uit de aanvullende verzekering. Door de functionele omschrijving van het pakket kan meer maatwerk en ook meer integrale multidisciplinaire zorg worden geleverd. Met de preferred provider-contracten kan maatwerk tegen premiereductie worden geleverd.

De centrale vraag is of deze handvatten voldoende zijn voor werkgevers om collectieve contracten af te sluiten. In deze handvatten zit namelijk geen enkele mogelijkheid voor de werkgever om de financiële lasten terug te dringen. De prijs is voor marktwerking belangrijk. Anderzijds hecht de VVD-fractie veel waarde aan de solidariteit in het systeem. Naar mijn mening – ik hoor het graag van de minister als ik dit helemaal fout zie – voldoet het "opt in"-voorstel aan beide criteria. Ik zou het eigenlijk liever een "opt out"-voorstel noemen. De "opt in"-mogelijkheid is in feite een "opt out" en werkt als volgt. De werkgever sluit, met toestemming van de ondernemingsraad met de zorgverzekeraar een collectief contract. Dat contract gaat over inhoud en kwaliteit, maar ook over prijs. De verzekeraar houdt dit collectieve bestand tegen de criteria van de risicoverevening en betaalt aan de vereveningskas als het risicoprofiel beterslechter is en krijgt als het risicoprofiel slechter is. Daarmee wordt bijgedragen aan de solidariteit. De werknemer is niet verplicht om mee te doen. De verzekeraar mag nog steeds niet op premie differentiëren tussen zijn verzekerden, of zij nu via een collectief of een individueel contract binnenkomen, voorzover het persoonlijke kenmerken betreft. Administratieve kortingen mogen dus wel. Afwenteling van de kosten wordt voorkomen doordat werknemers er wel voor zullen passen om hoge afwentelingspremies te betalen ten bate van de werkgeversbijdrage. Zij zullen dan dus niet deelnemen aan het collectieve contract. De overige verzekerden zullen opstappen als de kosten van een collectief contract op hun premie worden

afgewenteld. Immers, er is geen sprake van één monopolistische aanbieder, maar van marktwerking. Als dat gebeurt, zou de verzekeraar zijn kosten op een steeds kleiner bestand moeten afwentelen met bijbehorende premiestijgingen, waardoor hij zichzelf uit de markt prijst.

Op deze wijze krijgt de werkgever, als hij dat wenst, een belangrijke rol in het systeem. Voordelen kunnen niet worden behaald door risico-selectie, maar alleen op de inkoop. De verzekeraar zal met de hete adem van het collectief in zijn nek tot grotere prestaties moeten komen. Hij kan omzet garanderen aan specifieke aanbieders, die hierdoor hun prijs kunnen laten zakken. Dat levert veel op aan kwaliteit en kostenbeheersing, waarvan ook de individuele verzekerden voordeel zullen hebben. Zij liften als het ware mee. Heeft de werkgever om wat voor reden dan ook geen zin om collectieve contracten af te sluiten, dan geldt gewoon het regime dat in dit wetsvoorstel is voorgesteld: bijna 6% inkomensafhankelijke werkgeverspremie. Als tegenmacht op de zorgverzekeraar spelen collectieve contracten een belangrijke rol. Die contracten zijn als het ware de katalysator van het systeem. De VVD staat sympathiek tegenover dit voorstel, maar het kan zijn dat ik een aantal dingen over het hoofd heb gezien. Ik stel een uitgebreide reactie van de minister op prijs.

De VVD-fractie begrijpt weinig van het etalageartikel. Collectiviteiten zijn een belangrijk tegenwicht tegen de macht van de verzekeraar. In het huidige systeem beperken de collectiviteiten zich tot het bedrijfsleven. In het nieuwe systeem zetten wij in op collectiviteiten van patiëntenverenigingen, van bijstandsgerechtigden in een bepaalde gemeente, enz. Juist omdat wij inzetten op het ontstaan van nieuwe collectiviteiten, die totaal van aard en inhoud verschillen, werkt het etalageartikel belemmerend. Ook los van de "opt in"-variant, waarmee dit artikel sowieso vervalt, vragen wij de minister om ons te overtuigen van het nut ervan.

Om te voorkomen dat marktwerking leidt tot een race to the bottom, zijn twee veiligheidskleppen nodig die betrekking hebben op risicoselectie en kwaliteit. De kwaliteit moet door de overheid worden gegarandeerd. Ons huidige kwaliteitstelsel is

voor de VVD-fractie zeer waardevol. Wij krijgen van de minister graag de zekerheid dat het huidige kwaliteitstelsel in de nieuwe Europese context kan worden gehandhaafd. Met de introductie van functionele omschrijvingen moet helder blijven dat bepaalde handelingen zijn voorbehouden aan bepaalde beroepsgroepen. De Wet BIG blijft dus erg belangrijk. Zijn wijzigingen of uitbreidingen van deze wet noodzakelijk? Een taakherschikking is wenselijk, maar het moet wel gecontroleerd gebeuren. De kwaliteit moet gewaarborgd worden. Met de functionele omschrijving van de verzekeringsaanspraken is essentieel dat ook de controle op de kwaliteit door de inspectie zich aanpast aan de toenemende diversiteit en differentiatie.

Wat het PGB betreft sluit ik mij ook aan bij de vragen van de NPCF. In het wetsvoorstel bestaat voor verzekerden een keuze tussen zorg in natura en restitutie. Wij juichen de voorstellen hierover toe. In antwoord op onze vragen over het PGB stelt de regering dat er geen mogelijkheid is om binnen de restitutievorm vooraf, voordat sprake is van zorgconsumptie, een PGB toe te kennen. Ik ben het met de regering eens dat het toestaan van het gebruik van niet-reguliere aanbieders in de zorgverzekering anders ligt dan in de AWBZ. Het betreft immers behandelingen die met het oog op kwaliteitsbewaking bijvoorbeeld strikt zijn voorbehouden aan specifieke beroepsgroepen. De behoefte ligt ook anders. Een knieoperatie is iets anders dan langdurige verzorging. Zullen er met de overheveling van de kortdurende GGZ ook vormen in de zorgverzekering komen die nu door middel van een PGB worden gefinancierd? De regering stelt dat in de functiegerichte opzet van de aanspraken het niet goed doenlijk is het PGB te beperken tot langdurige stabiele situaties, waarbij de behoefte aan zorg tevoren is in te schatten. Kan de minister dat nader toelichten en concretiseren? Wat zijn de risico's? Wat kunnen de voordelen zijn? Chronisch zieken, bijvoorbeeld diabetici, kunnen met een PGB de markt direct laten werken. Ligt hier nu niet juist een kans? Wij zijn ook benieuwd naar de mening van de minister over het PGB in relatie met vergoedingen in de huidige curatieve verzekering die zich ook

goed lenen voor het PGB, zoals hulp- en geneesmiddelen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik ben zeer erkentelijk voor de vele terechte vragen van mevrouw Schippers. Die hoef ik nu niet meer te stellen.

Wat is de ambitie van de VVD-fractie op dit punt? Mevrouw Schippers vroeg naar bepaalde vormen, zoals een woonvorm die nu met behulp van het PGB door de ouders opgezet kan worden voor jongeren die kortstondig GGZ nodig hebben. Is zij ervoor dat die mogelijkheid in het nieuwe systeem behouden blijft? Dat is van belang, omdat je anders bij een restitutiepols te maken krijgt met gemiddelde vergoedingen, terwijl dat bij een PGB anders kan liggen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij staan van oudsher zeer sympathiek tegenover het PGB. Ik stel mijn vragen aan de minister niet voor niets. Ik wil van hem horen waarom hij zijn schriftelijke antwoorden zo heeft geformuleerd en welke risico's hij ziet. Immers, feitelijk wordt de mogelijkheid van het PGB weggeschreven. Waarom gebeurt dat? Het is een nogal gecompliceerde wet. Zijn er risico's die ik niet zie, maar die de minister ons kan vertellen? Verder wil ik weten wat de individuele aanbieder in het kader van de Mededingingswet wel en niet mag en wat de verzekeraar in dit kader wel en niet mag. Daarover spreken wij graag nader met de minister aan de hand van de huidige NMa-notities en van de notitie die binnenkort wordt afgerond. Er bestaat nogal wat ruis op de lijn; het is van belang om die ervan af te halen. Die ruis belemmert alleen al door zijn aanwezigheid de samenwerking en de bundeling van de inkoop. De VVD-fractie heeft zich verbaasd over de introductie van het provinciale werkgebied van verzekeraars. In de zorg is niet alleen sprake van verschillende regionale inkoopmarkten die op verschillende schaal opereren, maar ook lopen deze markten niet langs provinciale grenzen. Daarmee loopt ook de verzekeringsmarkt niet langs deze grenzen. Verder is het criterium voor "alleen regionaal mogen werken" gesteld op 850.000, een arbitrair aantal. Het hebben van 850.000 verzekerden is bijvoorbeeld in Friesland iets totaal anders dan in

Zuid-Holland. Het criterium moet in onze ogen de relevante marktmacht zijn. Een levendige markt waarin collectiviteiten een rol spelen, is voor nieuwe toetreders overigens ook belangrijk. Zo kan een nieuwe toetreders veel sneller in business zijn dan wanneer er alleen een individuele verzekeringsmarkt bestaat. De VVD-fractie ondersteunt de keuze van de regering om in te zetten op concurrentie op de zorginkoop. De verzekeraars moeten daarvoor voldoende ruimte hebben. Daarbij hoort ook dat zij de uiteindelijke rekening van de zorgaanbieder moeten kunnen controleren. Het kan niet zo zijn dat de verzekeraar blind moet betalen. Dat ondergraaft de fundamenten van het systeem. Hetzelfde geldt voor de zorgconsument. Ook hij moet precies kunnen zien of datgene wat op de rekening staat, ook is geleverd. Hij is degene die het beste weet wat er in de behandelkamer is gebeurd en wat in rekening kan worden gebracht. De VVD-fractie zou het onacceptabel vinden als privacyregels hierbij roet in het eten zouden gooien. Gebruik van de persoonlijke gegevens is onontbeerlijk om het systeem te laten werken. En een goede werking is juist in het belang van degene om wiens persoonsgegevens het hier gaat. Hoe staat het hiermee? Is het nodig om op dit punt ondersteunende wetgeving te maken? Wij krijgen graag de garantie van de minister dat er op dit punt geen kink in de kabel komt.

Tot slot kom ik op de verticale integratie. Onder de Zorgverzekeringswet zullen zorgverzekeraars eigen instellingen mogen hebben. De VVD-fractie heeft al eerder aangegeven hierover niet bijster enthousiast te zijn. Zij kan zich wel voorstellen dat verzekeraars door de zorgplicht bijna gedwongen worden om zelf zorg aan te bieden, omdat de zorg niet door anderen wordt aangeboden. Ook kan het zijn dat de verzekeraar een bestaand monopolie wil doorbreken door zelf die zorg aan te bieden. Dat is de "nee, tenzij"-variant die wij al eerder aangaven. Wij zien grote conglomeraten van verzekeraaraanbieders echter niet zo zitten, omdat wij denken dat dit uiteindelijk de marktwerking kan belemmeren. Juist het evenwicht tussen krachten garandeert een gezonde markt. Kan de minister nog eens aangeven waarom er nu wel

ruimte komt voor verticale integratie?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Mevrouw Schippers zei dat werkgevers meer mogelijkheden krijgen om afspraken te maken met zorgverzekeraars over collectieve contracten, waarbij de winst vooral te halen is bij de verzuimverzekeringen of de inkomensverzekeringen. Zij maakt zich zorgen over de mogelijkheid van een stiekeme risicoselectie via collectieve contracten, maar liet tegelijkertijd de achterdeur daarvoor open. Met welke waarborgen wil zij voorkomen dat rijke werkgevers met jonge, gezonde werknemers hoge kortingen krijgen ten koste van anderen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb aangegeven dat de opt out-variant een goed alternatief kan zijn omdat de solidariteit daarin gegarandeerd is. Het risicoprofiel van de collectieve verzekering wordt afgezet tegen de verevening. Bij een bedrijf met jonge, gezonde werknemers stort de verzekeraar een dienovereenkomstige bijdrage in de vereveningspot. Op die manier is de solidariteit gewaarborgd. Daarnaast is er sprake van marktwerking. In mijn optiek is daarin afwenteling op de werknemerspremie ondenkbaar. Als deze premie stijgt, zullen de betrokken werknemers een andere verzekering kiezen. Ik hoor graag van de minister of hier nog haken en ogen aan zitten die ik zelf over het hoofd zie.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Het pakket zal niet gewijzigd worden. Het zal voortaan omschreven worden in een aparte AMvB. De minister heeft een concept-AMvB naar de Kamer gestuurd zodat wij daar een idee van hebben. Dit concept roept bij mij heel veel vragen op. De AMvB wordt jaarlijks door de Kamer besproken en ik neem aan dat dit ook het geval is in het eerste jaar. In artikel 2.3 staat bijvoorbeeld dat vergoeding voor zorg is uitgesloten bij terrorisme en atoomkernreacties. Dat zal ongetwijfeld zijn redenen hebben, maar dit roept wel de nodige vragen op. Er wordt functiegericht beschreven op welke vormen van zorg men recht heeft. Ik sluit mij aan bij de vragen van mevrouw Tonkens op dit punt. Wie mag nog welke dingen doen? Ondanks de wet BIG zal dit de nodige consequenties hebben, waarover zeker nog een keer apart

gesproken zal moeten worden. Ik begrijp dat er straks geen apart verstrekkingsbesluit meer nodig is. In deze wet wordt wel geregeld waar mensen recht op hebben, maar niet wanneer zij daar aanspraak op kunnen maken. Gezien de discussies van de afgelopen jaren is dit een wezenlijke vraag. Hoe lang moeten mensen ergens op wachten? Men heeft treenormen willen ontwikkelen voor de periode dat het medisch en maatschappelijk acceptabel is om mensen te laten wachten. Dat wordt in dit stelsel en in het besluit niet geregeld. Ik heb een amendement ingediend waarin wordt voorgesteld om ook op dat punt een aparte AMvB op te stellen waarin wordt aangegeven, binnen welke termijn zorg geleverd moet worden. Over de precieze invulling kunnen wij nog spreken. Dit is belangrijk, want de afgelopen jaren speelde dat mensen wel recht hadden op zorg, maar niemand wist wanneer.

Ik begreep uit de stukken dat het CTZ een nulmeting uitvoert inzake risicoselectie. Dat verbaasde mij, want toen wij vragen hadden over risicoselectie, werd gezegd dat zich dit niet voordeed. Er wordt nu een nulmeting gedaan, dus het probleem is er kennelijk wel. Straks is voor het standaardpakket risicoselectie niet toegestaan. Een selectie in het aanbod is echter wel mogelijk. Je moet iedereen verzekeren, maar moet de zorg aan iedereen goed worden geleverd? Dan wordt natuurlijk gezegd dat dit in de andere regeling wordt opgenomen, maar wij weten allemaal dat "zorg" op vele manieren ingevuld kan worden. Je kunt voor een bepaalde groep, bijvoorbeeld kinderen met een aangeboren handicap of een ernstige afwijking, weinig of geen goed aanbod in de zorgverzekering opnemen.

De mogelijkheid om verschillende polissen aan te bieden, kan tot risicoselectie leiden, maar ook meer in het algemeen tot een vorm van onderscheid of, scherper gesteld, tweedeling. Ik geef vijf voorbeelden waar ik niet zo gelukkig mee ben.

1. Er kan weer verzekerd worden voor eerste of tweede klasse, terwijl ik dacht dat wij daarvan af waren. Iemand die de hogere premie voor de eerste klasse kan betalen, zal betere zorg en betere omstandigheden kunnen krijgen.

2. Er mag via de polis een verschil in service zijn. "Service" is een breed

begrip. Het voorbeeld wordt genoemd van een klantenservice die 24 uur per dag telefonisch bereikbaar is. Een betere service zal dan hoogstwaarschijnlijk een polis zijn met een hogere premie. Er zal dus onderscheid ontstaan omdat de een het wel en de ander het niet kan opbrengen.

3. Waar ik nog niet de vinger achter kan krijgen, is of het risico van voorkruipzorg bestaat. Wordt aangeboden om op tijd te helpen als extra premie wordt betaald? De minister geeft aan dat één verzekeraar niet van die aparte polissen mag aanbieden, maar ik kan dit niet terugvinden in de wet. Ik vind dit zo wezenlijk dat ik een amendement heb ingediend waarin dit wettelijk wordt vastgelegd. Misschien mogen er wel geen verschillende polissen worden aangeboden, maar mag een zorgverzekeraar dat wel in zijn service aanbieden. Dan kan de zorgverzekeraar een hoge premie vragen, maar wel garanderen dat de zorg op tijd is. Dat is mooi, maar als dat alleen mogelijk is bij een hogere premie, ontstaat er wel degelijk een vorm van voorkruipzorg. Ik hoop dat de meerderheid van de Kamer van mening is dat er maar één reden kan zijn om voor een ander te gaan, namelijk een medische.

4. De zogenaamde "prefered providers"; wie meer premie kan betalen, krijgt meer keuzevrijheid in de zorg. Keuzevrijheid is voor iedereen belangrijk en niet alleen voor degenen die meer premie kunnen opbrengen.

5. Een variabel eigen risico vind ik ongewenst en ook op dat punt stel ik voor, de wet te wijzigen. Mensen die gezond zijn, kunnen zich een hoger eigen risico permitteren. Je krijgt daarmee een onderscheid wat ik niet wens.

De aanvullende verzekering. De risicoselectie valt in de praktijk wel mee, stelt de minister in de stukken. Ik ken echter voorbeelden genoeg, die ik omwille van de tijd niet zal noemen. Mensen kunnen geen aanvullende verzekering afsluiten bijvoorbeeld omdat zij reuma hebben. Dan zegt de minister – dat hoorde je ook in de hoorzitting – dat er een gedragscode komt en dat eraan wordt gewerkt. Een gedragscode is leuk en aardig, maar wij weten allemaal dat zorgverzekeraars zich daar vervolgens niet aan hoeven te houden. Dat is een afspraak onder elkaar. Bovendien komen er nieuwe

aanbieders die daar misschien lak aan hebben, want het is een open markt. Ik wil niemand op een idee brengen, maar een nieuwe aanbieder kan bijvoorbeeld bedenken dat hij louter en alleen voor studenten een aanvullende verzekering begint. Studenten zijn vaak gezond; er zijn dus weinig risico's en lage premies. Het lijkt mij erg aantrekkelijk om bijvoorbeeld zo'n verzekering aan te bieden. Zo'n nieuwe aanbieder die alleen een aanvullende verzekering biedt, valt niet onder de Zorgverzekeringswet. Ik wil graag helderheid hebben over de consequenties en problemen die daar mogelijk het gevolg van zijn.

Laten wij elkaar niets wijs maken: risicoselectie zal bij de aanvullende verzekeringen gewoon gaan plaatsvinden. Mijn pleidooi, dat ik ook in het eerste blok al naar voren bracht, is dan ook: als dat zo is, laten wij dan wijs zijn en laten wij datgene wat wij echt belangrijk vinden in de zorg, voor deze wijziging gewoon terugbrengen in het ziekenfondspakket.

Over de overgangsregeling zijn al de nodige vragen gesteld. Ik neem aan dat de minister die straks gaat beantwoorden. Kunnen mensen bijvoorbeeld een huidige aanvullende verzekering voortzetten of komt er een extra toets, waarbij de risicoselectie gelijk haar gang kan gaan? Daar zijn echter genoeg vragen over gesteld en ik wacht de antwoorden daarop af.

De koppeling is een lastig probleem. Als ik het goed begrepen heb – dat hoop ik dan maar – is het niet verplicht en is het niet verboden, maar dat geldt alleen voor de zorgverzekeraars en niet voor de verzekerden. De verzekerden kunnen er immers wel degelijk mee geconfronteerd worden als een zorgverzekeraar kiest voor koppeling. De verzekerden hebben die keuze dus niet. Als ik dat goed begrepen heb, zit daar wel degelijk een groot probleem. Als een verzekerde wil overstappen voor de standaardverzekering, kan de zorgverzekeraar de aanvullende verzekering dan bijvoorbeeld opzeggen of mag hij blijven? En kan in een contract komen te staan dat er gekoppeld is, zodat een verzekerde die niet ergens anders terecht kan voor een aanvullende verzekering, niet vrij is om over te stappen? Ik zie daar echt de nodige problemen. Uit het nader verslag over de zorgtoeslag naar

aanleiding van de tweede ronde vragen maak ik op dat de basisverzekering mag worden opgezegd op het moment dat iemand de aanvullende verzekering elders wil afsluiten. Dat vind ik eigenlijk een beetje raar, want het lijkt erop dat op dat moment de acceptatieplicht vervalt. Ik heb dat letterlijk uit de tekst van de minister. Daar stond dat de basisverzekering mag worden opgezegd op het moment dat iemand de aanvullende verzekering elders wil afsluiten. Het lijkt mij dat dat niet kan, maar ik heb dat letterlijk uit de tekst. Daarop krijg ik dus graag een reactie. Ik ben blij dat iedereen om mij heen zegt dat dit niet kan. De rechtsbescherming is een heel wezenlijk punt. Er komt nu nog meer macht bij zorgverzekeraars. Dat leidt tot een aantasting van de mogelijkheden waar patiënten recht op hebben en tot een aantasting van de professionele autonomie van de voorschrijver en de behandelaar. Ik maak mij daar echt behoorlijke zorgen over, ook omdat wij de afgelopen jaren als trend hebben gezien dat iedereen vond dat zorgverzekeraars meer te zeggen moesten hebben en ook hebben gekregen. Daarbij zag je een toename van extra eisen alvorens mensen ergens recht op kregen of een vergoeding voor kregen. Ik kan daar talloze voorbeelden van noemen. Ik heb een tijdje geleden bijvoorbeeld Kamervragen gesteld over vloeibare voeding, omdat ineens als extra eis werd gesteld dat je als kankerpatiënt mager genoeg moest zijn om daarvoor in aanmerking te komen. Daar had men een maat voor bedacht. Dat zijn onacceptabele praktijken waarbij een zorgverzekeraar echt letterlijk op de stoel gaat zitten van de professionele deskundigen in de zorg. Ik vind dat dat echt niet kan, maar je ziet dat soort praktijken enorm toenemen. Ik ben er bang voor dat dit met de nieuwe regelingen weer gaat toenemen, want er staat letterlijk dat de zorgverzekering vooraf een extra toestemming kan opleggen. Dat kon overigens altijd al, maar dat blijft gewoon zo. Omdat er meer macht bij de zorgverzekeraars komt te liggen, ben ik daar bang voor. Ik sta daarin overigens niet alleen, want de Raad van State zegt letterlijk: "De zorgverzekeraar krijgt een grotere rol bij de zorgindicatie". Vertaald betekent dit dat de zorgverzekeraar op de stoel van de dokter gaat zitten.

De Raad van State is van mening dat een zorgbehoefte met name een medisch-inhoudelijke vraag is. De behandeling dient dan ook op medisch-inhoudelijke gronden bepaald te worden. Daar zijn wij het volgens mij allemaal over eens, maar de zorgverzekeraars gaan zich daar wel heel erg veel mee bemoeien en doen dat nu al. Het gaat om de positie van de patiënt op het moment dat dit gebeurt. Er wordt gezegd dat er een onafhankelijke geschillencommissie komt die in dat soort zaken gaat bemiddelen, maar ik zie nog niet helemaal hoe dat gaat gebeuren. Het is verplicht, maar vervolgens is de uitspraak niet bindend. Ik begrijp het probleem, want nu het privaatrechtelijk wordt geregeld, krijg je alleen maar civiele procedures. Dan geldt dus slechts één rechtspraak, maar dat komt de patiënt niet ten goede. Ik wil graag weten hoe dit op een fatsoenlijke manier wordt opgelost opdat mensen niet in de knel komen. Een ombudsman zorgverzekering als geschillencommissie zie ik niet direct zitten, want dan is er geen sprake van onafhankelijkheid. Het advies inwinnen bij het CVZ in geval van onduidelijkheid of geschil is niet meer verplicht. Omdat ik dat ongewenst vind, heb ik een amendement ingediend om daarin verandering te brengen. Als een zorgverzekeraar weigert tot vergoeding over te gaan conform het voorschrift van de arts – bijvoorbeeld de vloeibare voeding voor een kankerpatiënt – kan de patiënt uiteindelijk naar de rechter. Dat wordt dus nu de civiele rechter. Dat is een heel hoge drempel voor veel mensen. Bovendien is het duurder. Dit probleem vergt echt een goede oplossing. Ik wijs er verder nog op dat mensen vaak de tijd er ook niet voor hebben. Mensen hebben een medisch probleem en het is dan geen optie om naar de rechter te moeten stappen om vloeibare voeding of het juiste medicijn te krijgen.

Voorzitter: Bujs

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Wat betreft het toezicht wijs ik erop dat meer marktwerking leidt tot druk op de kwaliteit en dus ook tot de noodzaak van meer inspectie. Ik vind het jammer dat de minister niet bereid is, de inspectie uit te breiden. Het is ook in strijd met wat hij eerder

gezegd heeft. Tijdens de behandeling van de WTZi zei hij van mening te zijn dat het winstoogmerk op zichzelf niet hoeft te leiden tot suboptimale kwaliteit, maar dat hij de inspectie volksgezondheidszorg zou vragen, extra aandacht te besteden aan de kwaliteit van de zorg bij instellingen die winst nastreven. Dat zal hij niet voor niets hebben gezegd. Tijdens het hoofdlijnen debat zei hij nog dat het toezicht van de inspectie op de kwaliteit belangrijker wordt. De erkenning van het belang van toezicht is er dus wel maar de benodigde uitbreiding niet. Inspraak van ledenraden bij zorgverzekeraars lijkt mij erg noodzakelijk. In het wetsontwerp staat een kan-bepaling. Ik vind echter dat het moet. Samen met mevrouw Tonkens heb ik op dit punt een amendement ingediend. De markt geeft in mijn ogen de zorgverzekeraars geen echte prikkel tot preventie. De minister erkent dat ook en zegt dat voor primaire en secundaire preventie de overheid verantwoordelijk blijft. Dit is volgens hem niet aan de zorg. Dat is wel een heel beperkte visie op zorg in relatie tot preventie. Ook zorgverzekeraars moeten veel meer oog hebben voor preventie en die marktprikkel helpt daar niet echt bij. Er zijn inderdaad allerlei goede projecten, maar tijdens de hoorzitting werd toegegeven dat het vooral window dressing is.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant heeft inmiddels haar (indicatieve) spreektijd met 50% overschreden. Ik wijs de leden erop dat deze vergadering om 18.00 uur moet zijn afgelopen. Daarom wil ik hen bewegen tot enige terughoudendheid op punten waarop zij zich kunnen aansluiten bij andere sprekers.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik wil nog enkele punten noemen die niet of onvoldoende aan de orde zijn geweest. Het spreekt vanzelf dat ik graag meeluister naar de antwoorden van de minister op vragen van collega's. Bij het eerste blok heb ik veel nadruk gelegd op het belang van solidariteit in het stelsel. Dat komt op verschillende manieren tot uiting. Het uitgangspunt voor het pakket is de huidige Ziekenfondswet, waar geacht wordt alle medisch noodzakelijke zorg in te zitten. Mijn fractie heeft de afgelopen jaren een aantal keer de

kanttekening gemaakt dat voorzieningen uit het pakket zijn gehaald die er volgens ons in horen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om voorzieningen voor chronisch zieken en gehandicapten. In dat licht kan kritiek worden geleverd op de solidariteit van het pakket in het nieuwe stelsel. Chronisch zieken en gehandicapten zijn voor noodzakelijke voorzieningen aangewezen op de aanvullende verzekeringen, waarmee al wordt afgedongen op de solidariteitsgedachte. Dit baart ons zorgen. Bovendien is het niet goed verenigbaar met de criteria die de minister gebruikt ter bepaling van de breedte van het pakket. Het moet volgens hem gaan om noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en de noodzaak van collectieve financiering. Er is al gesproken over een aantal voorbeelden, zoals de fysiotherapie. Over de mondzorg voor patiënten boven de achttien kunnen wij van mening verschillen. Wij vinden dat een breder pakket noodzakelijk is, juist met het oog op de solidariteit tussen gezonden en zieken. Die solidariteit vinden wij zo belangrijk dat in ieder geval ten aanzien van de inhoud van het pakket (artikel 11.3), de no-claimteruggaaf (artikel 22.5) en de bijdrage aan het vereveningsfonds de betrokkenheid van het parlement essentieel is. In dat licht heb ik een ondertussen breed ondertekend amendement ingediend – dit heeft de minister nog niet bereikt maar het is onderweg – voor het instellen van een voorhangprocedure, zodat wij daarover kunnen spreken. Mijn fractie staat van oudsher niet bekend als een fervent voorvechter van voorhangprocedures; als iets echt belangrijk is, moet het eigenlijk in de wet worden geregeld. Gelet op het belang van de genoemde drie onderwerpen, kiezen wij in dit geval wel voor een voorhangprocedure, ook omdat het in de wet niet geheel kan worden geamendeerd. Over de premieheffing kan ik kort zijn; vanmorgen heb ik daarover al iets gezegd. Wij zijn teleurgesteld over het gebrek aan solidariteit. Er zou moeten worden gekozen voor een andere vorm van premieheffing. In onze ogen moet die voor een groter deel inkomensafhankelijk worden. De minister heeft daarvoor echter niet gekozen. Het werkgeversaandeel is overigens niet wezenlijk anders geregeld dan in het huidige

systeem. Bij de premiestelling voor de verzekerden zouden wij hebben gekozen voor hooguit een kwart nominaal. Daarvan zou al voldoende prikkeling zijn uitgegaan, terwijl de solidariteit dan groter is. Bovendien zou het de gekunstelde oplossing die met de wet op de zorgtoeslag – deze bespreken wij vanavond – wordt gezocht, overbodig maken. Hiervan moeten 6 miljoen huishoudens gebruikmaken. De Belastingdienst krijgt maar liefst 500 fte extra om het netjes vorm te geven. Dat moeten wij kunnen voorkomen. Daarom heb ik het amendement op dat punt van collega Smits meeondertekend. Ik waarschuw nog maar eens voor de gevolgen. Als ik dan toch een roepende in de woestijn moet zijn, dan roep ik nog maar een keer. Over de no-claim hebben wij anderhalve maand geleden uitvoerig gesproken. De argumenten die wij toen hebben gegeven tegen opname in de Ziekenfondswet van die regeling in deze vorm, zal ik niet herhalen. Deze gelden echter vandaag de dag nog steeds. Ook op dit punt vinden wij de positie van chronisch zieken en gehandicapten heel belangrijk. Bij het bepalen van de hoogte van de zorgtoeslag wordt bovendien uitgegaan van een gemiddelde premie. Ook dat raakt de chronisch zieken en gehandicapten, die in verband met de aanvullende verzekering met voor hen noodzakelijke voorzieningen vaak duurder uit zijn. Dat de minister geen inkomensplaatje nodig had voor deze groep, is dan ook niet goed te begrijpen. Over eigen risico en premie-differentiatie heb ik geen bijzondere opmerkingen. Wij wachten af hoe dit in de praktijk uitpakt; wij hebben daartegen geen principiële bezwaren. Over de effectiviteit van een steeds verder oplopend eigen risico valt te discussiëren. Ik herinner mij dat ik in het debat over no-claim heb gezegd dat uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat een eigen risico tussen € 200 en € 900 nauwelijks bijdraagt tot meer effectiviteit en dat het pas boven dat bedrag weer echt effectief zou zijn. De precieze details ben ik kwijt, maar de minister weet wellicht op welk onderzoek ik doel. Wij hebben geen bezwaar tegen het principe, en wij kunnen het dus hebben over de effectiviteitsvraag. De solidariteit, die ik zeer bepleit, heeft wat mijn fractie betreft ook grenzen. Ik heb het dan over de voorgestelde verplichte financiële

solidariteit ten aanzien van zorg en verstrekkingen waartegen men om ethische redenen of geloofsredenen bezwaar heeft. Het gaat vooral om ethische redenen; daar komt het althans op neer. Deze kunnen een geloofsachtergrond hebben, maar dat is niet noodzakelijk het geval. Anders dan in het huidige stelsel, wordt er een verplichte financiële solidariteit geëist. Je kunt een "opgeschoond" pakket kiezen, maar blijft de volledige premie betalen. Wij zijn het in het debat eens geworden over die term, want tegen "schone polis" bestonden bezwaren. Ik herinner mij dat de minister in het debat van 15 april zei dat hij geen oude schoenen weggooit voordat hij weet of de nieuwe lekker lopen. Welnu, op dit punt gaat het knellen bij een deel van de bevolking, en dat moet de minister niet willen. Ik pleit daarom voor behoud van deze oude schoenen, die uitstekend lopen, in het nieuwe stelsel, en ik pleit ervoor dat er ruimte blijft voor mensen om verschoond te blijven van het meebetalen aan bepaalde verstrekkingen waar men om ethische redenen bezwaar tegen heeft. Dat was ook de strekking van mijn vraag aan de heer Heemskerk. Ik eis niet meer dan nu mogelijk is, maar het moet zeker niet zo zijn dat er minder mogelijk wordt in het nieuwe stelsel, op het belangrijke punt van verplichte, afgedwongen solidariteit. Collega Van der Vlies zal daarover zeker ook nog komen te spreken. Ik heb een amendement dat door hem is ingediend, meeondertekend. Wat de gemoedsbezwarenregeling betreft heb ik het gevoelen dat de huidige voorziening in artikel 57 afdoende is. Dit is een continuering van de bestaande ziekenfondswetpraktijk. Kan de minister bevestigen dat ik dat goed zie? Wat nu voor de volksverzekeringen geldt, zou ook voor de nieuwe basisverzekering moeten gaan gelden. Daarmee is dan voldoende aan dit punt tegemoet gekomen. Ik heb een vraag gesteld aan mevrouw Schippers over het PGB. Zij heeft een heleboel vragen gesteld, waar ik bij aansluit. In gevallen als die waarvan ik een voorbeeld noemde, te weten een door ouders opgezette woonvorm voor jongeren die aangewezen zijn op kortdurende GGZ, biedt de restitutiepols niet in alle gevallen een oplossing, omdat het dan om gemiddelde kosten gaat, terwijl het PGB betrekking heeft op reële

kosten, die uit het PGB kunnen worden voldaan. Dit zou voor de minister in financieel opzicht wel eens aantrekkelijk kunnen zijn. Het gaat mij nu om het principe en om het behoud van het PGB, waarop nu ook een beroep kan worden gedaan bij deze zorgvormen. Wij hebben vaker gesproken over kortingen bij gezond gedrag. Ik realiseer mij dat het heel moeilijk is. Wel of niet vet eten, veel bewegen; het is moeilijk is om dat soort zaken vorm te geven in een verzekeringsstelsel. Aan de andere kant denk ik dat er bepaalde mogelijkheden zijn om daarvan wel elementen op te nemen. Welke mogelijkheden ziet de minister daartoe? Zo zou ik mij kunnen voorstellen dat deelname aan een bevolkingsonderzoek of een periodiek preventief geneeskundig onderzoek dan wel het kiezen voor een griepvaccinatie een voucher oplevert waarmee korting kan worden verkregen. Het hoeft niet om grote bedragen te gaan, maar zijn er mogelijkheden voor dat soort positieve prikkels, in plaats van negatieve sancties op ongezond gedrag? Ik ben graag bereid om mee te denken over de vraag of dat bij amendement, in een motie of anderszins vorm moet krijgen. Ik zou echter de gedachte daarover in dit debat niet zomaar willen loslaten. Er is veel gezegd over risicoselectie en over de aanvullende verzekering. In dit verband is ook gesproken over koppelverkoop. De heer Heemskerk heeft er zinnige vragen over gesteld, waar ik mij bij aansluit, evenals mevrouw Schippers. Een amendement van de heer Heemskerk heb ik meeondertekend. Mevrouw Schippers heeft gewezen op risicoselectie via de achterdeur. Dat punt leg ik graag bij de minister neer. Risicoselectie hoeft niet altijd openlijk te zijn, maar kan ook heel creatief gebeuren. Mevrouw Kant heeft daarvan een aantal voorbeelden gegeven, zoals de lange wachttijden aan de telefoon en de afdoening van vergoedingen en dergelijke. Over collectieve contracten is al veel gezegd, dus dat sla ik nu over. Ik sluit mij bij die punten aan. Hetzelfde geldt voor de rechtsbescherming. Hoe zit het met de rol van de verzekerden, de zorgvragers? Het CVZ is niet verplicht om een oordeel te geven in een geschil dat bij een onafhankelijke instantie voorligt. Wie beoordeelt in een dergelijk geschil dan wel of de

verzekerde, gezien zijn zorgbehoefte, op de desbetreffende vorm van zorg is aangewezen? De kern van de zorg en het opzeggen van niet-contracteren bij wezenlijke zorgaanbieders hebben wij al geparkeerd, daarover krijgen wij nog informatie van de minister. Ten aanzien van het toezicht sluit ik mij eveneens aan bij eerder gemaakte opmerkingen. Het gaat ons erom dat het verzekerde pakket moet worden getoetst op de criteria die de minister zelf noemt: noodzakelijke zorg, aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Dat mis ik in de wettelijke omschrijving van het toezicht. Is het niet noodzakelijk om dat met zoveel woorden vast te leggen?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter. In de blokken die hierna volgen, ben ik korter. Dit is voor ons het belangrijkste onderdeel. Ik begin met de kwaliteit. Er wordt verondersteld dat een zorgverzekeraar kennis van en interesse in kwaliteit heeft. Daar wordt ook op gerekend. Het probleem is dat niet duidelijk is, of het wel zo is. Er wordt ook niet erg op gestuurd. In de schriftelijke rondes is er vanuit veel fracties gevraagd of de zorgverzekeraars daadwerkelijk kennis van en interesse in kwaliteit hebben. De minister noemt dat dan steeds een zaak van de medische wereld. Zij gaat volgens de minister over de kwaliteit, en niet de verzekeraar. Alleen, hoeveel zeggenschap heeft de medische wereld zelf nog wel? Verzekeraars gaan immers vooral op prijs concurreren en niet zozeer op kwaliteit. Naast GroenLinks hebben ook andere fracties in de schriftelijke rondes laten zien dat er enige vrees is voor kwaliteitsverlies. In antwoord daarop zegt de minister dat ons huidige kwaliteitssysteem uitstekend functioneert. Dat is natuurlijk geen antwoord, het gaat immers om kwaliteitsverlies in het nieuwe stelsel. Al even vaag is wat de minister op een ander punt zegt. Bij het inkopen van zorg dient de zorgverzekeraar zich ervan te vergewissen dat de zorg die hij inkoopt, goede zorg is. Maar wat is dat nou? Wat gebeurt er als de verzekeraar zich daar niet van vergewist? Wat gebeurt er als de verzekeraar daar geen interesse in heeft? Wie controleert of een verzekeraar dat doet en wat voor sancties zijn er? Ik weet dat de

minister hierop gaat zeggen dat de verzekerde kan stemmen met de voeten, maar dat kunnen wij niet als antwoord accepteren. Hoe kunnen wij als verzekerden controleren of onze verzekeraar inderdaad let op goede zorg? Als er sprake is van nalatig medisch handelen, dan zal de patiënt de behandeld arts daarop dienen aan te spreken, zo schrijft de minister. De verzekeraar dient buiten de arts-patiënt relatie te blijven. Ik weet niet naar welke verzekeraar ik nog toe moet. Ik moet er dus veel geld voor neerleggen, maar als er iets aan de hand is, geeft mijn verzekeraar niet thuis. Er zijn misschien nog verzekeraars die gewoon uit zichzelf aardig zijn, maar het systeem bevordert dat duidelijk niet. Waarom kan de verzekerde de verzekeraar niet aanspreken op slechte kwaliteit? Wat hebben wij aan de verzekeraar als wij dat niet kunnen? Het was niet de bedoeling dat verzekeraars zouden gaan concurreren op prijs in plaats van op kwaliteit, maar volgens mij is dat precies wat hiermee wordt bereikt. Mede in dat licht vinden wij de zorgplicht erg vaag omschreven in deze wet. Naar onze mening kan dat duidelijker. Ten aanzien van bijvoorbeeld de wachttijden zegt de minister dat de zorg onmiddellijk dient te worden verleend, met inachtneming van eisen van redelijkheid en billijkheid. Dat is eveneens erg vaag. Waarom wil de minister niet vastleggen, conform de Treeknormen, wat wenselijke wachttijden zijn? Dat zou toch onderdeel van de zorgplicht moeten zijn? Hetzelfde geldt voor wenselijke normen ten aanzien van afstand en reistijd. Ik begrijp dat het ingewikkeld is, maar om er helemaal niets over te zeggen, lijkt ons toch te mager. Tot nu toe antwoordde de minister steeds dat het per patiënt en per ziekte weer anders is. Dat geldt altijd voor alles en daarop kunnen wij geen systeem opbouwen. Dat lijkt mij geen antwoord. Het is ons ook niet duidelijk wat er gebeurt als de verzekeraar er niet in slaagt, tijdig gecontracteerde zorg te leveren. De minister stelt: "Vanzelfsprekend moet de zorgverzekeraar zich dan nog tot het uiterste inspannen." Aan zo'n antwoord heb ik niet zo heel veel. Wat gebeurt er als hij dat niet doet? Daar heeft de minister ook antwoord op gegeven: "Als het echt niet lukt, is er een

wettelijke norm, namelijk volledige vergoeding." Ik begrijp het eigenlijk nog niet. Hoe gaat het nu in z'n werk? Stel dat je geen tijdige zorg krijgt en dat je verzekeraar zich tot het uiterste gaat inspannen, wanneer wordt dan de volgende regel van kracht, namelijk dat hij een volledige vergoeding moet geven als ik naar een andere zorgverlener ga?

Is de minister het niet met mij eens dat er nu een heel onoverzichtelijk systeem zal ontstaan? Er worden honderden soorten keuzes mogelijk, honderden soorten polissen. Wie zit hier nu eigenlijk op te wachten? Is het niet veel beter om een basispolis per verzekeraar vast te stellen, opdat in ieder geval duidelijk is wat welke verzekeraar biedt en hoeveel dat kost?

Ik sluit mij aan bij de opmerkingen van mevrouw Kant over versterking van de inspectie.

Volgens mij zit voorrangszorg in het systeem ingebakken, want als dat niet zo is, begrijp ik het niet. Snellere zorg voor een hogere premie mag niet, daarover is de minister duidelijk. Premiedifferentiatie is alleen toegestaan in relatie tot prestatie of keuzemogelijkheden. Maar een verzekeraar mag wel afspraken maken met een ziekenhuis om zijn patiënten sneller te laten helpen. Nu kan dit alleen maar betekenen dat de patiënten van een andere verzekeraar minder snel worden geholpen, want er zijn niet plotseling heel veel meer artsen en operatiekamers. Kan de minister dus niet gewoon toegeven dat er met dit systeem voorrangszorg mogelijk wordt? Daar zijn wij het niet mee eens, maar dan weten wij in ieder geval waarover wij praten. Volgens mij kan het niet anders dan dat de afspraak ten gunste van de een ten koste van de ander gaat.

Een misschien nog wel groter probleem is dat er straks misschien helemaal geen algemene wachtlijsten meer zullen zijn, omdat de situatie per verzekeraar anders is. Dan kan de minister trots zeggen dat het probleem van de wachtlijsten is opgelost, maar dan zijn ze alleen onzichtbaar geworden. Er is geen wachtlijst voor een bepaalde operatie, want het hangt van je verzekeraar af, hoe snel je aan de beurt bent. Ik hoor graag dat het niet zo is, maar ik ben bang van wel. Graag een reactie op ons voorstel om de Algemene Rekenkamer wél een centrale rol bij de controle te

laten vervullen. De minister zegt steeds dat dit niet kan, omdat het een privaatrechtelijk stelsel is. Maar dat is nu juist zijn keuze, dus dan is het weer de vraag waarom hij dat stelsel kiest. Daar kunnen wij dan weer over praten, maar het lijkt mij beter dat hij een direct antwoord geeft op mijn vraag waarom hij de Algemene Rekenkamer op afstand wil zetten. Dit lijkt mij een groot gemis, want het is een zeer nuttige instelling. De minister zegt dat de Rekenkamer wel onderzoek kan doen naar de structuur van het toezicht en de verantwoordingsstructuur. Ik weet niet precies wat hij bedoelt, maar volgens mij bedoelt hij dan niet het toezicht op de besteding van het geld voor de zorg door de verzekeraars zelf. Hij zegt vrolijk dat daarmee de democratische controle gewaarborgd is, maar dat zie ik eigenlijk niet.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Speelt hierbij niet ook het punt van de rijksbijdrage een rol? U noemt het niet, maar het lijkt mij ook een reden om de Algemene Rekenkamer in te schakelen; het heeft wel degelijk met publiek geld te maken.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dank voor dit extra argument. Ik probeerde alles wat snel te behandelen, maar dit is inderdaad een belangrijk argument.

Dan een opmerking over het eventueel tekortschieten van de verzekeraar. Wij hebben al gesproken over het niet tijdig leveren van zorg, maar vervolgens is er de vraag wat er gebeurt als de verzekeraar überhaupt zijn zogenoemde bemiddelingsplicht niet goed vervult. De minister zegt dat deze dan in conflict komt met de verzekerden die een klacht kunnen indienen bij een geschillencommissie. Ik sluit mij wat dat betreft kortheidshalve aan bij de vragen die anderen hierover al gesteld hebben. Ik merk er bij op dat de minister sterk rekent op de mondige burger. Veel mensen die ziek zijn, zijn echter niet mondig en hoe ouder en hoe zieker je wordt, hoe minder mondig je over het algemeen zult zijn. Graag krijg ik in dit verband een antwoord van de minister op de vraag: wie kijkt ernaar en hoe wordt ernaar gekeken of de verzekeraars in algemene zin hun zorgplicht wel of niet nakomen? De onverzekerden vormen een groot probleem. Mensen die zorg nodig

hebben maar niet verzekerd blijken te zijn, krijgen een boete met terugwerkende kracht. Er zitten echter een paar zwarte gaten in dit verhaal. Immers, wat als mensen vervolgens het geld niet hebben? Lopen wij daarmee niet een enorm risico met z'n allen? Mensen die geen geld hebben, zullen wellicht juist het risico nemen om zich niet te laten verzekeren. Als zij dan een operatie nodig hebben van, pakweg, € 20.000, hebben zij dit geld niet – wat gebeurt er dan? Vindt de minister dat wij überhaupt dit soort risico's moeten nemen?

Over de aanvullende verzekering heeft de minister een buitengewoon verhullende zin geschreven, waarover ik hem om uitleg vraag. Hij schrijft over de aanvullende verzekering: het is aan verzekeraar en verzekerde welke aanspraken zij hierin willen opnemen. Dat is interessant, want volgens mij is het aan de verzekeraar. Ik zie het niet voor mij dat de verzekeraar en de verzekerde samen om de tafel gaan zitten om te kijken welke aanspraken er zullen gelden. Ook daar geldt toch gewoon dat de verzekeraar dit voor het zeggen heeft? Laten wij niet doen alsof het anders is.

Over koppelverkoop hebben anderen al het een en ander gevraagd. Wij vinden in ieder geval dat het heel belangrijk is dat de verzekerde vrij moet kunnen bewegen en niet moet worden belemmerd door de verzekeraar.

Wat betreft het stemmen met de voeten merkte ik eerder al op dat de minister er wel heel sterk op rekent dat dit veel gaat opleveren en dat een zwerm muggen een olifant in beweging gaat brengen. De minister heeft er echter zelf ook enige zorg over. Hij zegt in de beantwoording dat er een risico is dat er onvoldoende wordt gestemd met de voeten en daarom zal de zorgautoriteit de ontwikkelingen in de markt nauwkeurig volgen. En dan? Als de minister constateert dat er inderdaad onvoldoende met de voeten wordt gestemd, wat gebeurt er dan? Ook hierop verkrijg ik graag een antwoord.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Vanmorgen heb ik in het algemene rondje over het eerste blok al gezegd dat het voor de SGP-fractie bijzonder belangrijk is wat er in het basispakket komt en wat wordt verwezen naar het aanvullende

pakket. Toen heb ik bedoeld op enkele prestaties die door mijn fractie als controversieel worden ervaren en waarover in het verleden meerderheidsbeslissingen zijn gevallen, ook over de financiering en de dekking ervan. Er zijn toen voor de mensen die daar principieel moeite mee hadden, voorzieningen getroffen. Die voorzieningen zouden wij op z'n minst willen handhaven. De grondlijn van onze fractie zou eigenlijk zijn: alles wat controversieel is, naar de aanvullende verzekering; dan kan iedereen daarin zijn eigen keuze volgen. Dit nog los van de principiële vraag of dat allemaal mogelijk moet zijn, maar die meerderheidsbeslissingen zijn gevallen. Ik heb daartoe een amendement, samen met de heer Rouvoet, in de Kamer neergelegd, waarbij er een verschil is met zoals de minister het dacht op te lossen. Overigens vind ik de manier waarop hij daarmee is omgegaan, op zichzelf tot dankbaarheid stemmen. Dat er überhaupt aandacht voor is, is al een belangrijk punt. Het is in het verleden toegezegd en het gebeurt dan toch maar. Ik wil daar niet besmuikt over doen; ik ben daar de minister erkentelijk voor. Waar komt het nu op neer? Het komt erop neer dat een verzekerde met dergelijke fundamentele bezwaren, die eigenlijk grote moeite heeft met de gevraagde solidariteit voor al die prestaties in de dekking van ook zijn polis, aan kan laten tekenen dat hij dat voor zichzelf "afgeplakt" wil hebben. Je kunt je ook afvragen of het niet zuiverder is dat het de verzekeraar mogelijk wordt gemaakt modelovereenkomsten aan te bieden waarin rekening wordt gehouden met controversieel te achten prestaties. Die lijn wordt ingezet door het amendement op stuk nr. 23. De heer Heemskerk heeft daarbij wel een punt: wat is precies controversieel? Je kunt naar het verleden kijken of naar de stand van zaken nu; wat in de toekomst komt, zien wij dan wel weer. Je kunt het ook binnen marges aan de verzekeraar overlaten: dat bied ik in deze polis aan en ik heb rekening gehouden met die controversiële prestaties. Daarvan moet natuurlijk geen misbruik kunnen worden gemaakt; het moet geen vluchtroute worden. Daarom is in het amendement heel helder verankerd dat de consequenties daarvan voor de premiestelling gematigd zullen zijn en dat de

bewijslast bij de verzekeraar ligt. Op die manier kun je vluchtgedrag uitsluiten. Ik wil de continuering van het opgeschoonde pakket dringend aanbevelen in de aandacht van de minister en voorzover nodig ook van de collega's in de Kamer. Het is voor mijn fractie een zeer wezenlijke klip die op een loyale, royale en ook eerlijke manier omzeild moet worden. Wellicht komen wij in een later stadium nog te spreken over het amendement, over de ins en outs, de punten en komma's, maar dit is de grondstructuur ervan. Het volgende punt betreft de keuzemogelijkheden die de wet biedt, natura en restitutie. Daarin zit niet expliciet het maatwerk van het PGB. Enkele collega's hebben er al over gesproken en er vragen over gesteld; daar sluit ik mij uiteraard bij aan. Het PGB met alle rechten en plichten van dien biedt een keuzevrijheid pur sang: niet alleen zorg krijgen, afrekenen en restitueren, maar zelf kiezen voor die zorg, voor het maatwerk dat voor jou passend is en vervolgens betalen, inclusief de prikkels die daarin zitten. Ook ik wil uitdrukkelijk aandacht vragen voor de keuzemogelijkheden van het PGB. Een ander punt is de spoedeisende zorg die wordt ontvangen van andere dan gecontracteerde aanbieders van jouw zorgverzekeraar. Voorzover ik kan zien, wordt uitgegaan van een gemiddelde benadering. Die kan dan ook afwijken van de reële in rekening te brengen kosten voor die spoedeisende hulp. Daarom heb ik met het amendement op stuk nr. 21 een regeling aan de Kamer willen voorleggen. Ook daarop krijg ik graag te eniger tijd, in dit debat of plenair, een reactie. De mogelijkheid van het eigen risico is, als die op een gematigde wijze wordt ingezet, altijd verwelkomd door mijn fractie. Dit instrument gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid en biedt flexibiliteit. Bij het lezen van de stukken stuit ik op een zekere reserve in de administratieve sfeer tegenover de combinatie van zorg in natura en het eigen risico: hoe houd je dat dan nog helder, hoe is dat precies te combineren? Over het eigen risico, de premiekorting en het eventuele risico van uitholling van de solidariteit hebben collega's vragen gesteld: moet het niet leiden tot een maximering van

de premiekorting? Ik sluit mij daarbij aan.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb een vraag over de maatvoering van het eigen risico. Daarover is voor u te praten, als dat eigen risico gematigd is. Wat vindt u van de som van € 255 no claim en de mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico van € 500 – laten wij zeggen dat je daarop € 400 korting krijgt – voor een gezin met twee zieken versus een gezond gezin? Dat kan behoorlijk in de papieren lopen, zo'n € 1300. Wat vindt u van die maatvoering?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Daar komt mijn vraagstelling, mijn reserve vandaan. Daarom gebruik ik bewust het woord "gematigde". Inderdaad moet de solidariteit verankerd blijven en niet al te gemakkelijk omzeild kunnen worden zolang iemand niet zelf in de categorieën valt met het risico dat aanspraak op de zorg moet worden gedaan. Ik ben het met de heer Heemskerk eens dat het niet ongelimiteerd kan. Er mag geen onregelmatigheid komen in het gebouw van de solidariteit.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Daar bedoelt u mee dat u het ook te hoog vindt?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Nou, te hoog, dan moet ik nadenken over de precieze bedragen. Ik heb een grondhouding. Wat het precies betekent, wil ik voorgerekend krijgen. De minister heeft alle gelegenheid om dat tegen het licht te houden. Ik heb belangstelling voor de antwoorden op de vragen van de heer Heemskerk. Ik wil mijn "eindbod" nog even voor mij houden. Wij staan nog maar aan het begin van de discussie.

In artikel 10 is bewust gekozen voor de functiegerichte omschrijving van de aanspraken. Er komt ter wille van de flexibiliteit geen koppeling aan beroepen. Dat heeft als consequentie dat de huisartsenzorg, net als de kraamzorg en de verloskundige hulp niet meer in de wet worden benoemd. Dat hoeft niet op problemen te stuiten, maar je kunt je afvragen of in het rijtje van artikel 1 niet ook de basiszorg thuis hoort. In het conceptbesluit komen de typen van zorg benoemd terug. In een besluit kun je iets uitwerken, maar de hoofdzaken moeten in de wet verankerd liggen. Het besluit moet

aangehecht kunnen worden aan wettelijke bepalingen. Volgens artikel 10 horen huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundige hulp niet vanzelfsprekend tot een van de categorieën. Ik heb op dit punt een amendement aan de Kamer voorgelegd.

Mijn blokje over de collectieve contracten sla ik om der tijds wille over. Ik sluit mij aan bij de woorden die hierover al gesproken zijn. Ik wilde kiezen voor een verbijzondering naar de arbozorg in bedrijven en de patiëntenverenigingen, algemeen of ziektegericht.

Ik kom op de relatie van deze wetgeving met de wet herstructurering overeenkomstenstelsel zorg (HOS), die in de Eerste Kamer aanhangig is. Er zitten waarborgen in dat er geen discontinuïteiten komen in de aanvullende zorg als dat tot grote risico's zou leiden. Mijn amendement terzake is terechtgekomen in artikel 44, lid 3, van de wet HOZ. Waarom is dat niet doorvertaald naar deze wet?

Ik sluit mij aan bij de woorden die al zijn gesproken over rechtsbescherming en toezicht.

De **voorzitter**: Ik stel voor, na het antwoord van de minister het derde en vierde blok zo enigszins mogelijk gezamenlijk te behandelen.

De vergadering wordt van 15.23 uur tot 15.45 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik heropen de vergadering. Sommige fracties hebben hun spreektijd al ruim overschreden. Ik verzoek de leden dan ook de interrupties kort en zakelijk te houden. Blok 3 zal nog wel enige tijd kosten en wij moeten vanavond ook nog spreken over de Wet op de zorgtoeslag. Mijn streven is erop gericht, de vergadering rond 18.00 uur te schorsen.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik zal proberen de vele vragen zo kort mogelijk te beantwoorden. Ik wil eerst ingaan op de aanvullende verzekeringen en de vrees dat die zouden kunnen leiden tot risicoselectie. In het begin van deze regeerperiode zijn daarover vrij duidelijke afspraken gemaakt. Het wettelijk pakket hebben wij beperkt en daarmee is het aanvullend pakket wat vergroot. Als dat gedaan wordt, komt het helemaal in de private sfeer terecht en zijn de wettelijke beïnvloedingsmogelijkheden zeer

beperkt. Mevrouw Schippers had er gelijk in dat je het net zo goed in het wettelijk verzekerd pakket had kunnen laten zitten, als je het aanvullend pakket weer gaat inperken en beïnvloeden. Wij hebben tijdens die operatie van ongeveer een jaar geleden ook kunnen merken dat de gevolgen van risicoselectie voor verzekerden behoorlijk beperkt zijn gebleven. Het volledige aanvullend verzekerd pakket, inclusief de in het verleden aangebrachte beperkingen op het wettelijk pakket, betreft minder dan 7% van de totale zorgkosten. Ik heb wel eens het idee dat mensen denken dat het om zo'n 50% van het totaal verzekerde pakket gaat, maar het gaat slechts om een klein onderdeel. Verder is in de laatste ronde gebleken – de Kamer heeft mijn berichtgeving daarover met argusogen gevolgd – dat de risicoselectie die toen daadwerkelijk heeft plaatsgevonden bij mensen die een aanvullende verzekering wilden hebben, zeer beperkt is gebleken. Het laatste onderzoek dat ik terzake gezien heb, sprak van 1,7%. Dat is een zeer laag percentage op de vele miljoenen waar wij het over hebben. Dit betekent ook – ik heb dat in de schriftelijke voorbereiding al laten zien – dat meer dan 90% van de ziekenfondsverzekerden op de een of andere manier aanvullend verzekerd is. Degenen die niet aanvullend verzekerd zijn, hebben daar in grote meerderheid vrijwillig voor gekozen. Ik heb dan ook geen reden om aan te nemen dat op dit punt een groot probleem zal ontstaan en dat de huidige aanvullende verzekeringen een remmende werking op het stelsel zullen hebben. Ik heb al gezegd dat ik de aanvullende verzekeringen wil houden zoals zij nu zijn, zodat mensen de facto eigenlijk niet of nauwelijks met de voeten kunnen stemmen.

In antwoord op de vragen van de CDA-fractie hierover kan ik nog zeggen dat ik ook niet veel behoefte heb om hier iets aan te doen. If it ain't broken, don't fix it. Verder zijn er ook Europees rechtelijk niet veel mogelijkheden toe. Een eenmalige acceptatieplicht acht ik echt in strijd met de schaderichtlijnen. Kortom, het is een overzienbaar probleem. Er is moeilijk iets aan te doen, maar dat is ook eigenlijk niet nodig. Ik heb begrepen dat zorgverzekeraars bereid zijn om een soort gedragscode te ontwikkelen om te voorko-

men dat er dingen mis gaan bij de overgang naar het nieuwe systeem. Ik kan verzekeren dat de concurrentie op dit moment zo groot is dat men, evenals de vorige keer, hier genereus mee zal omgaan.

De ont koppeling van de basisverzekering en de aanvullende verzekering klinkt sympathiek, maar ik ben bevreesd dat dit tot meer risicoselectie leidt. Op dit moment maken aanvullende verzekeringen minder dan 7% van het totale zorgpakket uit. De verzekeraar weet dat hij de "slechte" risico's voor het wettelijk pakket verevend krijgt. Daar verliest hij niet op. Dat stelt hem in staat om soepel met de aanvullende verzekering om te gaan. Een eventueel verlies kan hij wel goedmaken met het totale zorginkoopbeleid. Als de chronisch zieke patiënt zijn wettelijk pakket elders afsluit en de verzekeraar achterlaat met de verliesgevende aanvullende verzekering, zal de verzekeraar tevoren beter opletten wie hij toelaat. Een ont koppeling zal naar mijn mening de mobiliteit beperken. Ik geef de Kamer op dit punt het volgende mee. Wij kunnen er niet veel aan doen. Het is niet nodig, want in de praktijk ontstaan er geen onoverzienbare problemen. Ontkoppeling heeft meer nadelen dan voordelen. Zorgverzekeraars zullen hoogstwaarschijnlijk een gedragscode ontwikkelen die tot een genereuze benadering zal leiden. De fractie van het CDA heeft gevraagd of personen onder de 18 jaar gratis aanvullend zijn verzekerd. Ik wijs erop dat niemand gratis aanvullend verzekerd is. Mevrouw Kant vroeg zich af waarom het CTZ een nulmeting naar risicoselectie uitvoert. Men is niet bang dat dit vaak voorkomt, maar om een eventuele toename te kunnen meten, moet je eerst de uitgangspositie vastleggen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn vraag betrof de 18-jarigen die zelf een standaardpakket kiezen en eventueel ook een aanvullende verzekering.

Minister **Hoogervorst**: Het contract blijft doorlopen totdat een van de partijen het opzegt. Dat geldt ook voor de particulier verzekerden die nu een vrijwel volledig pakket hebben. Het deel dat dan onder de aanvullende verzekering komt te vallen, zal in principe worden gecontinueerd.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Deze minister heeft meer ervaring of meer verstand dan minister De Geus, want hij zegt in ieder geval niet dat hij de ont koppeling niet meemaakt, maar dat terzijde. Hij heeft gezegd dat wij er weinig aan kunnen doen. Kunnen wij niet bepalen dat de basisverzekering nietig is als sprake is van gedwongen koppelverkoop? Wij bepalen toch ook de voorwaarden voor de basisverzekering?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik meen in het nader verslag gelezen te hebben dat een gevolg van de koppeling zou zijn dat de basisverzekering opgezegd mag worden als iemand een aanvullende verzekering elders wil afsluiten. Ik hoop dat ik dit verkeerd heb begrepen, want dat lijkt mij in strijd met de acceptatieplicht.

Minister **Hoogervorst**: Dat kan niet het geval zijn. Gegeven het private karakter van de aanvullende verzekering is het de vraag of ont koppeling wettelijk mogelijk is zonder dat daartegen bezwaar kan worden aangetekend op basis van de Europees-rechtelijke invalshoek. Ik heb dit argument met opzet niet genoemd, omdat mijn voornaamste argument niet zozeer juridisch is als wel inhoudelijk. Ik ben ervan overtuigd dat ont koppeling tot meer risicoselectie leidt.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De verzekeraars zullen in de toekomst scherper op de centen letten. Uw vrees over risicoselectie in het aanvullend pakket, deel ik, maar ik kom tot een andere conclusie, namelijk dat het basispakket breed moet worden gehouden. Wat het gevaar van risicoselectie bij het aanvullend pakket betreft: Nederlanders, realiseert u zich maar dat zij dat toch gaan doen.

Minister **Hoogervorst**: Ik deel deze visie niet. Ik heb net uitgelegd dat wij daarvan de afgelopen jaren niet veel hebben gemerkt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het standaardpakket valt onder de verzekeringswet. De aanvullende verzekering valt onder het gewone schadebedrijf. Is koppelverkoop dan toch mogelijk?

Minister **Hoogervorst**: Ik denk dat de verzekeraar die eis kan stellen. Dat is nu in ieder geval mogelijk. Het

onmogelijk maken ervan, is een behoorlijke inbreuk op de wijze waarop aanvullende verzekeringen verstrekt zullen worden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Je kunt dus in principe niet bij de één een standaardverzekering afsluiten en een aanvullende verzekering bij een ander?

Minister **Hoogervorst**: Dat is wel mogelijk. Dat gebeurt nu ook, maar dan op vrijwillige basis. Het gaat in dit geval om de wettelijke dwang. De discussie over de collectieve verzekeringen is ingewikkeld. De vragen daarover zijn niet gemakkelijk te beantwoorden, maar ik doe mijn best. Iedereen heeft gezegd dat de collectieve verzekeringen, gezien ook het verleden, best een nuttige functie kunnen hebben en tot verlichting van de administratieve lasten kunnen leiden, maar ook tot koppeling met ziekteverzuimproblemen en dergelijke. Kortom, er kunnen goede koppelingen worden aangebracht, dus laat de mogelijkheid van het afsluiten van collectieve contracten in stand. Ik deel die mening. Ik heb dan ook niet de mogelijkheid van een verbod op collectieve contracten in de brief genoemd. De risico's zijn door enkele sprekers wel aangegeven. Via deze contracten is er toch de neiging om de mogelijkheden van risicoselectie uit te buiten, zo stelde de heer Omtzigt. Men moet ervoor oppassen dat er niet een soort kruissubsidiëring plaatsvindt van degenen die geen onderdeel zijn van een collectief en degenen die daar wel in zitten. Er zijn dus redenen om hier behoedzaam mee om te gaan. De PvdA, het CDA en de VVD kunnen onder bepaalde omstandigheden hiermee leven. Is het nu in de wet opgenomen etalageartikel, dat zegt dat een korting voor een bepaalde collectiviteit zou moeten leiden tot een vergelijkbare korting voor een collectiviteit van vergelijkbare omvang, dan wel zo logisch? Heeft bijvoorbeeld een collectiviteit van diabetespatiënten – daar willen wij naar toe – wel dezelfde positie als een collectiviteit van kerngezonde werknemers? Ik zie dat punt wel. Tegelijkertijd moet zo'n collectiviteit vooral een vehikel zijn om administratieve voordelen door te kunnen geven. Die voordelen gaan ongeveer in de richting van 4% of 5%. Op zich zou ik er geen moeite mee hebben als dat etalageartikel vervangen

wordt door een algemene afgrenzing van de mogelijkheden tot het geven van premiekorting. Dat hebben ook het Verbond van verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland voorgesteld: limiteer dat dan maar. Daar hebben zij geen percentage bij genoemd, maar zij vinden een limitering in ieder geval beter werkbaar dan zo'n etalageartikel. Ik zou mij kunnen voorstellen dat ik dat doe en dat ik daar bijvoorbeeld een kwantitatieve limiet van ongeveer 5% aan verbind. Ik leg dat ook in uw midden om de meningen daarover te peilen. Dat is misschien wat beter werkbaar dan zo'n etalageartikel. Het voorstel van mevrouw Schippers gaat nog verder. Nu is het plan dat de werkgevers 50% van de totale som gaan betalen in de vorm van een inkomensafhankelijke loonkostenheffing. In plaats daarvan zouden de werkgevers nominale contracten gaan sluiten met de verzekeraar, maar ik heb mevrouw Schippers zo verstaan dat, als de werkgever daar een korting op krijgt, dit niet ten laste mag komen van de andere werkgevers en niet mag leiden tot premiedifferentiatie tussen de verzekerden. Ook dat zou immers in strijd zijn met de bedoeling van de wet. Die korting zou dus eigenlijk helemaal moeten voortkomen uit de uit deze deal voortkomende inkoopvoordelen. Ik denk dat dat administratief behoorlijk ingewikkeld gaat worden, want terwijl de werkgevers die dat niet doen, dan nog steeds een soort loonkostenafdracht geven, wordt hier een nominale afdracht van een vast bedrag gegeven. De verzekeraar moet dan datgene wat ontbreekt om aan het vereveningsfonds te geven, ergens vandaan zien te halen. Er gaan dus verschillende geldstromen ontstaan. Ik denk dat ook mevrouw Schippers inziet dat het totaal van die korting eigenlijk wel aan een zeker maximum verbonden moet zijn. Wil de werkgever zijn werknemers meekrijgen in zo'n collectief contract, dan moet het voordeel vooral bij de werknemers komen te liggen. Het lijkt mij dus heel erg ingewikkeld en administratief zeer bewerkelijk. Het is mij ook niet duidelijk in hoeverre dit tot echt grote voordelen voor werknemer en zorgverzekeraar zou kunnen leiden. Ik probeer het mij goed voor te stellen, maar ik vind het een moeilijk voorstel.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Als de zorgverzekeraar scherp inkoop bij een goede kwaliteit, zal het voordeel van de collectieve contracten zeer beperkt, zo niet nihil zijn. In de praktijk laat de zorginkoop van zorgverzekeraars echter nogal te wensen over. Mijn voorstel kan worden gezien als een katalysator voor wat betreft de inkoop door de zorgverzekeraar. Hij heeft voordeel omdat hij omzet krijgt – een collectiviteit ineens – en de werkgever zal er alleen aan meedoen als er sprake is van een prijsvoordeel. In dat geval zal de zorgverzekeraar het op zijn inkoop moeten terugverdienen.

Minister **Hoogervorst**: Voordat ik tot een afgewogen oordeel kom, wil ik graag weten hoe de financiële stromen lopen in uw voorstel. Wat u beschrijft, is toch iets anders dan de opt uit van het voorstel van VNO/NCW. U verbindt er namelijk veel striktere randvoorwaarden aan.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het is inderdaad een ingewikkeld voorstel. De minister had het nogal achteloos over een korting van 4%. Hoe komt hij aan dat percentage? Ik zie dat graag onderbouwd op basis van kosten en gedrag in het verleden.

De heer **Omtzigt** (CDA): 4% van de premie inclusief of exclusief de werkgeversbijdrage? Dat maakt nogal verschil.

Minister **Hoogervorst**: Elk percentage is natuurlijk min of meer willekeurig. Ik had het overigens over 5%. Dat sluit min of meer aan bij de uitvoeringskosten. Ik neig ertoe om dat percentage op de nominale premie van toepassing te verklaren. Wat in ieder geval verandert, is dat een werknemer niet meer verplicht kan worden om mee te doen aan een collectieve regeling. Het lokkertje moet dus echt bij de werknemer zijn, wil het interessant zijn om überhaupt mee te doen aan een collectieve regeling.

Mevrouw **Smilde** (CDA): U focust nu heel erg op de financiën. Het lokkertje voor de werknemer zal echter vooral moeten worden gevonden in de sfeer van de inkoop.

Minister **Hoogervorst**: Zeker, het gaat om de prijs-kwaliteitverhouding. Als de werkgever een aanjager kan

zijn van de kwaliteit, heb ik daar natuurlijk geen bezwaar tegen. Als het gaat om het bepalen van limieten aan wat financieel mogelijk is, zit ik aan zoiets te denken.

De heer **Omtzigt** (CDA): Deelt de minister de mening dat iemand, die uit de collectiviteit valt in geval van werkloosheid of arbeidsongeschiktheid, de aanvullende verzekering moet kunnen behouden tegen dezelfde voorwaarden?

Minister **Hoogervorst**: In beide gevallen kan de verzekerde op dezelfde polis verzekerd blijven. Hij zal echter geen collectiviteitskorting meer ontvangen. Dat kan alleen als hij nieuw werk krijgt of als er sprake is van een inactievenregeling. Er is gevraagd of dit nieuwe systeem zal leiden tot differentiatie in service en kwaliteit. Leidt dat tot een tweedeling? De hele bedoeling van deze operatie is juist het komen tot differentiatie in service, kwaliteit en prijs. Anders kunnen wij net zo goed alles hetzelfde blijven doen. De invoering van de wet heeft niet het oogmerk om mensen ongelijk te maken zodat de één een betere behandeling krijgt dan de ander. Door de concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet de kwaliteit in het algemeen worden verhoogd, zodat iedereen er beter van wordt. Misschien geldt dat voor de een wat sneller dan voor de ander. Betekent dit dat verzekeraars kunnen zeggen: ik heb een heerlijk lage prijs, maar dan moet u wel zes maanden wachten voordat u wordt geopereerd? Nee, dat kan natuurlijk niet. De IGZ blijft de hoeder van de kwaliteit van de zorg in ons land, waarbij zij bepaalde minimumeisen hanteert. Het systeem zal niet leiden tot een tweedeling maar tot een fatsoenlijk zorgstelsel voor iedereen. Overigens zijn er nu ook al verschillen; misschien dat mevrouw Kant daar ook tegen is. Uit de AD-lijstjes van de wachtlijsten blijkt dat sommige ziekenhuizen geen wachtlijsten hebben en andere heel lange. Het enige nieuwe aan het voorgestelde systeem is dat je als zorgaanbieder sneller wordt beloond indien je vooroploopt.

Mevrouw **Kant** (SP): Een ander verschil is dat zorgverzekeraars verschillende premies voor verschillende kwaliteit en service mogen gaan vragen. Daar zit natuurlijk mijn

pijnpoint. Nu zijn er ook verschillen; helaas gaat het nog niet overal goed. Straks komen er echter pluspolissen waarbij je sneller en beter wordt geholpen met eersteklaszorg, en daarnaast basale polissen waarin de zorgaanbieder minder energie stopt. Natuurlijk wordt er gecontroleerd op de kwaliteit, maar een dergelijk onderscheid zal ontstaan. De minister mag dat willen, maar dan scheiden onze wegen bij de vraag over de wenselijkheid ervan.

Minister **Hoogervorst**: Ook nu al is er een onderscheid in de nominale premies. Dat zal nog wat worden verhoogd, maar dat heeft een aanjagend effect op de concurrentie. Dit is precies wat wij willen bereiken. Vanochtend heb ik al die gigantische sociale waarborgen genoemd, waarmee wij blijven werken. Die zijn zodanig dat niemand in Nederland van goede zorg verstoken zal blijven.

Mevrouw **Kant** (SP): Eén zorgverzekeraar mag verschillende polissen gaan aanbieden. Het gevolg is dat er polissen komen met een hogere premie, waarbij de service hoger is, je sneller wordt geholpen en eersteklaszorg krijgt. Misschien vindt de minister die ontwikkeling gewenst, maar dat geldt niet voor mij.

Minister **Hoogervorst**: Ziekenhuizen zullen moeten blijven voldoen aan de basisnormen van kwaliteit in ons land. Ook nu bestaat er al differentiatie. Zo neemt de een wel een tv op zijn kamer en de ander niet. Het gaat vaak om dat soort kleinigheden. Dat hoeft geen probleem te zijn. Ik wil geen situatie zoals die in Engeland lange tijd heeft bestaan. Daar waren lange wachtlijsten in het sociale systeem. Als je op tijd geholpen wilde worden, kon dat alleen door in het private systeem dik geld te betalen. Dat gaat in Nederland niet gebeuren.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij hebben vandaag tot 16.15 uur...

De **voorzitter**: Nee, mevrouw Kant. Zonet heb ik – u was er toen nog niet – een stichtelijke oproep gedaan. Het loopt zo te ver uit. Mevrouw Tonkens mag nog een korte vraag stellen. Voor haar geldt uiteraard hetzelfde: korte duidelijke interrupties zonder te filosoferen over hoe alles kan. Laten

wij het meer tot het wetsvoorstel beperken.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter, u hebt een geweldig vertrouwen in mijn vragend vermogen. Ik wil graag een onderscheid maken. Met mijn fractie valt best te praten over differentiëren in service. Het gaat echter ook om het differentiëren in hoelang je wacht. Eigenlijk zijn er dan geen wachtlijsten meer. De een heeft een verzekering waardoor hij bij hetzelfde ziekenhuis veel sneller wordt geholpen dan een ander. Is dat inderdaad zo? Zo ja, vindt de minister dat dan wenselijk?

Minister **Hoogervorst**: Het kan niet zo zijn dat een verzekeraar twee polissen biedt: één waarbij je binnen een week wordt geholpen en een andere waarbij je boven normen komt, wachtlijstnormen, treeknormen, of meer specifieke normen, die door de beroepsgroep worden gehanteerd om te bepalen of er sprake is van verantwoorde zorg. Mevrouw Smilde heeft gevraagd hoe de functionele aanspraak wordt geregeld. Het eigene van een functionele aanspraak wordt wettelijk geregeld in een AMvB, maar minder specifiek, in de hoop dat dit gaat leiden tot taakdifferentiatie en substitutie van zorg. Er komt niet te staan: verloskundige zorg door een verloskundige, maar: verloskundige zorg. Er kan dus een eigen invulling aan worden gegeven. Er kunnen echter geen voorbehouden handelingen worden verricht door iemand die daartoe niet gerechtigd is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wordt voor de verzekerde die de polis leest wel helder verwoord wat hij kan verwachten?

Minister **Hoogervorst**: Daar hebt u een goed punt. Als de verzekeraar het op een specifieke manier wil uitleggen, moet hij dat helder formuleren in zijn polis. Mevrouw Smilde heeft ook gevraagd hoe wij voorkomen dat verzekeraars te strenge voorwaarden aan een second opinion gaat stellen. Welnu, de second opinion behoort tot het verzekerd pakket, dus de regels daarvoor zijn niet anders dan voor andere pakketaanspraken. Een verzekeraar die de second opinion niet meeverzekert of de facto

onmogelijk maakt, krijgt het CTZ aan zijn broek en straks de zorgautoriteit. Er zijn vele vragen gesteld over de PGB's. De discussie daarover gaat nu ook bij de zorgverzekeringswet spelen, omdat zij aanwezig zijn in de GGZ. De kwestie is niet vreselijk eenvoudig. Het is in ieder geval geen optie om te zeggen: wij doen al die PGB's gewoon erin, want dan ga je huishoudelijke zorg en verpleging in de zorgverzekeringswet slepen, en dat willen wij niet. Er is nog een ander groot verschil in de zorgverzekeringswet, namelijk tussen de "cure" en de "care". In de "care" was restitutie niet aanwezig. Dat heeft de behoefte aan PGB's gestimuleerd. Bovendien is er in de AWBZ sprake van heel veel handelingen die geen voorbehouden handelingen zijn en waarbij het dus vrij gemakkelijk is om te substitueren. In de "cure" gaat het vrijwel uitsluitend om gespecialiseerde medische handelingen, die je niet zomaar in handen van kennissen en burens kunt leggen, zoals met PGB's heel vaak gebeurt. Het gaat dus vaak maar om een beperkte zaak. Het gaat om activerende en ondersteunende begeleiding in de GGZ. Het is een moeilijke zaak. Ik zeg u toe dat ik hier nog voor het plenaire debat schriftelijk op terugkom, zodat ik u iets preciezer kan antwoorden dan ik nu kan doen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dank u voor die toezegging. Kunt u dan ook ingaan op het wat meer filosofische idee van de NPCF om naast de zorgverzekeraars als organisatoren van de zorg, patiëntenorganisaties, of samenwerkingsverbanden daarvan, via PGB's de zorginkoop te laten verrichten binnen de "cure"? Ziet u daar überhaupt mogelijkheden toe en voordelen in?

Minister **Hoogervorst**: Stel dat de Diabetesvereniging met geweldige ideeën komt en mogelijkheden ziet om bepaalde zorg op een heel goede manier in te kopen, dan zou men naar een verzekeraar kunnen toestappen met het voorstel om de handen ineen te slaan en samen te werken.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De vraag is of dat alleen via een zorgverzekeraar kan of dat er wellicht ook een ander vehikel mogelijk is in de wet. Dat is een oud idee van de NPCF. Stopt u de vraag of dat wel of

niet aantrekkelijk is, toch gewoon in de notitie die wij plenair nog zien.

Minister **Hoogervorst**: Ik kan mij voorstellen dat zij een soort "health management organisation" zouden oprichten. Ik denk niet dat zij het op hun hals willen halen om zelf als verzekeraar op te treden. Wij hebben twee kwesties in verband met gemoeds- en gewetenbezwaren. Zou men in zijn pakket uitsluiting kunnen krijgen van bepaalde handelingen waarvoor je niet verzekerd wilt zijn, zoals abortus provocatus. Gezien de achtergrond van de heer Van der Vlies kan ik mij daar iets bij voorstellen, maar ik wil eerst het volgende opmerken. Het is niet zo dat u daarvoor nu niet verplicht verzekerd zou zijn. In strikte zin is het wel zo, want abortus zit nu niet in de verzekering, maar in een subsidieregeling; daar wordt echter ook gewoon met belastinggeld voor betaald. Dus hoewel het niet in strikte zin een verzekerde behandeling is, worden de kosten toch ook gewoon collectief opgebracht. Het is wel waar dat het nu in de verzekering komt te zitten. Ik denk niet dat wij het kunnen toestaan dat groepen zeggen: ik heb hier problemen mee en wil er dus niet aan meebetalen. Dat krijg je dan ook voor Defensie. Er zijn natuurlijk mensen die ernstige gewetenbezwaren hebben tegen elke vorm van geweld en die daarom ook niet zouden willen bijdragen aan Defensie. Er zijn gewoon dingen in dit land die collectief worden besloten en waar dan ook iedereen aan moet meebetalen. Ik kan mij voorstellen dat mensen die ongetrouwd zijn en dat altijd willen blijven, geen enkele behoefte hebben om mee te betalen aan kraamverzorging. Wie daarvoor uitzonderingen gaat creëren, raakt op een hellend vlak. Dat is de reden waarom ik zeg: ik kan mij voorstellen dat er gewetenbezwaren zijn; wij kunnen een aantekening op de polis maken van het feit dat iemand geacht wordt ergens niet aan te hebben meebetaald of er bezwaren tegen heeft. Daar komt het dan op neer en daaraan willen wij graag meewerken, maar verder zou ik niet willen gaan. Voor gemoedsbezwaren tegen het verzekerd-zijn an sich hebben wij een regeling verzonnen die eigenlijk identiek is aan de huidige regeling.

De heer **Van der Vlies** (SGP):

Voorzitter. U begrijpt dat ik wat ontevreden ben met de beantwoording van de minister op dit punt. Zijn vergelijking met bijvoorbeeld militaire dienst, die wij niet meer hebben, met de Kalkarheffing, die wij ooit hebben gehad, maar die nooit operationeel is geweest, en met de kraamzorg die een ongetrouwde, alleenstaande man misschien ook niet erg aanspreekt als kostenfactor, gaat naar mijn oprechte wijze van zien dus niet op, zolang dat en voor zover dat in de algemene middelen versleuteld wordt. Het is inderdaad altijd zo geweest dat je belasting betaalt voor het totale pakket dat de overheid aan zich trekt en financiert. Daar kunnen elementen in zitten waar ik in persoon bezwaar tegen heb, maar waar ik geen ontheffing voor kan krijgen. Er bestaat in de fiscaliteit geen korting voor bepaalde thema's. Echter, hier gaat het om een contract waar mijn persoonlijke handtekening onder moet en dat is het principiële verschil. Als dit niet wordt geregeld, wordt er een verplichte solidariteit gevraagd van mij in financiële termen, met zaken waar ik principiële bezwaar tegen heb en dat is een contradictio in terminis. Daarom heb ik een regeling voorgesteld, die daar op een nette manier omheen komt, volgens mij. Wat is daar nou precies tegen?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. De parallel met de uitgaven voor Defensie spreekt mij ook niet echt aan, want het maakt verschil of je nu praat over belastingen of over verzekeringen, met name als het gaat om een verplichte basisverzekering voor iedereen. Daar kun je je niet aan onttrekken en dan is het mooi dat je een aantekening kunt krijgen dat je geacht wenst te worden, daar bezwaar tegen te hebben, maar dan is er nog wel die afgedwongen financiële solidariteit. Daar steekt het nu juist op. Ik denk dat de minister niet staande kan houden dat wij ons op een hellend vlak zouden begeven, nu wij in de praktijk al te maken hebben met polissen waarbij dit wel mogelijk is. Als het inderdaad zou gaan om het introduceren van een regeling hiervoor, dan zou hij een punt hebben met zijn opmerking over dat hellende vlak, maar er is geen sprake van introduceren, want het is een continuering van de praktijk. Als er een nieuwe, verplichte basisverzekering komt, kun je de

mogelijkheid om hiermee rekening te houden toch niet afsnijden.

Minister **Hoogervorst**: Abortus provocatus behoort nu niet tot het wettelijk verplichte pakket, omdat deze ingreep wordt gefinancierd met een subsidieregeling. Om allerlei redenen hebben wij ervoor gekozen om deze medische handeling nu wel in het pakket op te nemen. En nu is het dus de vraag of men ertoe in de gelegenheid zou moeten worden gesteld om hier om principiële redenen niet aan mee te werken. De vergelijking met een vrijgezel is niet gelukkig, maar volgens mij is de vergelijking met iemand die principiële bezwaren tegen oorlogsvoering heeft en daar eigenlijk geen cent aan zou willen bijdragen, wel goed. Ik denk dat er niet zo'n groot principeel verschil is tussen een collectief afgedwongen verzekering en een belasting. In beide gevallen wordt het geld gebruikt voor zaken die wij zo belangrijk vinden dat wij ze collectief willen afdwingen. Ik begrijp heel goed dat dit voor de heer Van der Vlies en de heer Rouvoet buitengewoon gevoelig ligt, maar ik meen toch dat wij ons op een hellend vlak begeven als wij op dit punt uitzonderingen maken. Nogmaals, ik ben wel bereid om er een aantekening van te laten maken en hoewel het administratief erg bewerkelijk is, ben ik ook bereid om gemoedsbezwaarden op een andere manier te laten bijdragen aan de verzekering of er in ieder geval een ander karakter aan te geven. Ik heb mij eerlijk gezegd echt afgevraagd of wij elkaar niet een beetje voor de gek houden. Er komen behoorlijke administratieve lasten bij kijken, dus moeten wij dit nu wel doen? Mijn conclusie is dat wij dit moeten doen, omdat het een traditie is die wij moeten respecteren, maar wel op zo'n manier dat er geen precedent ontstaat. Wel, ik denk dat wij het juiste midden hebben gevonden.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik kom er toch nog even op terug, want dit is een van de thema's waarmee de steun van mijn fractie staat of valt; zo scherp ligt het voor mijn fractie. U spreekt van een hellend vlak en van een precedent, maar ik vermag ten enenmale niet in te zien dat er daarvan sprake zou zijn. Anders zou ik op bestuurlijke gronden begrip voor uw opstelling kunnen opbrengen. Maar er is in de praktijk tot nu

toe niet gebleken dat er sprake zou zijn van een hellend vlak. Het is ook niet voorzienbaar, want er zijn geen nieuwe ontwikkelingen op dit punt. Er is een bestaande, opgeschoonde polis in de private sfeer; wij trekken nu de particuliere verzekering in de basisverzekering. Die komt dus in de collectiviteit terecht, en daarom is het voor mij een punt. Waarom kan datgene wat in de particuliere verzekering bestaat, niet op een zorgvuldige wijze gemarkeerd worden? Als ik dat inzag, zou ik nog begrip kunnen opbrengen voor uw afwijzing van mijn optie.

Minister **Hoogervorst**: De samenstelling van het pakket is het resultaat van een publieke beslissing. Het was iets in de private sfeer, althans voor een deel van de bevolking. Het is iets waaraan de Kamer buitengewoon sterk hecht, van VVD tot en met SP: er moet een wettelijk vastgelegd basispakket zijn. Wil je daarop inbreuk maken, dan moeten er heel goede redenen voor zijn. Ik begrijp wel dat dit voor u een gevoelige kwestie is, maar er zijn tal van collectieve uitgaven waarmee ik het heel hartgrondig oneens ben. Ik zou die graag veranderd willen zien, maar zelfs nu ik onderdeel van de regering uitmaak, ben ik niet in staat om ze te veranderen. En dit geldt voor heel veel mensen in Nederland. Dat komt dan misschien niet uit religie voort maar uit heel andere overwegingen. Je moet je er echter bij neerleggen dat op een gegeven moment dit soort beslissingen door de overheid wordt genomen en dat daar dan ook geen inbreuk op kan worden gemaakt. Vanwege het gevoelige karakter van deze beslissing ben ik bereid om de aantekeningkwestie te regelen. Ook ben ik bereid om te zorgen dat de bijdrage aan de verzekering op een andere manier vorm wordt gegeven, zodat de verzekering niet daadwerkelijk plaatsvindt. Ik vind het evenwel een principiële punt dat wij eigenlijk geen uitzonderingsmogelijkheden kunnen creëren bij collectieve regelingen zoals die door ons worden vastgesteld.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Waar ligt nu precies voor de Staat der Nederlanden het risico als prestaties zoals nu bedoeld – ik ga deze niet limitatief opsommen – naar de aanvullende verzekering worden verschoven? Als je er nog geen

begin van een reëel antwoord op hebt hoe groot en wat dat risico is, waar hebben wij het dan over?

Minister **Hoogervorst**: Ik denk dat als wij, om het beestje maar bij zijn naam te noemen, abortus provocatus naar de aanvullende verzekering verschuiven, er bij de groep die er juist op is aangewezen – niemand maakt er graag gebruik van – grote ongelukken gaan gebeuren. Het zal voor u een gewenst resultaat zijn, maar ik denk de wij dan grote problemen gaan krijgen in Nederland.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De minister zei dat er heel goede redenen voor moeten zijn om een uitzondering toe te staan. Nu, die heel goede reden ligt er wat mij betreft. De minister zegt namelijk: ik begrijp dat het voor u gevoelig ligt. Als hij spreekt van "u" dan betreft dat niet de heer Van der Vlies en de heer Rouvoet, maar dan zijn dit al die mensen die nu vanwege de gewetenskwesitie voor een zogenoemde opgeschoonde polis hebben gekozen. Dat zijn vele duizenden mensen in het land. De goede reden zou derhalve kunnen zijn dat door een categorische weigering om een uitzondering te maken of een regeling te treffen, de minister deze mensen regelrecht in een gewetensnood brengt. Dat lijkt mij een heel goede reden om méér opening te bieden dan de minister op dit moment doet. Wij kunnen er best met elkaar naar kijken – misschien is de heer Van der Vlies daar ook toe bereid – op welke wijze dit het beste vorm kan krijgen. Als er een categorische weigering is om aan een gewetensprobleem van een bevolkingsgroep tegemoet te komen voor wie er nu wel een voorziening in het ziektekostenstelsel zit, dan is dat een ernstig probleem. Er is, met andere woorden, een heel goede reden voor de minister.

Minister **Hoogervorst**: Daarom heb ik het aanbod gedaan om een aantekening te laten maken die neerkomt op: ik wens niet geacht te zijn verzekerd voor abortus provocatus.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat komt tegemoet aan het verzekeringspunt. U moet het namelijk uit elkaar houden: voor de gemoedsbezwaren tegen verzekering als zodanig is er

een aparte voorziening, te weten artikel 57. Daar hebben wij het nu niet over. Het gaat nu om die andere categorie en daarbij betreft het bepaalde voorzieningen, ten aanzien waarvan nu aan mensen tegemoet is gekomen via een particuliere verzekering. Dit wordt afgesneden in een nieuw stelsel. Dat zal voor veel mensen – niet alleen voor twee of meerdere fracties in dit huis – een belangrijk obstakel zijn.

Minister **Hoogervorst**: Je kunt twee dingen doen. Je kunt bezwaar maken tegen de hele verzekering en dan ben je gemoedsbezwaard, dus inclusief abortus provocatus. Daarnaast kun je nog eens specifiek je bezwaar laten gelden tegen het door u bedoelde. Dat wil ik regelen. Voorzitter. U moet mij excuseren als het bij de verdere beantwoording af en toe wat door elkaar gaat lopen, want ik heb niet voldoende tijd gehad de vragen allemaal te ordenen.

De CDA-fractie heeft gevraagd wie de sanctie gaat toepassen bij het niet-verzekerd zijn. Dat gaat het CVZ doen. Het is in eerste instantie gemandateerd aan de zorgverzekeraar, maar bezwaar en beroep zijn bij het CVZ ondergebracht.

Wat betreft de opmerking over het uitwisselen van bestanden en dergelijke om na te gaan of mensen niet onverzekerd zijn, ben ik graag bereid om deze zaak nog eens te bestuderen. Ik moet daarbij wel oppassen niet weer ruzie krijgen met het CBP, want daar heb ik al problemen mee. Ik heb overigens een afspraak gemaakt met de nieuwe voorzitter van het CBP, de heer Kohnstamm, om een en ander te bezien. Veel problemen die er ogenschijnlijk liggen, zijn er helemaal niet, maar ten aanzien van wat er nog ligt, kunnen wij nagaan hoe wij dat op een zo snel mogelijke manier kunnen oplossen. Misschien kan ik dit onderwerp dan ook aansnijden, want het is fijn als wij kunnen voorkomen dat mensen in de ellende komen. Overigens is men in Nederland automatisch verzekerd voor het ziekenfonds, maar men moet zich wel aanmelden. In de praktijk is dat tot op heden geen breed probleem geweest. Er verandert ook niet echt fundamenteel iets aan.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het verschil is dat die mensen over het algemeen

werknemer zijn en van hun werkgever een briefje krijgen dat zij moeten invullen. In die zin is het iets meer gestroomlijnd dan wanneer iedereen moet worden verzekerd. Ik ga ervan uit dat hiervan een nadere invulling komt, want dit is een belangrijk punt.

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Kant heeft gevraagd hoe de minister omgaat met de macht van de zorgverzekeraar bij zorgtoewijzing. Die zorg wordt op basis van zorginhoudelijke criteria toegewezen door de arts. Er is geen sprake van dat de verzekeraar op de stoel van de arts gaat zitten. De zorgverzekeraar kan wel spelregels opstellen voor toestemming en dergelijke, maar als hij dat te streng doet jaagt hij zijn verzekerden weg. De meeste verzekeraars zijn toch georiënteerd op service. Die verzekeraar geeft geen indicaties.

In de huidige Ziekenfondswet is geregeld dat de verzekeraar verplicht is zijn leden invloed te geven op het bestuur. In de toekomst hoort hij zijn leden invloed te geven op het beleid. Dat wordt een breder artikel waaronder ook de zorginkoop kan vallen. De positie van de patiënt wordt daardoor versterkt.

Waarom wil ik de rechtsbescherming van de verzekerde niet verder versterken door bijvoorbeeld een bindend advies van een onafhankelijke instantie voor te schrijven? Onder artikel 17 van de Grondwet is bindend advies van een onafhankelijke instantie niet mogelijk. Ik heb in artikel 113 wel verplicht gesteld dat de verzekeraar zich aansluit bij een onafhankelijke instantie, dus derden. Dat is niet vrijblijvend. Er is ook altijd nog de achtervang van de rechter. Als een verzekeraar de uitspraken van een onafhankelijke instantie steeds aan zijn laars lapt, krijgt hij gigantische problemen met zijn public relations en dus een slecht imago. Men kan overigens altijd de expertise van het CVZ invoeren, dat pakketbeheerder blijft en veel kennis heeft. Nu wordt het CVZ al heel vaak ingeschakeld en dat kan ook in de toekomst blijven gebeuren.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Het is mij helder dat je geen bindend advies kunt eisen, want iedereen in dit land mag naar de rechter. Maar waarom heeft u gekozen voor die geschillencommissie in plaats van het CVZ? Het is heel nuttige

informatie voor het CVZ. Dat kan als voorportaal dienen, waarna iedereen alsnog met dure advocaten aan de gang mag. Maar laten wij alsjeblieft proberen dat te vermijden door het CVZ erbij te betrekken in plaats van die andere geschillencommissie.

Minister **Hoogervorst**: Dit is een van de mineure verschillen tussen een privaatrechtelijke en een publiekrechtelijke vormgeving. Nu wij gekozen hebben voor de privaatrechtelijke variant, is het niet voor de hand liggend om een publiekrechtelijk orgaan als het CVZ in zo'n scheidsrechtersfunctie te zetten. Je schrijft dan voor dat er een onafhankelijke instantie in het leven moet worden geroepen. Als men vrijwillig kiest voor inschakeling van het CVZ, heb ik daar geen enkel bezwaar tegen.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, ik zie dat u opnieuw wilt interrumpen. U hebt al 31 minuten gesproken, terwijl de PvdA 21 minuten heeft gebruikt. Het aantal interrupties is navenant. Ik vraag u om beperking.

Mevrouw **Kant** (SP): Het gaat wel degelijk om een nadeel, om een verslechtering van de positie van de patiënt. Hoe zal de onafhankelijkheid van de geschillencommissie worden geregeld? De ombudsman zorgverzekeringen is niet onafhankelijk.

Minister **Hoogervorst**: Dat moeten de verzekeraars regelen. Dat de ombudsman niet zou functioneren, is mij niet bekend.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb het nummer een keer gebeld en toen kreeg ik de zorgverzekeraar aan de telefoon. Toen wist ik genoeg.

Minister **Hoogervorst**: Heel interessant.

De heer **Heemskerk** heeft gevraagd of het niet voor de hand ligt dat alle verzekeraars gaan restitueren en dat er van de inkoop niets terecht komt. Ten eerste is er de mogelijkheid van natura, terwijl de inkoop in veel gevallen een formele zaak is, waarover niet onderhandeld wordt. Het zal er niet echt op aankomen. Ten tweede kent natura veel lagere transactiekosten. Er kunnen dus lagere premies mee worden aangeboden dan met restitutie. De verzekeraars die ik spreek, zeggen allemaal dat zij primair blijven

inzetten op natura. Voor de verzekerden ligt er een belangrijke prikkel om een naturapolis te nemen, omdat deze gewoon goedkoper zal zijn. Zorgaanbieders hebben belang bij het afsluiten van contracten om omzetzekerheid te krijgen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik ben bepaald geen vertegenwoordiger van de sector, maar ook de sector klaagt dat de minister zijn stalinistische gereedschapskistje heeft, waarmee hij kan dwingen dat het allemaal natura wordt. Zal de minister de verzekeraars aanspreken op natura-inkoop als bijvoorbeeld de grens van 50% wordt overschreden of wil hij het geheel openlaten?

Minister **Hoogervorst**: Ik wil dat gereedschapskistje zeer terughoudend gebruiken. Stel dat iedereen gaat restitueren en de kosten de pan uit laat rijzen. Dan gaan wij gewoon weer de prijzen drukken. Dan werkt het dus gewoon niet. Maar daar reken ik dus niet op.

Mevrouw Schippers heeft gevraagd of de Zvw nog wijzigingen in de Wet BIG nodig maakt. Op zichzelf niet, maar om functiedifferentiatie te bevorderen zal ik de Wet BIG waarschijnlijk toch gaan aanpassen. Voorbehouden handelingen zal ik wat breder en hier en daar misschien wat strikter beleggen.

Mevrouw Schippers heeft een vurig pleidooi gehouden voor de privacy met dien verstande dat verzekeraars hun werk moeten kunnen blijven doen. Verzekeraars en verzekerden moeten kunnen controleren wat er daadwerkelijk is gebeurd. Dat is een juiste weergave van mijn inzet. Ik moet daarover een goede overeenkomst sluiten met het CBP. Het is natuurlijk helder dat wij enerzijds de privacy moeten waarborgen, maar dat anderzijds de verzekeraar wel voldoende gegevens moet hebben om het naleven van contracten en het gedrag van ziekenhuizen en medici te kunnen beoordelen. Ik ben dat helemaal met mevrouw Schippers eens.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind het een randvoorwaarde voor het systeem, want het systeem werkt gewoon niet als die ruimte voor de verzekeraars niet bestaat.

Minister **Hoogervorst**: Een van de pijlers van dit systeem is dat de verzekeraar meer tegenwicht tegen

een ziekenhuis of andere zorgaanbieders vormt. Dat moet effectief kunnen gebeuren en moet niet gedwarsboemd worden door overdadige privacybescherming. Mevrouw Schippers zal het echter ook met mij eens zijn dat medische gegevens ongelooflijk gevoelig zijn en dat niemand zou willen dat zij rondslingeren. Ik denk ook dat dat niet nodig hoeft te zijn.

Mevrouw Schippers heeft een vraag gesteld over de toetredingsgrens van 850.000 verzekerden. Ik weet niet hoe dat in de praktijk zal gaan. Alle grote verzekeraars werken op dit moment al landelijk en daar is het dus geen probleem voor. De vraag is of het waarschijnlijk is dat er een nieuwe toetredster komt die in een provincie begint en van daaruit zijn werkgebied uitbreidt. Een provinciegrens is vrij arbitrair, dat zijn al die grenzen. Je zou natuurlijk ook in twee provincies kunnen beginnen, bijvoorbeeld in Noord-Holland en in Zuid-Holland als je in de Randstad zou beginnen. Wij hebben het toch nodig geacht om een wat lagere toetredingsdrempel te creëren voor nieuwe toetreders. Ik ben helemaal niet bezorgd dat de bestaande landelijke verzekeraars zich gaan opdelen in provinciale verzekeraars om onder de landelijke verplichting uit te komen. Ik geloof daar helemaal niets van, omdat dit vreselijk veel kosten met zich zou brengen. Bovendien zou dat zo duidelijk fraus legis zijn dat elke toezichthouder daar meteen dwars doorheen kijkt. Zowel mevrouw Schippers als de heer Heemskerk heeft kritische vragen gesteld over verticale integratie. Ik zie daar nog steeds goede mogelijkheden in. Waarom zou ik Azivo in Den Haag gaan verbieden om een apotheek te voeren? Hierdoor is Azivo juist een van de prijsbrekers geweest in de medicijnenmarkt, hetgeen ik hard nodig had om de bonussen te kunnen regelen. Verticale integratie kan marktmacht met zich brengen, maar om dat tegen te gaan, wordt een zorgautoriteit opgericht. De NMa heeft al bepaalde gedragsregels opgesteld, opdat verticale integratie niet tot onheuse marktmacht zal leiden. Waarom zou ik dat dus verbieden, terwijl ik op zichzelf voldoende in handen heb om ongewenste ontwikkelingen te kunnen tegengaan?

De heer **Heemskerk** (PvdA): De NMa

ziet in normale marktverhoudingen toe op verticale integratie. Als een grote verzekeraar evenwel een ziekenhuis koopt, kom je er niet meer tussen. Zegt de minister toe dat de nieuwe wet op de zorgautoriteit – wij kennen die nog niet – strengere criteria op het terrein van verticale integratie zal bevatten dan de algemene Mededingingswet, juist omdat het hier om een sector-specifieke markt gaat? De OPTA kende ook strengere regels voor het al dan niet toelaten van partijen op het netwerk. Een sector-specifieke toezichthouder kan dus strengere eisen stellen.

Minister Hoogervorst: Een van de instrumenten die de zorgautoriteit in handen krijgt die nu nog niet bestaat, betreft het optreden tegen aanmerkelijke marktmacht. Dat levert een belangrijke bijdrage. Bovendien heb ik gezegd dat ik niet verder ga met de liberalisering, voordat die zorgautoriteit er is. U zult een en ander dus nog verder kunnen bekijken.

De heer Omtzigt heeft gevraagd op welke wijze ik een gelijk speelveld tussen maatschappelijk ondernemende verzekeraars en op winst gerichte verzekeraars wil bewerkstelligen. Dat gelijke speelveld is er al, want beide verzekeraars moeten aan dezelfde regels voldoen. Zij hebben wel een verschillende achtergrond, maar er is veelal sprake van concernvorming van beide poten. Ik zie geen reden om daar maatregelen voor te nemen. Ik denk dat wij hier bij het volgende blokje ook nog wel over komen te spreken.

Om onnodige regelgeving te beperken, wordt er niet langer gecontroleerd op rechtmatige besteding en op doelmatigheid. De concurrentie in de markt moet daarvoor zorgen. Hierbij past de controlebevoegdheid van de Algemene Rekenkamer die mijn publieke bevoegdheden volgt. De Algemene Rekenkamer kan nog steeds in het functioneren van het systeem als zodanig treden. Ik zeg tegen de heer Van der Vlies dat er ook bij zorg in natura eigen risico mogelijk is, hoewel dit wel wat lastiger is.

De HOZ gaat in deze wet op. Wij achten de beschrijving van de zorgplicht overigens krachtig genoeg. Als de heer Van der Vlies dit evenals in de HOZ specifiek geregeld wil hebben, moet hij ook bij dit

wetsvoorstel een amendement indienen. Mij lijkt dat niet nodig, maar ik moet de heer Van der Vlies erop wijzen dat dit – in tegenstelling tot wat ik eerder dacht – niet automatisch wordt meegenomen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb enkele voorbeelden gegeven van kortingen voor gezond gedrag. Kunt u daar op ingaan?

Minister Hoogervorst: Dat lijkt mooi, maar er zitten ook bezwaren aan. Het is duidelijk dat je van gezond gedrag gezonder wordt, maar het staat nog niet vast dat dit voor de verzekeraar minder kosten tot gevolg heeft. Aan het einde van het leven blijken er dan heel andere vervelende ziektes de kop op te steken. Het is heel moeilijk om daar praktisch vorm aan te geven. In feite hanteren wij de negatieve benadering, namelijk het zwaar straffen van te veel drinken en roken in de vorm van accijnzen. Dat is wel werkbaar. Hoewel ik het idee sympathiek is, is het moeilijk uitvoerbaar. Hoeveel mensen zeggen niet te roken, terwijl zij stiekem nog wel eens sigaretje opsteken?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het klopt dat wij die dingen zwaar belasten met accijnzen. Ik doelde op een ander systeem, bijvoorbeeld het verstrekken van vouchers als wordt meegedaan aan een bevolkingsonderzoek. Volgens mij is dit heel goed te "inputeren" in dit stelsel. Wilt u nadenken over dergelijke mogelijkheden? Het gaat mij dus niet om straffen, maar juist om het uitdelen van positieve prikkels.

Minister Hoogervorst: Ik zal hier nog eens over nadenken, maar vraag wel om enige clementie, want ik moet over heel veel nadenken. Misschien kom ik hierop volgend jaar terug in het kader van de preventie-nota.

De **voorzitter:** Dit is het einde van de behandeling van het tweede blok. Heeft mevrouw Kant een procedurevoorstel?

Mevrouw **Kant** (SP): Meer een procedurele vraag. Ik heb nadrukkelijk gevraagd of wij apart zullen spreken over het zorgbesluit waarin het pakket wordt geregeld.

Minister Hoogervorst: Ik heb de

concept-AMvB toegezonden. Over de definitieve AMvB kunnen wij van gedachten wisselen. De amendementen becommentarieer ik aan het eind van de volgende ronde.

De **voorzitter:** Hiermee zijn wij aan het einde gekomen van de beantwoording van dit blok.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister is nog niet ingegaan op mijn vragen over de mate waarin verzekeraars interesse zouden hebben in kwaliteit en de wachtlijstkwestie en voorrang. In één ziekenhuis kan de ene verzekerde via verzekeraar A sneller behandeld worden dan de andere via verzekeraar B. Wie controleert of een verzekeraar eventueel tekortschiet in zijn zorgplicht? Wat gebeurt er in zo'n geval? Wat gebeurt er als er onvoldoende met de voeten wordt gestemd en hoe zit het met de zorgplicht?

Minister Hoogervorst: Het zal niet uitsluitend om de prijs, maar ook om de kwaliteit gaan. Nu ontloopt de kwaliteit elkaar niet zo veel, althans dat is voor de patiënt niet goed waarneembaar. Wij krijgen hierover steeds meer gegevens. Natuurlijk zullen verzekeraars daar ook mee gaan werken. Ik heb het voorbeeld gegeven van een verzekeraar die bonussen uitdeelt aan ziekenhuizen die aan doorbraakprojecten mee zullen doen.

Er is al differentiatie in de wachtlijsten, misschien niet binnen, maar wel tussen ziekenhuizen. Wij vinden dat een goede ontwikkeling, omdat sommige ziekenhuizen daardoor beter hun best doen dan andere in plaats van dat zij het allemaal even slecht doen. Vroeger was het één pot nat. Ieder ziekenhuis liet zijn wachtlijsten oplopen en gaf de schuld daarvoor aan Den Haag. Dat is al een stuk verbeterd. Er moet meer concurrentie komen. De zorgplicht wordt nu gecontroleerd door het CTZ, straks de ZA in oprichting. Als men het gevoel heeft dat een ziekenhuis of een verzekeraar zijn best niet doet, kan er bestuursdwang nodig zijn en kunnen er boetes worden uitgedeeld.

De **voorzitter:** Ik doe een procedurevoorstel. Staatssecretaris Wijn zal vanavond aanwezig zijn. Wij komen in tijdnood als wij alle onderwerpen uit het derde blok aan de orde

stellen. Ik stel dan ook voor om de inkomenseffecten te bespreken bij de Wet op de zorgtoeslag. Ik zie dat de leden zich hierin kunnen vinden. De resterende onderwerpen zijn de verevening, de werkgeversbijdrage en gedeeltelijk nog de bureaucratie.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Doen wij nu dus alleen blok 3 en niet de artikelen? Wanneer doen wij de artikelen dan?

De **voorzitter**: Vanavond. Ter toelichting: wij bekeken in de praktische zin of de artikelen wel of niet behandeld zouden kunnen worden. Ik stel voor, dat wij nu eerst proberen om hier werk van te maken. Als er dan nog tijd overblijft, dan doen wij ook de artikelen nu.

Minister **Hoogervorst**: Dat zou wel gunstig zijn, want bij de artikelen gaat het natuurlijk vooral om heel technische kwesties. Als die vragen nu gesteld worden, kunnen zij na de pauze worden beantwoord.

De **voorzitter**: Ik ben als was in uw handen. Wij doen nu dus blok 3, inclusief de artikelen.

Vereveningsfonds, werkgeversbijdrage, bureaucratie en de artikelen

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Eerst de werkgeversbijdrage. Ik zou uit de lucht willen halen dat de werkgeversbijdrage omhoog gaat. Mijn fractie was hogelijk verbaasd over de inhalijs reactie van VNO-NCW, want wat zijn de feiten? Werkgevers krijgen in de nieuwe wet te maken met een lagere premie voor hun ziekenfondswerknemers dan in de huidige wet. De nota naar aanleiding van het verslag maakt ook heel duidelijk dat deze wet een lastenverlichting voor werkgevers betreft van 7,6 mld euro naar 7,4 mld euro. Inderdaad zullen wellicht sommige werkgevers met werknemers boven de ziekenfondsgrens met iets hogere kosten te maken krijgen, maar per saldo is dit een lastenverlichting voor werkgevers. Graag hoor ik van de minister of hij iets herkent in dat ontzettende geklaag van de heer Schraven. Dat moest er even uit.

Dan het vereveningsfonds. Kan de minister helder aangeven in hoeverre het vereveningsfonds prikkels biedt om juist iets extra's te doen voor

lastige risico's? Gaan wij proberen om dat aantrekkelijk te maken in het vereveningsfonds en wanneer komt er meer duidelijkheid over het oordeel van de Europese Commissie over het vereveningsfonds? Nu werk ik nog wat artikelen af. Ik begin met de vrees die ook in het Financieel Dagblad werd geuit door een fiscalist van Ernst & Young: in hoeverre zal het nieuwe stelsel leiden tot het wegvallen van het "algemeen nut"-karakter, zodat zorgverzekeraars vennootschapsbelasting moeten gaan betalen? Is dat een reële vrees? Die vraag kan staatssecretaris Wijn wellicht behandelen.

Dan een vraag over artikel 6, lid 2. De polis zou wellicht opgezegd moeten worden als men naar een andere provincie verhuist. Dat hoeft niet, maar dat kan. Dat is duidelijk een verslechtering ten opzichte van het huidige stelsel, waarin volgens mij alleen de Azivo-verzekerden geconfronteerd worden met het feit dat zij bij verhuizing een polis moeten opzeggen. Bestaat niet de mogelijkheid dat, als een verzekerde zijn rechten in de oude polis gewoon wenst te behouden en dus geen nieuwe aanspraken gaat maken, die rechten dan niet gewoon behouden worden in de loop van het jaar? Ik was verbaasd door dat artikel. Dan artikel 18, lid 4. Wat is nou precies de door de minister toegezegde voorhang over de algemene maatregel van bestuur die de mogelijkheid geeft om regels te stellen over collectieve contracten? Wij gaan beperkingen opleggen aan collectieve contracten als zij het sociale karakter van een zorgverzekeringwet aantasten. Dan heb ik een vraag over de transparantietaak van het CTZ, de toekomstige Zorgautoriteit. Dat betreft artikel 82. Wat kunnen wij nou precies verwachten van de rapportage door de Zorgautoriteit aan de verzekerde? Ik heb al gesproken met een verzekeraar die het volstrekt oneens was met het oordeel van het CTZ. Het CTZ had gezegd dat zijn zorginkoop onder de maat was. Hoe gaat dat spel zich ontwikkelen? Dat is immers een uiterst interessant en voor verzekerden en burgers belangrijk spel. Artikel 64 ziet op het toezicht van het College voor zorgverzekeringen. Het college houdt nu toezicht op het vermogensbeheer. Aan dat beheer zijn bepaalde beperkingen gesteld.

Gaat dat integraal over naar het nieuwe stelsel?

Artikel 93 betreft de geheimhoudingsplicht. Toezichthouders mogen slechts informatie aan elkaar doorgeven. Ik vind dat soms het belang van de verzekerde moet prevaleren. Soms is openbaarheid vereist om de verzekerde te beschermen en te waarschuwen. Welke waarborgen biedt de zorgverzekeringwet op het gebied van openbaarmaking als belangen van burgers/verzekerden boven de geheimhoudingsplicht van toezichthouders gaan?

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. Er is verwarring over de werkgeversbijdrage. In variant 3 van het plan-Borst werd uitgegaan van een lastenverzwaring van 800 mln gulden voor de werkgevers. Wat betreft de financiering lijkt deze variant op het huidige voorstel. Op dit moment betalen de werkgevers in de AWBZ niet mee voor de GGZ, maar straks betalen zij de helft mee van de macrokosten. Ik kom dan uit op een lastenverzwaring in de orde van grootte van 1 mld. Kan de minister nog voor de plenaire behandeling het verschil verklaren met het plan-Borst? Hebben de werkgevers of de heer Heemskerk gelijk? De verschillen zijn zo substantieel dat het zinvol is om inzicht te hebben in de macrolasten. Zo zij er bij de ziekenfondsverzekeringen enigszins op vooruitgaan, hoeft dat bij de particuliere verzekeringen niet het geval te zijn.

Wat betreft de bureaucratie stel ik vast dat zowel het wetsvoorstel als de concept-AMvB vrij leeg zijn. Er zitten ontzettend ruime delegatiebepalingen in en een groot aantal artikelen van de AMvB is nog niet eens ingevuld. De regelgeving is zodanig gedelegeerd dat er een groot risico bestaat op een uitdijende bureaucratie bij het ministerie van VWS. Dat ministerie was in 2003 het enige ministerie dat de streefbezetting overschreed. Ook de positie van enkele ZBO's is hierbij in het geding. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling van de CDA-fractie dat in een vraggestuurd stelsel – iets waarvoor wij herhaaldelijk gepleit hebben – de sturing alsnog van boven komt of – misschien nog erger – van opzij, van enkele ZBO's. In het laatste geval valt er immers moeilijk te controleren. ZBO's dienen in de eerste plaats toezicht te houden,

maar krijgen op deze manier toch een uitgebreide regelgevende taak toebedeeld. Daarom vraagt mijn fractie om de volgende informatie. In de eerste plaats het maximum aantal medewerkers dat alle in de wet genoemde ZBO's en agentschappen alsmede het ministerie over vijf jaar zullen hebben, inclusief een vergelijking met het huidige aantal medewerkers. In de tweede plaats een compleet overzicht van alle gedelegeerde regelgeving die kan voortvloeien uit het voorliggende voorstel met een limitatieve opsomming van instanties die de regels mogen uitvoeren. Dat wij dit niet schriftelijk hebben gevraagd, is het feit dat de doordelegatie in de AMvB ons enigszins heeft verrast. In het buitenland zou gebruik kunnen worden gemaakt van de daar geldende publieke regelingen, ook door Nederlanders die krachtens deze wet verplicht verzekerd zijn. Het niveau is vaak echter zo laag dat mensen liever kiezen voor de privé-klinieken aldaar. In dat geval volgt geen restitutie, zo blijkt uit het wetsvoorstel. Dat kan vooral voor Nederlanders die verplicht verzekerd zijn en in het buitenland wonen of daar lang verblijven – denk aan expatriates – betekenen dat zij zich twee keer moeten verzekeren. Is er een manier waarop zij via een restitutiestelsel een deel van de kosten – zeg de kosten voor de gangbare zorg in Nederland – vergoed kunnen krijgen via het nationale systeem? Zij kunnen zich dan daarnaast aanvullend verzekeren. Wij waren blij te lezen dat de minister de mening deelt dat door het vereveningsmechanisme het net zo aantrekkelijk, zo niet aantrekkelijker, moet zijn om groepen chronisch zieken te verzekeren als groepen gezonde mensen. Dat is een goed streven, ook omdat mensen die veel zorg nodig hebben, veel beter de kwaliteit van de zorg kunnen beoordelen en zo mee kunnen helpen om de effectiviteit van de zorg te verbeteren. Alleen hebben wij als parlement nog nooit zo weinig officiële informatie gekregen over zoveel geld: 15 mld per jaar. De feitelijke criteria voor de herverdeling worden neergelegd in een AMvB maar zullen worden uitgewerkt in andere regelgeving. Wij zien slechts een opsomming van waarschijnlijke categorieën die zullen worden gebruikt. Nergens wordt aangegeven

hoe fijnmazig de categorieën FKG (farmaciekostengroepen) en DKG (diagnosekostengroepen) zijn. Die informatie is van essentieel belang voor de collectiviteit van chronisch zieken. Als er dit soort grove categorieën zijn, komt er van collectieve contracten in die sector niet veel terecht. Graag zien wij dan ook een toelichting op deze groepen en de wijze waarop het systeem wordt uitgewerkt, vooral ten behoeve van chronisch zieken. Verder begrijpen wij nog niet helemaal de logica achter woongebieden en uitkeringsdatum als criterium voor de verevening. Kan de minister een toelichting geven welke zorginhoudelijke aspecten deze criteria bevatten? Verder wordt aangegeven dat nog steeds generieke nacalculatie zal plaatsvinden. Welke functie kan een generieke nacalculatie hebben in een privaat systeem? Is die overigens Europeesrechtelijke toegestaan? Wellicht geldt dat voor een overgangperiode, maar waarschijnlijk kan er niet oneindig lang generiek worden nagecalculeerd. Waarom wordt er niet gedacht aan een afbouwperiode van vijf jaar? Er wordt verwezen naar onderzoek over verevening dat niet openbaar is. De minister geeft aan dat 25% van de variantie kan worden verklaard en dat door hoge kostenverevening nogmaals 75% variantie in de kostenuitgaven wordt verklaard. Kunnen wij over dat onderzoek beschikken? Daarbij zou eigenlijk de volgende vraag moeten worden beantwoord: zijn de gemiddelde kosten die voor de vijf grootste groepen chronische patiënten worden vergoed, gelijk aan de totale som die zij krijgen uit het vereveningsfonds plus premies, in vergelijking met gezonde werknemers? Statistisch gezien is een verklaring van een r^2 namelijk niet gelijk aan de vraag die ik zonet stelde. Die vraag is van essentieel belang om te beoordelen of het interessant wordt om groepen chronisch zieken en gehandicapten te verzekeren. Wij geloven als CDA-fractie meer in een goed vereveningsstelsel dan in de controle aan de achterdeur of verzekeraars zich op de tweede verdieping zonder lift bevinden, zoals collega Heemskerk zei. Liever een goed vereveningssysteem dan een liftcontrole bij verzekeraars. Er wordt gesteld dat het Nederlandse vereveningssysteem het beste ter wereld is. Dat moet ook, want de

driehoek acceptatieplicht, verzekeringsplicht en vereveningsfonds vormt het fundament onder het stelsel. Enige vorm van betonrot aan een van de drie zou het hele stelsel in gevaar brengen. Daarom zien wij graag dat een groep internationale experts na twee en vijf jaar het functioneren het vereveningssysteem evalueert en kritisch tegen het licht houdt of het de zaken uitvoert die deze wet beoogt in te voeren. Volgens cijfers van V-fectis, die in de nota naar aanleiding van verslag worden aangehaald, zijn de ziektekosten voor de gemiddelde particulier verzekerde 25% lager dan voor een ziekenfondsverzekerde. Een gedeelte van dit verschil wordt verklaard door slechte risico's en de verzekeringspopulatie. Daarbij gaat het onder andere om een oververtegenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds. Een van de hoofddoelstellingen van het nieuwe stelsel is, de kostenstijgingen de komende jaren in de hand te houden. Welke mechanismen in de nieuw wet zullen ertoe leiden dat de ziektekosten van mensen die nu particulier verzekerd zijn, niet zullen toegroeien naar de ziektekosten van de huidige ziekenfondsverzekerden? Hoe zorgt u ervoor dat het stelsel werkelijk houdbaar blijft en dat wij over twintig jaar een goed stelsel hebben? In een particulier stelsel bestaat een groot aantal mechanismen, dat kostenreductie mogelijk maakt, zoals gedifferentieerd eigen risico. Kan de minister aangeven waarom daarvan is afgezien en hoe goed zorggebruik gestimuleerd gaat worden? Ik heb een vraag over artikel 3. Waarom staan de premies, korting en polisvoorwaarden niet op de zorgpolis? Wordt de zorgpolis als akte niet een bewijs van verzekering, terwijl de inhoud feitelijk in de modelovereenkomsten staat? Artikel 11, lid 3, gaat over zorgrechten en polisvoorwaarden. De zorgrechten staan gedefinieerd, maar de minister kan in de AMvB op een aantal punten limieten daaraan stellen. De heer Rouvoet heeft een amendement aangekondigd waarbij er wel een voorhangprocedure wordt ingevoerd. Er kan dan spanning ontstaan tussen de zorgrechten aan de ene kant en de polisvoorwaarden aan de andere kant. Waaraan ontleent de verzekerde feitelijk zijn rechten? Is dat aan de AMvB of aan de polisvoorwaarden? Of mag de verzekerde gaan shoppen, op het

moment dat hij voor de rechter komt?

Artikel 20 gaat over het eigen risico. Hoe hoog verwacht de minister dat de korting zal worden die verleend wordt naar aanleiding van het eigen risico? Kennelijk kun je een jaar daarna voor een verzekering zonder eigen risico kiezen.

Wie bedoelt de minister met de collectiviteiten in artikel 18? Worden uitdrukkelijk ook andere groepen bedoeld dan werknemers?

De vraag over solvabiliteit en maatschappelijke ondernemingen staat nog open.

Dan wil ik het ook nog hebben over artikel 118. Met dit artikel lijken namelijk alle particuliere polissen van rechtswege te eindigen, niet alleen partieel, zoals in het tweede lid lijkt te staan, maar geheel. Dat lijkt althans zo op grond van het eerste lid. Ziekenfondspolissen zullen vloeiend overgaan in het nieuwe systeem. Het pakket blijft hetzelfde, en met aanvullende verzekeringen zullen er dus geen problemen ontstaan. Veel interessanter is, wat er met de huidige particulier en publiekrechtelijk verzekerden zal gebeuren. Zij hebben namelijk op dit moment één polis, en de gehele polis lijkt van rechtswege te eindigen. Waarschijnlijk loop ik nu een heel klein stukje vooruit op de invoeringswet, maar hoe kunnen zij de rechten behouden op een aanvullende verzekering die zij op dit moment hebben, ook als zij op dit moment bijvoorbeeld ziek zijn? Vaak gaan die verzekeringen behoorlijk uit boven het ziekenfondspakket. Wij gaan ervan uit dat wat voor ziekenfondsverzekerden geldt, namelijk behouden, ook voor hen zal gelden. Hoe gaat de minister dat regelen? Deze vraag stel ik in aanvulling op de vraag over de buitenlanddekking, want daar heeft men uitdrukkelijk recht op.

Dan heb ik nog een vraag over artikel 13, lid 1. De minister heeft aangegeven de desbetreffende jurisprudentie van het Hof van Justitie van de EU te hebben verwerkt in de wet. Wel komen wij diverse malen de bepaling tegen dat voorafgaand toestemming moet worden gevraagd. Er is sprake van een formulier dat ingevuld moet worden, alvorens zorg te kunnen krijgen in een andere lidstaat. Voor verschillende vormen van extramurale zorg in een andere lidstaat is voorafgaande toestemming niet

geoorloofd. Mijn fractie vindt dat helder moet zijn voor welke zorg voorafgaande toestemming vereist is. In de wet is dat niet duidelijk terug te vinden. Kan de minister duidelijk aangeven voor welke vormen van zorg er voorafgaande toestemming moet worden gevraagd op grond van Europese jurisprudentie hierover?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik zal proberen het wat korter te doen. Het belang van een goed verevenings-systeem staat buiten kijf. Zonder een goede verevening lekt het systeem naar risicoselectie en dat kan heel verschillend uitpakken, afhankelijk ervan of er sprake is van over- of ondercompensatie.

Gezien de complexiteit van de overgang van de verevening die nu in de Ziektefondswet goed functioneert naar een verevening op een bestand met een ander consumptiepatroon, kunnen wij instemmen met een tijdelijke ex-post verevening. Aansluitend bij mijn collega van de CDA-fractie zien wij dat uitdrukkelijk als een overgangsmaatregel om grote ongelukken te voorkomen. Graag willen wij de garantie dat de ex-post verevening eindig is. Kan de minister een moment opnemen waarop een evaluatie plaatsvindt en de afbouw van de ex-post verevening kan worden ingezet?

Wat de werkgeversbijdrage betreft, sluit ik mij aan bij de vraag van de CDA-fractie naar inzicht. De werkgevers betalen 50% van de macrolasten, laten wij daarvan uitgaan. Gezien de verwachte stijging van de kosten van gezondheidszorg, afgezet tegen de verwachte productiestijging in bedrijven, betekent dit voor werkgevers naar verwachting een stijgende lastendruk in de tijd. Naar mening van de VVD-fractie is het van groot belang dat werkgevers niet het afvoerputje van de kostenstijging in de gezondheidszorg worden, doordat meer dan de helft van de macrolasten op hun bord komt, enerzijds via de werkgeversbijdrage voor het werkgeversdeel, anderzijds via de CAO voor het werknemersdeel. In dit wetsvoorstel is daarvoor niets geregeld. Mijn vraag aan de minister is dan ook: waarom niet? Zouden wij dit risico niet moeten afdekken door in deze wet op te nemen dat CAO-afwentelingen op de werkgever worden gesaldeerd met hun werkgeversbijdrage?

Ten aanzien van in het buitenland verzekerden wilde ik alleen vragen of er een opt in mogelijk is voor mensen die in het buitenland wonen. Over de bureaucratie krijgen wij heel verschillende berichten. Dat hangt dan ook samen met de opbouw van deze wet en de lagere regelgeving. Wij houden de minister goed in de gaten, maar wij zouden graag van hem de resultaatsverplichting horen, dat de bureaucratie in de hand wordt gehouden.

Mevrouw **Kant** (SP): Omwille van de tijd sluit ik mij aan bij de reeds gestelde vragen over de verevening. Een verevening is goed, maar nooit perfect. Omdat de verevening op algemene kenmerken plaatsvindt, hou je altijd een risico dat specifieke groepen van mensen die veel zorg nodig hebben toch niet aantrekkelijk zijn voor zorgverzekeraars. Misschien kan de minister daar nog specifiek op ingaan. Misschien is de verevening niet geheel dekkend en vindt er geen selectie plaats voor grote groepen, bijvoorbeeld op leeftijd, maar voor specifieke groepen die veel zorg nodig hebben. Kan hij daar nog een keer op ingaan?

Wat de bureaucratie betreft, heb ik al eerder gesteld dat wij te maken krijgen met een enorme verschuiving van overheids- naar markt-bureaucratie, misschien niet rechtstreeks vanwege het wetsvoorstel, maar door alles wat er vervolgens aanhangt en gaat gebeuren in de zorg. Al die onderhandelingen die moeten plaatsvinden zijn natuurlijk ook papierwerk en geen zorg. Dat is iets waar ik mij grote zorgen over maak. De Raad van State zegt daarover: het is allerminst zeker dat het voorgestelde stelsel minder administratieve lasten zal kennen. Voorkomen moet worden dat per saldo alleen van bureaucratische gesimuleerde marktwerking sprake is. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister.

Wij hebben al eerder gesproken over de vraag hoe het bewaakt gaat worden. Komt er een soort bureaucratietoets? Wat wordt daarin dan allemaal meegenomen? Ik neem aan dat dit niet alleen geldt voor dingen die onder de overheid vallen. Dan heb ik nog een specifieke vraag. Er is al veel gesproken over geld dat bij particuliere verzekeringen zit als wij naar dat stelsel gaan straks. Is er echt de garantie dat er niet nog ergens publiek geld weggestopt zit

bij de publieke zorgverzekeraars, dat straks na de overgang ook verdwenen is? Dat is dan natuurlijk plotseling privaat geld en wij willen toch niet de premiecenten die de Nederlandse bevolking in het verleden heeft betaald, zomaar in één keer omzetten in privaat geld. Ik wil daar een heel duidelijke garantie voor hebben van de minister. In artikel 11 wordt verwezen naar het besluit waarin de zorg wordt geregeld, dat nog komt en waarover wij nog uitgebreid zullen spreken. In lid 3 staat letterlijk dat krachtens een algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van die prestaties wordt geregeld. Ik worstel met de vraag waar wordt geregeld hoe er wordt gehandeld, als een zorgverzekeraar een vergoeding of een verzoek niet honoreert. Dat is nu in het Verstrekkingenbesluit geregeld. Dat vervalt straks en dan komt dit ervoor terug. Moet in deze wet niet bijvoorbeeld worden geregeld dat het op zijn minst tegenover de patiënt wordt gemotiveerd? Dat kun je dan ook in de algemene maatregel van bestuur regelen, maar dan moet die over meer dan inhoud en omvang gaan. De AMvB moet dan ook gaan over de relatie met de patiënt, als er wordt afgeweken van iets waarop hij meent recht te hebben. Ik voorzie dat wij daar straks een gat krijgen en vraag de minister daarop te reageren. In artikel 28 staat dat er regels gesteld kunnen worden gesteld over ledenraden, maar naar de mening van mijn fractie moet dat gewoon gebeuren. Het woord "kunnen" kan dan ook vervallen. Ik ga ervan uit dat de minister zal reageren op het amendement van mevrouw Tonkens. Artikel 120 blijft een vreemd artikel, zo hebben ook juristen aangegeven, want het leidt in hun ogen tot een identiteitscrisis voor zorgverzekeraars. Het ene moment zijn zij een onderneming en het andere moment niet. Wil de minister ook daarop reageren?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik sluit mij aan bij het laatste punt van mevrouw Kant over een identiteitscrisis. Je kunt ook spreken van een wettelijk opgelegde vorm van schizofrenie, maar dat willen wij ook niet. Er is in een van de eerdere blokken al even verwezen naar de rechtmatige besteding van middelen en het vereveningsfonds. Wij menen dat

ook hier sprake moet zijn van goed toezicht en controle door de Algemene Rekenkamer. Het is niet helemaal gebruikelijk, maar ik sluit mij nu alvast aan bij de vragen die mevrouw Tonkens ongetwijfeld daarover zal stellen. Zij heeft er een amendement over ingediend. Die vragen over toezicht van de Algemene Rekenkamer op publieke middelen leven ook bij onze fractie. Ik denk aan de rijksbijdragen die er naartoe vloeien en luister graag mee naar de antwoorden daarop. Inzake de werkgeversbijdrage zijn er niet zoveel nieuwe inzichten. Door de werkgevers wordt vooral de openeindefinanciering naar voren gebracht. Blijkens de laatste brieven wil men daarvan af, al wil niet iedereen dat. Met de heer Heemskerck wijs ik erop dat de suggestie dat het gaat om 50% van de totale kosten niet juist is, omdat de rijksbijdragen daarvan af moeten worden gehaald. Ik luister graag mee op dit punt. In het spoor van de werkgeversorganisatie heb ik naar voren gebracht dat de werkgevers weliswaar die 50% moeten ophoesten, maar niet echt greep kunnen hebben op de mogelijkheden om de kosten te beheersen. Met mevrouw Schippers vind ik het een reëel punt. Ik heb de bureaucratie genoemd. Dat punt zit vooral vast aan de Wet op de zorgtoeslag, waarover wij vanavond komen te spreken. Het is overigens nog niet helemaal zeker dat ik er vanavond bij kan zijn, maar dat is niet de enige reden waarom ik er nu een opmerking over maak. Wij zouden de Wet op de zorgtoeslag niet nodig hebben, als er een andere vorm van premiestelling was voorzien. Ik maak de opmerking nu, omdat met de introductie van de premiestelling in het wetsvoorstel ZVW de bureaucratie van de Wet op de zorgtoeslag er gewoon in zit. Daarom is het niet helemaal billijk om dat alleen vanavond te behandelen, want het hoort hier gewoon bij. Ik heb vanmorgen al even verwezen naar de 6 miljoen huishoudens en de 500 fte bij de Belastingdienst. Het was allemaal niet nodig geweest, als wij een andere vorm van premiestelling hadden gekozen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter. Ik begin met de vereveningsbijdrage. Er is al signaleerd dat er een groot gevaar van risicoselectie blijft. Wordt er in de vereveningsystematiek rekening

gehouden met aanverwante risico's? Als iemand diabetes heeft, moet er rekening mee worden gehouden dat hij niet alleen diabeteszorg nodig heeft, maar dat er ook een hogere kans is op nierproblemen en hartklachten. Dat zijn de extra risico's.

De vereveningsbijdrage hoeft niet te worden aangewend voor zorg, aldus de minister. Wat betekent dat nou precies? Mag zij ook als winst worden uitgekeerd? Waarom is er eigenlijk geen verplichting om het bedrag aan zorg te besteden? Immers, het is publiek geld, dat direct van de overheid komt. Dat het een privaatrechtelijk stelsel is, is geen antwoord. Als hiermee een lek van publiek geld naar aandeelhouders mogelijk wordt, dan is dat een reden om te zeggen dat het niet privaatrechtelijk kan. De minister zei daarnet dat de Algemene Rekenkamer zou kunnen kijken naar de verevenings-systematiek. Mijn vraag is dan hoe dat moet. Moet de Rekenkamer in het algemeen publieke controle kunnen uitoefenen op publieke middelen?

Het is zeer duidelijk dat er een flink risico is op grote prijsstijgingen, schaarste aan personeel en dus hogere kosten. Die solvabiliteitseisen zullen ongetwijfeld ook leiden tot hogere kosten. De minister geeft dat zelf toe. Wanneer zal hij ingrijpen, welke prijsstijging gaat hem te ver? Als hij het vrij wil laten, durft hij dan nog te zeggen dat dit stelsel tot lagere kosten zal leiden?

Leidt het eigen risico tot een hogere premie voor mensen zonder eigen risico? De minister zegt op die vraag: naar verwachting niet. De mensen zullen stemmen met de voeten. Dat curieuze vertrouwen in stemmen met de voeten snap ik niet. Ik zie het als een zwerm muggen die een olifant gaat bestrijden. Stel dat alle verzekeraars op dezelfde manier met het eigen risico omgaan. Dan kun je toch nergens heen?

De minister gaat niet actief sturen op spreiding. Hij verwacht dat de regionale partijen het zullen doen. Wat gebeurt er als ze dat niet (goed) doen? Wie is daarop aanspreekbaar, wie grijpt er dan op welke gronden in? Wie zal er zorgen voor nieuwe voorzieningen en voor een voldoende spreiding daarvan? Uit de nieuwe wet op de zorgtoeslag, die volgens ons niet nodig is, komt heel veel bureaucratie voort. Ik

verzoek de minister om ook goed te kijken naar de bureaucratie voor patiënten en voor aanbieders.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Er zijn vele vragen gesteld over de werkgeversbijdrage. In feitelijke zin sluit ik mij daarbij aan. Ik wijs nog wel op de aparte positie van de zelfstandige, die zijn eigen werkgever is, en van de 65-plussers, die ook in een ander traject terecht komen. Ik heb signalen ontvangen dat wij ons daar zorgen over zouden moeten maken. Het hoofdpunt wordt voor mij gevormd door de gemoedsbezwaarden. Let wel, dan hebben wij het over een andere categorie dan daarstraks. Toen ging het over mensen die wel een polis contracteerden, maar tegen bepaalde prestaties principiële bezwaren hebben. In dit land zijn er ook mensen die elke vorm van verzekering terzijde leggen. Klassiek historisch is daar altijd ruimte voor geweest. Er is vanaf de jaren '20 van de vorige eeuw over gesproken. Er is steeds een oplossing voor gevonden. Bij een van de debatten heb ik van minister Borst-Eilers de toezegging gekregen dat dit ook in het nieuwe stelsel zou worden meegenomen. Ik ben er erkentelijk voor dat dit is gebeurd.

De volgende vraag is hoe een en ander precies wordt geëffectueerd. Eén van de veranderingen is dat particulier verzekerden straks in de verplichte verzekering komen. Ik heb een opstelling gemaakt van de financiële consequenties van een gemoedsbezwaarde ten opzichte van een verzekerde. De inkomensafhankelijke bijdrage staat tegenover de premie vervangende belasting. Dat valt tegen elkaar weg. De werkgeversbijdrage geldt voor beiden. De mate waarin die belast wordt, hangt af van de persoonlijke omstandigheden. De verzekerde betaalt wel een nominale premie, maar de gemoedsbezwaarde niet. De eventuele zorgtoeslag heeft de gemoedsbezwaarde niet. Daarbij is er sprake van een evident nadeel. De verzekerde is via zijn premie gevrijwaard voor alle ziektekosten. De gemoedsbezwaarde is dat niet, maar dat is de consequentie van zijn principiële houding.

De **voorzitter**: Kunt u niet volstaan met het kort aangeven van uw conclusie?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Neemt u mij niet kwalijk, maar ik hecht eraan dit duidelijk naar voren te brengen. Ik wil dit ook wel in het plenaire debat doen, maar dit is voor mijn fractie een principiële kwestie. Via de belasting wordt premie afgedragen, maar ook alle ziektekosten zijn voor de gemoedsbezwaarde. Op titel van solidariteit met de samenleving betaalt hij iets. Dat is op zichzelf prima. Daar moet ook ruimte voor zijn, maar de vraag is of dat afgerond 6% van het inkomen moet zijn, terwijl men ook niet in aanmerking kan komen voor de zorgtoeslag. De betaalde premie is aftrekbaar voor de belasting, terwijl dat niet geldt voor de premie vervangende belasting, dus nog een nadeel. Kortom, ik ben erkentelijk voor het feit dat dit gemarkeerd wordt, maar het kan een slag beter. Wij zijn bezig met een amendement – hoewel het een zeer ingewikkelde kwestie is – om het op eenzelfde manier te regelen als bij de AOW. Ik doel op de mogelijkheid van een gebonden spaarrekening. De ingelegde gelden kunnen dan benut worden, terwijl de extra onkosten voor de betrokkene zijn. Ik heb een amendement op artikel 28 ingediend, waarin ik voorstel om de norm te verlagen van 850.000 tot 500.000. Daarmee beoog ik, de flexibiliteit en de keuzevrijheid te vergroten, maar dit is een technische kwestie.

De vergadering wordt van 17.40 uur tot 17.46 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik stel voor, dat de minister schriftelijk zal ingaan op de opmerkingen die artikelsgewijs zijn gemaakt.

Aldus wordt besloten.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik begrijp de werkgevers heel goed dat zij niet het afvalputje van de Nederlandse zorg willen worden, omdat het al duur genoeg is. Hetzelfde geldt voor de werknemers. Als het duurder wordt, dragen zij evenveel bij als de werkgevers, dus dan zit iedereen in hetzelfde putje. Door de bijdrage op 50% te stellen, heb ik voorkomen dat wij in de Tweede Kamer om koopkracht-technische redenen de werkgeversbijdrage laten oplopen. Het evenwicht dat de een evenveel

betaalt als de ander is in de wet opgenomen.

Ten opzichte van de huidige praktijk verandert er bijna niets. De huidige verdeling vindt men niet zo erg, maar men constateert wel dat men de pineut is als de kosten in de toekomst oplopen. Bijna alle werknemers in Nederland krijgen op basis van de cao een tegemoetkoming in de ziektekosten, als zij particulier zijn verzekerd. In bijna alle gevallen is de tegemoetkoming gerelateerd aan de daadwerkelijke ontwikkeling van de premie in de markt. Er zijn in de cao's dus mechanismen ingebouwd op basis waarvan de werkgever automatisch meebetaalt aan meerkosten voor de zorg. Er verandert dus niet zo veel ten opzichte van de huidige situatie. Ik denk dat ik aan de zorg van de verzekeraars tegemoet kan komen, behalve ten aanzien van de algemene zorg dat door de vergrijzing en de technologische ontwikkelingen de kosten uit de klauwen lopen, om het huiselijk te zeggen. Die zorg hebben wij allemaal. Om die reden proberen wij deze wet tot een succes te maken.

De heer **Heemskerk** heeft gevraagd wanneer er meer duidelijkheid komt over het oordeel van de Europese Commissie over het vereveningsfonds. Begin november hebben wij het ter notificatie aangemeld. Ik denk dat het oordeel binnenkort verschijnt. Ik vermoed dat het goed zal aflopen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Gaat het om weken, maanden of een jaar?

Minister **Hoogervorst**: Ik verwacht enkele maanden.

Er is gevraagd naar de gevolgen voor de vennootschapsbelasting en verwezen naar het artikel van de heer Pijnappel. Het is heel simpel. Als men zonder winststreven blijft werken geen Vpb. Doet men dat wel, dan wel Vpb.

Wanneer moet worden opgezegd bij verhuizing? Als je verhuist naar een gebied waar je verzekeraar niet werkt, eindigt je verzekering van rechtswege. Dan zal je een nieuwe verzekering moeten afsluiten. Gelet op het feit dat vrijwel alle bestaande zorgverzekeraars landelijk werken, zal dat in de praktijk geen probleem zijn. Men kan ook nog een restitutieverzekering afsluiten. Ik zie dit dus niet echt als een heel groot probleem.

Ik pak hier en daar toch een artikeltje mee, want dat scheelt weer in de schriftelijke beantwoording. De heer Heemskerk vroeg met betrekking tot artikel 18 wat de toezegging over de voorhang van de AMvB inzake het stellen van regels voor collectieve contracten betekent. Ik geloof niet dat die voorhang er nu in zit, maar als de Kamer dat wenst, zou ik er geen overwegende bezwaren tegen hebben als die voorhang er komt. Wat kunnen wij verwachten op het gebied van de transparantie? Ik heb daar natuurlijk al veel over "ontplooid": de keuzegids zorgverzekeraars, de eind 2004 van start gaande portalwebsite voor burgers en de indicatoren van de IGZ/NVZ. In de Wet op de zorgautoriteit heb ik inderdaad voor de zekerheid nog een wettelijke bevoegdheid neergelegd. Ik heb in een eerder debat een hele waslijst van wettelijke bevoegdheden neergelegd. Volgens mij komen wij wel aan onze trekken als het fout gaat. Ik houd het er vooralsnog echter op dat wij dit zonder nadere regelgeving kunnen afdoen. Daarover heeft ook de heer Omtzigt, terecht, zorgen geuit.

Mogen toezichthouders de geheimhoudingsplicht schenden ten behoeve van openbare waarschuwingen? Ja, dat kan als de toezichthouder eerst een aanwijzing aan de verzekeraar heeft gegeven die niet door de verzekeraar is opgevolgd. Die mogelijkheid bestaat dus. Wie gaat straks toezien op het solide beleggen in vermogensbeheer? Dat gaat geheel, dus bij alle private verzekeraars, gebeuren door DNB/PVK.

De heer Omtzigt heeft met name over de verevening een aantal vragen gesteld waarop ik hier de antwoorden heb. Als ik die ga voorlezen, krijgen wij volgens mij echter allemaal een heel glazige uitdrukking, want het is hogere techniek.

De heer **Omtzigt** (CDA): Een brief plus de gevraagde documenten zou ik zeer op prijs stellen.

Minister **Hoogervorst**: Misschien, maar ik zal toch proberen om het een en ander reeds mee te nemen. Hoeveel fte's hebben de ZBO's nu en straks en wat is het maximumaantal? Er zijn nu vier verschillende ZBO's met in totaal ongeveer 700 fte's. Zij vallen allemaal onder een taakstelling, net zoals alle departementen in

de komende jaren. Daar gaan wij dus naar kijken. Bovendien zijn wij bezig met een taakherstructurering van alle ZBO's, die ook personele gevolgen zal hebben. Dat kan ik nu nog niet overzien, maar ik zal de Kamer daar graag over informeren als het zover is. Het is echter bekend dat het algemene kabinetsstreven is om het aantal ZBO's in te dammen en de ministeriële verantwoordelijkheid zo goed mogelijk vorm te geven. Verschillende sprekers hebben gevraagd naar de buitenlanddekking. Expatriots moeten zich gewoon, net zoals nu, particulier verzekeren. Zij zijn dan niet meer aan een Nederlandse verzekeringsplicht gebonden. Dat zouden zij volgens mij ook niet willen, want zij zwerven over de hele wereld rond. Als zij zich weer in Nederland vestigen, vallen zij gewoon onder de wet, maar daarbuiten niet. Er zijn echter al maatschappijen die wereldpolissen aanbieden en die dat eigenlijk langs de weg van hun huidige particuliere verzekering doen. Dan hoeft men echter niet dubbel te betalen via een bijdrage aan de collectieve verzekering hier.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik zie de brief over de ZBO's, die waarschijnlijk in het voorjaar zal verschijnen, met genoegen tegemoet. Het liep echter vooral vast op de gedelegeerde regelgeving. Wordt die vraag nog beantwoord? Hieraan zat immers iets vast, namelijk een overzicht van wat zij krachtens deze wet en de komende AMvB eigenlijk mogen doen.

Minister **Hoogervorst**: Dat heb ik nu niet paraat, maar ik zal proberen om dat zo snel mogelijk bij u te krijgen. Over de bureaucratie hebben vele sprekers vragen gesteld. Er is ook gevraagd of ik voor bureaucratisch gesimuleerde marktwerking ben. Ik ben hooguit voor bureaucratisch gestimuleerde marktwerking. Voor het overige zit ik – met veel genoegen overigens – vast aan de taakstelling om de administratieve lasten te verlagen. Ik heb op dit punt nog een grote oningevulde taakstelling en wij zijn nu bezig om de ZWW uit te pluizen om het aantal administratieve lasten flink te verlagen. Daar kan de Kamer mij op afrekenen, want ik heb nu eenmaal een taakstelling te realiseren.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Door

middel van een wet die nog niet is ingevoerd?

Minister **Hoogervorst**: Het is een meerjarentaakstelling. Wij gaan natuurlijk ook bezien of wij de gedelegeerde regelingen zo slim kunnen inrichten dat de informatieverplichtingen fors kunnen worden gereduceerd.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dank voor de toezegging om het door mij gevraagde overzicht te verschaffen. Wat betreft de buitenlandpolis: mijn vraag had vooral betrekking op mensen die een aantal maanden per jaar in het buitenland zitten. Voor die mensen vindt geen restitutie plaats omdat daar een publiek stelsel ontbreekt. Als zij echter in Nederland wonen of hun loon uitbetaald krijgen, worden zij wel geacht hier verzekerd te zijn. Misschien moet worden gedacht aan een bijverzekering, maar is die aanvulling voldoende?

Minister **Hoogervorst**: Het gaat er uiteindelijk om waar men zich heeft gevestigd. Het is of in Spanje, of in Nederland. De Kamer heeft ook van mij verlangd dat er een einde komt aan de reizen van zorgverleners richting Marokko. Ook op dit punt moet volstrekte helderheid bestaan. Met betrekking tot de AWBZ en de ZWW gaan wij precies doen wat verdragsrechtelijk van ons wordt verlangd. Niet meer en niet minder.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Wij willen de minister graag steunen waar het gaat om het terugdringen van de bureaucratie en administratieve rompslomp. Mag ik uit zijn opmerking dat hij de taakstellingen uit het regeerakkoord wil halen, afleiden dat hij het amendement van mevrouw Smits en mij, waarin wij voorstellen om de premiestelling anders te organiseren zodat de hele zorgtoeslag niet meer nodig is, positief waardeert? Hij heeft dan in één keer zijn doelstellingen gehaald.

Minister **Hoogervorst**: Dat is heel fijn, maar ik vrees dat dat niet het geval is.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Vooralsnog geeft u de voorkeur aan het rondpompen van enkele miljarden?

Minister **Hoogervorst**: Ik zal vanavond uitleggen waarom.

Mevrouw **Kant** (SP): De doelstelling om de administratieve lasten te verminderen, is natuurlijk heel mooi, maar in het nieuwe stelsel is sprake van een verschuiving naar markt-bureaucratie. Wordt die ook gemeten en zal worden gezien hoe ook die bureaucratie kan worden teruggedrongen?

Minister **Hoogervorst**: Als u onder markt-bureaucratie verstaat dat je onderhandelt over een prijs en het vervolgens vastlegt in een contract, moet ik bekennen dat ik voorstander ben van bureaucratie. Het kan niet de bedoeling zijn dat men klakkeloos van alles betaalt en van elkaar afneemt. Men moet kritisch met elkaar onderhandelen en scherpe contracten afsluiten. Dat is misschien wat ingewikkelder dan het huidige systeem waarin men alles voor zoete koek slikt en geen eisen stelt. Ik denk dat de winst van het nieuwe stelsel veel groter is dan de inspanningen die daarbij komen kijken. De meeste vragen over de vereveningsystematiek zal ik schriftelijk beantwoorden. Er zal naar worden gestreefd de ex post verevening te beëindigen in de komende vijf jaar. De kennis van Nederlandse en buitenlandse experts zal ik daarbij gebruiken. Op dit moment benutten wij trouwens al buitenlandse expertise. De hoge-kostenverevening valt er overigens buiten, omdat het daarbij gaat om zeer specifieke, zeer veel kostende ziektes, die statistisch moeilijk zijn te vatten. In dat geval is ex-postverrekening toch beter. Ik kom nog even terug op de werkgeversbijdrage; mevrouw Schippers heeft daarover een belangrijke opmerking gemaakt. Hoe staat de werkgever ervoor als er in de cao een riante regeling staat en hij nu wordt geconfronteerd met een wettelijke verplichting? Loopt hij dan niet het risico dat hij twee keer moet betalen op basis van enerzijds de wettelijke bepaling en anderzijds de cao? Werkgevers moeten in de onderhandelingen met werknemers niet op achterstand worden gezet. Ik zou mij kunnen voorstellen dat de betalingen uit hoofde van een cao kunnen worden gesaldeerd met zijn verplichte werkgeversbijdrage. Zo'n werkgever betaalt dan wat wij veronderstellen dat hij moet betalen, maar hij betaalt niet te veel.

Misschien is de cao royaler dan de wettelijke verplichting, maar dat is een eigen keuze.

Ik ben bereid om het onderzoek over de verklaringkracht van het risicovereveningsmodel vrij te geven. Ik wens u heel veel studieplezier toe voor in het weekend.

Particulieren zouden ongeveer 25% goedkoper zijn dan ziekenfondspatiënten. Het is waar dat particulieren minder kosten, maar als je dat corrigeert voor de gezondheidsrisico's zoals wij die toepassen in de verevening, blijft van het verschil maar 2% tot 3% over. Daarbij gaat het om factoren als leeftijd en sociale omstandigheden.

Een gedifferentieerd eigen risico blijft op vrijwillige basis mogelijk. Naast de no-claim kan er worden gekozen voor € 500 vrijwillig eigen risico. Ik denk niet dat dit zal leiden tot risicoselectie. De verzekeraar weet natuurlijk dat alleen personen die denken dat zij weinig risico lopen, kiezen voor een hoger eigen risico. Dit betekent dat de verzekeraar in de premiestelling daarmee rekening houdt, zoals nu ook al gebeurt bij eigen risico's in particuliere verzekeringen. Als je een eigen risico hebt van € 1000, krijg je echt geen premiekorting van € 1000. Het gaat hoogstens om enkele honderden euro's, en dan mag je nog van geluk spreken. Doordat er nu verevening zal plaatsvinden, wordt de korting nog wat geringer. Het kan echter wel.

De heer **Heemsker** (PvdA): Leidt het nieuwe systeem niet tot een lastenverlichting voor de bedrijven? Mijn som dat het 7,4% wordt in plaats van 7,6%, klopt toch gewoon? Waar slaat dat neer? De werkgevers gaan er op vooruit. Waarom zitten zij dan zo te jheremiëren?

Minister **Hoogervorst**: Mijn bedoeling is om het precies gelijk te houden. Het bijvoegen van de GGZ zorgt voor een lager percentage, maar daar betalen werkgevers nu nog aan mee. De som daarvan is dat men ongeveer hetzelfde betaalt.

De heer **Omtzigt** (CDA): Wat is de definitie van "ongeveer"? Binnen welke bandbreedte mag ik dat zoeken?

Minister **Hoogervorst**: Die 50% heb ik wettelijk vastgelegd. Alles wat daar net niet in zit, gaan wij op de een of andere manier proberen te

bereiken. Dat kan ik allemaal pas van de zomer definitief bezien.

De **voorzitter**: Nog één keer en dan gaan wij echt snel door, want het is al over zessen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Moet er, in lijn met het plan-Borst, plus de overheveling van GGZ 1 mld extra worden betaald, of heeft de heer Heemsker gelijk dat er 200 mln minder wordt betaald? Het is voor mij totaal onduidelijk welke som klopt. Een verschil van 1,2 mld vind ik zodanig groot, dat ik daar graag enig inzicht in wil hebben.

Minister **Hoogervorst**: Het gaat gewoon macroneutraal gebeuren. Per werkgever kunnen er natuurlijk kleine verschillen optreden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb gevraagd of iemand die in het buitenland woont, vrijwillig kan deelnemen aan de zorgverzekering.

Minister **Hoogervorst**: Neen, dat zal niet kunnen, want dan krijg je dus zelfselectie in een collectieve verzekering. Dat is iets wat wij niet zouden moeten willen. Wij gaan precies aan onze verdragsverplichtingen voldoen. Mensen die in Nederland wonen en in het buitenland werken, kunnen gewoon verzekerd zijn. Gepensioneerden en WAO-ers die met een Nederlandse uitkering naar het buitenland vertrekken, kunnen gewoon verzekerd zijn. Voor staatsburgers die Nederland verlaten en elders gaan werken, hebben wij echter geen verantwoordelijkheid meer. Ziektenfondsen die particulier willen gaan, moeten de eerstkomende tien jaar afrekenen. Er verdwijnt dus geen publiek geld. Er is ook gevraagd waar precies wordt geregeld wanneer de verzekeraar niet aan zijn verplichtingen voldoet. Misschien kunnen wij die vraag weer aan de orde stellen als de AMvB echt voorligt.

De heer Omtzigt heeft gevraagd of de verzekerde zijn rechten ontleent aan de polis of aan de wet. Welnu, hij ontleent zijn rechten natuurlijk aan de polis, maar die polis is gebaseerd op de wet. De polis kan niet meer inhouden dan de wet voorschrijft. Als de polis minder inhoudt dan de wet, heeft de verzekeraar een probleem. Dat geldt overigens ook voor de verzekerde,

maar het probleem ligt dan uiteindelijk bij de verzekeraar. Mevrouw Tonkens heeft gevraagd wie er zorgt voor nieuw zorgaanbod. Dat doen nieuw toetredende partijen. Die hebben wij bij de AWBZ aan de lopende band gehad. In de "cure" nog wat minder, omdat daar sprake is van grote kapitaalinvesteringen. Als u mij vraagt of ik zorg voor spreiding en voor voldoende aanbod, dan zeg ik: daarvoor hebben wij de WTZi voor. Wij hebben daar een uitgebreide discussie over gehad, maar wij komen nog te spreken over de AMvB en over de precieze voorwaarden die daarin staan. Die gaan behoorlijk ver. Ik ga ingrijpen in de prijzen als zij onnodig stijgen.

Mevrouw **Kant** (SP): Wat is onnodig?

Minister **Hoogervorst**: Dat zal ik u vertellen als het zover is. Mevrouw Tonkens heeft gevraagd of ik in de FKG's en de DKG's rekening houd met aanverwante risico's. Daarin wordt rekening gehouden met comorbiditeit. Dat woord heb ik ook geleerd.

Ik denk dat ik dan nog de heer Van der Vlies over heb met zijn gemoedsbezwaar. Ik begrijp zijn probleem nu iets beter. Iemand die nu particulier verzekerd zou moeten zijn, kan gemoedsbezwaard zijn en heeft dan geen verzekeringsplicht. In dat geval is hij of zij is het premiegeld niet kwijt, maar heeft wel een probleem als zich een catastrofale gebeurtenis voordoet, een auto-ongeluk of iets dergelijks. Ik heb echter begrepen dat dit meestal in eigen kring wordt opgevangen. Nu zou hij of zij dus niet verzekerd zijn, maar wel de premie moeten betalen zoals dat nu ook in het Ziekenfonds het geval is. Zou dat geld niet apart kunnen worden gezet voor het geval zich een catastrofale gebeurtenis voordoet met grote uitgaven? Dat is in ieder geval in het verleden in het ziekenfonds nooit gebeurd, terwijl de situatie die nu bij de particulier verzekerde ontstaat, daar altijd al heeft gespeeld. Ik wil er nog verder over nadenken op weg naar het plenaire debat, maar ik vermoed dat er zeer overwegende bezwaren zijn tegen het bedenken van een dergelijke regeling.

De voorzitter suggereert dat ik wellicht ook op de amendementen schriftelijk zou kunnen antwoorden.

Ik geef het u in overweging, met het oog op de tijd.

De **voorzitter**: Ik zeg dit met een schuine blik naar vanavond, want ik heb begrepen dat ons nogal veel inbrengen te wachten staan.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb het op een rijtje, hoor.

De **voorzitter**: Als u het op een rijtje hebt, dan doen wij het vanavond.

De vergadering wordt van 18.15 uur tot 19.30 uur geschorst.

De heer **Heemsker** (PvdA): Alvorens onze beraadslagingen te vervolgen, heb ik één procedurele vraag. Behandelen wij de amendementen op de ontwerp-Zorgverzekeringswet aan het einde van de behandeling van het wetsontwerp op de zorgtoeslag?

De **voorzitter**: Mijn voorstel is om eerst de knelpunten die er nog zijn met betrekking tot de Wet op de Zorgtoeslag te behandelen. De amendementen behandelen wij dan als laatste. Wij beginnen nu dan aan de behandeling van het wetsvoorstel Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag)

Mevrouw **Smits** (PvdA): Voorzitter. De keuze voor een nieuwe zorgverzekering waarin het onderscheid tussen ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering vervalt is majeur en heeft ingrijpende gevolgen, ook op inkomensgebied. Er zal sprake zijn van behoorlijke inkomenseffecten, negatieve en positieve, voor bepaalde groepen. Op zichzelf vindt de PvdA-fractie het gewenst dat er één basisverzekering komt. Nu zijn er rare systeemovergangen met vaak nare inkomenseffecten. Het huidige systeem is helemaal niet zo solidair als veel mensen veronderstellen. Het ziekenfondssysteem kent wel de inkomenssolidariteit, maar er zijn nogal wat mensen van uitgesloten op grond van hun inkomen, leeftijd, status als zelfstandig ondernemer of ambtenaar.

Het is goed dat het onderscheid tussen ziekenfondsverzekering, particuliere verzekering en standaardpakketpolis verdwijnt. Het

huidige systeem is rommelig. Het benadeelt specifieke groepen en bevoordeelt andere onnodig. Wij geven toe dat opnieuw kiezen voor deelgroepen onvermijdelijk leidt tot inkomenseffecten. Belangrijk is bijvoorbeeld de keuze of in het nieuwe systeem voor kinderen premie moet worden betaald. In het ziekenfonds geldt dat nu niet, bij particuliere verzekeringen wel. In de nieuwe ontwerp-Zorgverzekeringswet moeten wij dan kiezen voor het een of het ander. De PvdA-fractie vindt het logisch om te kiezen voor gratis meeverzekeren van kinderen. Als dat niet gebeurt, zouden de inkomenseffecten voor ziekenfondsverzekerden te sterk negatief zijn. Die keuze kunnen wij dus goed volgen, maar veel andere niet.

Waarom moeten de zorgpremies opeens lastendekkend worden vastgesteld? Ik hoor graag van de minister waarom dat nodig zou zijn. De omgekeerde weg is evengoed denkbaar: een hogere rijksbijdrage om de zorgpremies voor iedereen betaalbaar te houden. Ook het verbreden van de premiegrondslag is denkbaar.

De keuze die het kabinet maakt voor hogere nominale zorgpremies is ingrijpend. De PvdA-fractie heeft altijd te kennen gegeven dat bij een nieuwe zorgverzekering premie moet worden geheven naar draagkracht. Wij krijgen nu een systeem met hoge nominale premies en compensatie via een aparte toeslag. Volgens onze fractie is dat verkeerd, omslachtig en risicovol. Het heeft in de Wet op de Zorgtoeslag bovendien een uitwerking gekregen die zeer onaf is. Hij zit vol met losse eindjes en onzekerheden.

Positief in de nieuwe ontwerp-Zorgverzekeringswet is dat het kabinet enkele malen erkent dat het essentieel is om toegang tot betaalbare gezondheidszorg te garanderen. Positief is ook dat het kabinet erkent dat in de jaren na invoering sprake zal zijn van stijgende zorgkosten en dat steeds opnieuw moet worden bezien hoe die stijgende kosten evenwichtig worden gespreid en dat de inkomensgevolgen redelijk zijn. Maar in de opstelling van het kabinet ontbreekt iets essentieels. Een zorgverzekeringssysteem in een beschaafd land regelt zowel risicosolidariteit als inkomenssolidariteit. Beide zijn nodig om te garanderen dat iedereen – gezond of

ziek, rijk of arm – gelijke toegang heeft tot dezelfde kwalitatief goede zorg.

Op de risicosolidariteit kan worden afgedongen, die wordt ondergraven door de mogelijkheid van een hoger vrijwillig eigen risico. Dat kan alleen voor gezonde mensen financieel aantrekkelijk zijn. Chronisch zieken en mensen met een handicap zullen er niet voor kiezen en er nooit de voordelen van hebben. Dat maakt het financiële gat tussen mensen die gezond zijn en mensen die vaker ziek zijn heel groot. Ik vraag de minister de mogelijkheid voor een eigen risico te schrappen. Ik zou van de andere fracties willen horen hoe zij deze risico's inschatten en waarom zij akkoord zouden gaan met het eigen risico.

De ontwerp-Zorgverzekeringswet laat het eigenlijk nog meer afweten ten aanzien van de algemene inkomenssolidariteit. De hoge nominale premie maakt het mensen met lage inkomens onmogelijk om zichzelf goed te verzekeren. De wet stelt de zorgverzekering verplicht, maar legt een premie op waarvan wij weten dat zes mln mensen die niet zelf kunnen betalen. Dat is heel triest. Je kunt in Nederland met fatsoenlijk werk een wettelijk minimumloon verdienen. Ooit was dat minimumloon voldoende om jezelf en eventueel een gezin te onderhouden. Nu kunnen minimumloners dat niet meer. Zij kunnen geen gewoon huurhuis betalen en als dit kabinetsplan doorgaat geen zorgverzekering. Het is nog erger. Een alleenstaande die anderhalf keer het minimumloon verdient of een kostwinner die minder dan tweënhalf keer het minimumloon verdient, kan de zorgverzekering niet zelf betalen. Dat is erg. Miljoenen mensen verdienen een behoorlijk inkomen – een inkomen rond € 30.000 is toch heel behoorlijk – en toch kunnen zij zich in het nieuwe systeem niet eens een zorgverzekering veroorloven. Het kabinet veroorzaakt dat probleem door de zorgpremies te hoog vast te stellen in verhouding tot de lonen. Er wordt dan tegelijk een oplossing naast dat probleem gelegd in de vorm van een zorgtoeslag. Dat kost ruim 2 mld euro. De toeslag moet door zes mln Nederlanders worden aangevraagd, die iedere keer moeten bijhouden dat de inkomenssituatie of de gezinssamenstelling verandert. Er komt een nieuwe organisatie, waarvan het volstrekt onduidelijk is

hoe die eruit zal zien, voor een bedrag van 60 mln euro en met 500 fte. Er zal worden geschat, nabetaald en teruggevorderd. Wij maken miljoenen mensen afhankelijk van een ingewikkelde regeling, die eigenlijk helemaal niet nodig is. Wij geven die 2 mld euro bovendien deels aan huishoudens die dat, gezien hun inkomen, helemaal niet nodig hebben. De inkomenseffecten zijn gemengd, maar pakken te vaak nadelig uit voor kwetsbare groepen met lage inkomens en zijn onnodig genereus voor groepen met hogere inkomens. Hoeveel van die 2 mld euro gaat eigenlijk naar de groep die nu particulier verzekerd is?

Het kabinet maakt tot nu toe niet goed duidelijk waarom het hiervoor kiest. Ik vraag het kabinet nog eens om heel nadrukkelijk aan te geven waarom het kiest voor het volledig wegbannen van de inkomenssolidariteit uit het zorgverzekeringsstelsel. Vrijwel alle Europese landen hebben de inkomenssolidariteit in het zorgstelsel geregeld. Waarom doen wij zo eigenwijs?

Het kabinet voert het argument van kostenbewustzijn aan. Dat zou moeten leiden tot een zuinig beroep op zorg. Maar daarvoor zijn, in situaties waarin consumenten een keuze hebben, inkomensafhankelijke eigen bijdragen beter.

Concurrentie tussen verzekeraars ontstaat ook en zelfs meer dan bij een hoge nominale premie, op basis van een lagere nominale premie. Tijdens de hoorzitting die de Tweede Kamer organiseerde, formuleerde prof. Klazinga het als volgt: "De hoogte van de nominale premie is politiek ideologisch bepaald. Er is geen enkele wetenschappelijke basis voor." Ik kan ook nergens een onderbouwing van de keuze van het kabinet, of een vooruitblik op de effecten van het verhoogde kostenbewustzijn dat van het nieuwe systeem zou uitgaan, vinden. Volgens de PvdA-fractie kan het veel simpeler en socialer. Wij hebben vandaag een amendement ingediend dat mede is ondertekend door de ChristenUnie, dat het mogelijk maakt om binnen de systematiek van de ontwerp-Zorgverzekeringswet een premie te heffen, met een nominale premie die gelijk is aan de huidige nominale premie in de Ziekenfondswet. De rest van de premie voor de werknemers zal dan inkomensafhankelijk zijn. Een dergelijke nominale

premie is voldoende hoog om concurrentie tussen zorgverzekeraars aantrekkelijk – en dus mogelijk – te maken. Verzekerden zullen de goedkoopste goede zorgverzekeraars kiezen en zorgverzekeraars scherp houden op de markt. Werknemers betalen dan een premie die verder afhankelijk is van het inkomen. Die is bij lage inkomens en middeninkomens zo laag, dat helemaal geen zorgtoeslag meer nodig is.

Ik verzoek de voorzitter de doorrekening van het amendement aan de Handelingen toe te voegen. Deze laat zien dat de inkomensgevolgen evenwichtiger zijn gespreid dan in het plan van het kabinet. De PvdA-fractie vindt het inkomensbeeld in onze variant nog steeds niet goed genoeg. Verdere verfijningen lijken nodig, die overzichtelijker en gemakkelijker dan in het kabinetsvoorstel zijn door te voeren via fiscale bijstellingen, eventueel een nog iets verlaagde nominale premie of het verlengen van de premiegrondslag voor bijvoorbeeld meerpersoonshuishoudens. Het grote voordeel is, dat een omslachtig en vernederend systeem van zorgtoeslagen volledig overbodig wordt. Het kan dus echt simpeler en socialer.

De PvdA-fractie vindt dat het kabinet zich niet heeft uitgeput in het adequaat beantwoorden van veel vragen naar de inkomensgevolgen en de principes die het kabinet wenst te hanteren. Hoe solidair zal het nieuwe systeem – de Zorgverzekeringswet en de zorgtoeslag samen – zijn bij de opgegeven financiële grenzen? De PvdA-fractie vraagt zich af of het kabinet op een heel ondoorzichtige, omslachtige manier bezig is de inkomens te herverdelen. Geld dat de lagere inkomens toekomt, wordt doorgesluisd naar hogere inkomensgroepen. Worden kostwinners niet opeens bovenmatig bevoordeeld ten koste van tweeverdieners en alleenstaanden? Kan de regering precies aangeven welke verschuivingen in het inkomensgebouw als gevolg van het nieuwe systeem optreden?

Het kan zijn dat het kabinet kiest voor zulke bewegingen met het oog op de armoedeval en de marginale druk, maar het wordt niet duidelijk gemaakt. Ik heb gevraagd naar arbeidsmarkteffecten, maar die gegevens ontbreken. Mijn indruk blijft dat sprake is van inkomenspoli-

tiek via het zorgstelsel. Als de minister dergelijke keuzes maakt, vraag ik hem om die expliciet te maken. Waarom wordt bijvoorbeeld de keuze gemaakt om de zorgtoeslag door te laten lopen tot inkomens van € 40.000?

Straks krijgen 880.000 huishoudens die nu particulier verzekerd zijn een zorgtoeslag. Is dat echt nodig? Ik heb het al gevraagd: hoeveel van het bedrag van 2,1 mld euro gaat naar die groep?

Het is op zichzelf positief dat de regering zegt te streven naar een evenwichtig inkomensbeeld, nu en in de komende jaren, maar die toezegging alleen biedt zo weinig houvast. De regering vraagt van ons wel heel veel vertrouwen. Wij krijgen een Wet op de Zorgtoeslag voorgesteld waarin drie exacte grenzen staan aangegeven, namelijk 4% van het inkomen, 6,5% en het drempelinkomen. Maar van alle drie wordt gezegd dat zij wanneer daar aanleiding toe is, al over een paar maanden per AMvB veranderd kunnen worden. Het goedkeuren van zo'n wet vergt wel heel veel vertrouwen van het parlement. De minister heeft namelijk eerder gezegd dat het nodig is om over te gaan tot omgekeerde solidariteit, namelijk dat zieken meer moeten bijdragen dan mensen die gezond zijn. Wij hebben te maken met een minister van Sociale Zaken die in koopkrachtdiscussies gegevens maandenlang achterhoudt en vervolgens deels nog negeert ook. De PvdA-fractie wil meer zekerheid. Kan de regering bijvoorbeeld garanderen dat mensen met een uitkering en lage inkomens er niet op achteruit gaan? Dat is een hele simpele toezegging.

De PvdA-fractie heeft ook moeten constateren dat de gevolgen voor een groot aantal bijzondere groepen worden genegeerd. Het kabinet maakt de keuze het drempelinkomen gelijk te stellen aan het minimumloon voor 23-jarigen. Iedereen die minder verdient, moet relatief veel zelf betalen omdat hij een lagere zorgtoeslag krijgt. Dat ondermijnt de inkomenssolidariteit en het wordt nergens gemotiveerd. Jongeren die het minimumjeugdloon verdienen, krijgen bijvoorbeeld een lagere zorgtoeslag. Zelfstandige ondernemers die, vooral bij het begin van hun bedrijf, een laag inkomen verdienen, krijgen minder compensatie. Hetzelfde geldt voor mensen, al

dan niet met een partner, die in deeltijd werken en alleenstaanden met een uitkering. Dat is een groep die de afgelopen twee jaar procenten aan koopkracht heeft moeten inleveren en dat nu waarschijnlijk opnieuw zal moeten doen. Ik vraag de minister of hij bereid is voor deze inkomensgroepen het drempelinkomen te verlagen.

Ik vraag hem ook om een helder overzicht van de inkomensgevolgen voor deze groepen. Omdat hij eerdere vragen daarnaar tot nu toe niet zo goed heeft beantwoord, zal ik ze nader specificeren. Ik ontvang graag een overzicht van de huidige kosten voor de zorgverzekering, afgezet tegen de nieuwe zorgtoeslag en de netto zorgpremie die resulteert voor mensen die 18 jaar zijn en het minimumjeugdloon verdienen, voor 21-jarigen met minimumjeugdloon, voor volwassenen met 50%, 70%, 90%, 100%, 110%, 120%, 150%, 200% respectievelijk 250% van het minimumloon, voor WAJONG-gerechtigden van 18, 21 en 30 jaar, voor studenten zonder bijbaan en voor studenten met een bijbaan van bijvoorbeeld 40% van het minimumloon. Wat betalen zij nu, wat ontvangen zij straks aan zorgtoeslag en wat zal hun netto zorgpremie zijn in euro's? Ik vraag dit heel specifiek, omdat ik het al in de schriftelijke voorbereiding heb gevraagd en toen geen antwoord heb gekregen.

Ook de gevolgen voor ambtenaren zijn onduidelijk. Zij raken hun verzekering kwijt. Wij leggen een nieuwe verzekeringsplicht op, maar de inkomensgevolgen zijn ongewis. Is het heel veel van de minister gevraagd om voor een aantal groepen aan te geven wat de gevolgen kunnen zijn? Ik vraag de minister ook nadrukkelijk naar zijn insteek bij het CAO-overleg voor het personeel op rijksniveau en gemeentelijk niveau.

In de schriftelijke voorbereiding zijn onduidelijke antwoorden gegeven op vragen over mensen die in het buitenland werken of met een partner die in het buitenland woont. Ik vraag de minister daarom opnieuw in te gaan op de gevolgen voor mensen die in het buitenland werken, wonen, of daar een partner hebben. Het lijkt mij voor mensen die net over de grens in België of Duitsland werken van belang om te weten of zij bijvoorbeeld de zorgtoeslag kunnen krijgen.

De verwevenheid van de Wet op de Zorgtoeslag met de Awir is groot. Ik kan er niet aan ontkomen om in dit verband het begrip verzamelinkomen uit de Awir te noemen. Het verzamelinkomen bepaalt in hoge mate de inkomensgevolgen van de Wet op de Zorgtoeslag. Op zichzelf is het wegen van het inkomen van beide partners in een huishouden in een sociale zorgverzekering niet raar. Maar omdat wij van het ene systeem overgaan naar het andere heeft het nogal wat consequenties.

Het is voor de PvdA-fractie onduidelijk wat bij het gezinsinkomen meetelt. Inwonende kinderen met een eigen inkomen hebben recht op de zorgtoeslag. Inwonende ouders ook. Maar een inwonende zus of broer? Hoe zit het met iemand die intensieve mantelzorg nodig heeft en die geen familielid is, maar wel deel uitmaakt van het huishouden? De staatssecretaris van VWS heeft een aantal maal gezegd dat zij wil dat Nederlanders meer hun eigen verantwoordelijkheid nemen en meer voor elkaar gaan zorgen. Als mensen dat doen, moeten wij dat toch niet financieel afstraffen door het intrekken van de zorgtoeslag? Een andere vraag is, bij welk spaargeld mensen met lage inkomens geen zorgtoeslag meer ontvangen. Het vermogen telt voortaan immers mee.

Voor de uitvoering komt er een nieuwe organisatie met 50 fte, die 60 mln euro kost. Wat krijgen wij daarvoor? Komen er ook kantoren? Worden die regionaal of lokaal opgezet? Of worden het callcenters met lange wachttijden aan de telefoon voor € 0,10 per minuut? Veel mensen zullen hulp nodig hebben bij het invullen van de formulieren. Hoe wordt daarin voorzien? In de schriftelijke voorbereiding heeft de CDA-woordvoerder een garantie gevraagd dat de uitvoering direct goed op orde zal zijn. Het antwoord was dat wij daarin vertrouwen moeten hebben. De Belastingdienst gaat het uitvoeren en dan komt het altijd goed. Dat vertrouwen heb ik nog niet helemaal. Ik verzoek de staatssecretaris hier concreet op in te gaan.

De uitvoering zal ingewikkeld worden voor de zes mln mensen die met de nieuwe zorgtoeslag te maken kunnen krijgen. Zij zullen heel veel zelf moeten doen. Zij moeten aanvraagformulieren invullen en opletten dat zij dat formulier krijgen. Zij moeten

wijzigingen in hun inkomen en gezinssamenstelling bijhouden. Zij moeten bijvoorbeeld kunnen inschatten of een nieuwe persoon in hun huishouden wordt beschouwd als partner. Wanneer geef je het door? Wat zal bijvoorbeeld de ingangsdatum zijn voor samenwonen? Is dat na drie maanden uitproberen of mag je er langer over doen? Wat is het moment waarop de samenwoning eindigt bij uit elkaar gaan? Dat is van belang omdat er nogal wat financiële gevolgen aan verbonden zijn, waarmee mensen – naar ik verwacht – geen rekening zullen houden. In het leven gaat heel veel vloeïend. Wij belasten mensen nogal met de precieze regels en de sancties, die het uitvloeisel zijn van deze nieuwe zorgtoeslagsystematiek. Mijn vraag is of wij het niet veel eenvoudiger kunnen laten verlopen. Ik verwijs hierbij niet naar het amendement dat wij hebben ingediend, want als dat wordt aangenomen is alles overbodig. Stel dat het amendement geen meerderheid krijgt en wij de onzalige weg van het kabinet moeten inslaan. Kunnen wij er dan niet op zijn minst voor kiezen om de uitvoering voor het gros van de werknemers te vergemakkelijken door deze in handen te leggen van de zorgverzekeraars of werkgevers in samenwerking met de Belastingdienst. Ik vraag de minister niet alleen om dat mogelijk te maken, maar ook sterk te promoten. Laten wij die miljoenen mensen er niet mee lastig vallen! Als wij het doen, laten wij het dan automatisch doen via de loonadministratie en de zorgverzekeraars, zodat de laatste een nettozorgpremie kunnen offrenen.

De PvdA-fractie vindt het problematisch dat een wijziging in het inkomen in de nieuwe systematiek niet per maand ingaat maar per jaar en veranderingen in de gezinssamenstelling per maand. Waarom wordt dat verschil gemaakt? Het lijkt logischer – en qua gevolgen overzichtelijker – als een wijziging van het gezinsinkomen ook per maand ingaat en niet achteraf. Kan de minister aansluiten bij de systematiek van de Belastingdienst, dat men er zelf voor kan kiezen om partners te zijn?

Ik krijg graag enige verduidelijking op de antwoorden die werden gegeven op de vragen naar mogelijke terugvorderingproblemen

bij de zorgtoeslag. Mensen die te maken krijgen met een wijziging in de gezinssamenstelling kunnen worden geconfronteerd met terugvordering van tamelijk hoge bedragen van honderden euro's. Geruststellend wordt gezegd, dat deze terugvordering kan worden verrekend met de individuele huursubsidie. Het lijkt mij dat, wanneer te veel zorgtoeslag is gegeven en deze moet worden teruggevorderd, de kans groot is dat ook te veel huursubsidie is overgemaakt. De problemen worden dan alleen maar verdubbeld. Komt er een afbetalingsregeling? Hoe denkt de minister in dit verband over een hardheidsclausule?

Gezien de verwevenheid met de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen kan van ons geen oordeel over de huidige voorstellen worden gevraagd, voordat wij de wetsvoorstellen voor de Awir hebben behandeld.

De politieke verantwoordelijkheid is volgens de PvdA-fractie onduidelijk geregeld. Er zijn drie ondertekenaars. Ik weet niet of de volgorde iets zegt. De minister van VWS bepaalt de hoogte van de premie en daarmee de hoogte van de zorgtoeslag. De staatssecretaris van Financiën gaat over de uitvoering. De minister van Sociale Zaken mag blijkaar de eindjes van het inkomensbeleid aan elkaar knopen. Het is ons niet helemaal duidelijk.

Waar normaal gesproken het kabinet met één mond spreekt, is er nu sprake van dat convenanten worden afgesloten tussen de ministers van VWS, Sociale Zaken en Financiën over de afstemming op dit terrein. Dit lijkt mij een opmerkelijke constructie.

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. "De sterkste schouders dragen de zwaarste lasten", zeggen wij met enige regelmaat van links tot rechts in de politiek. En wij menen het ook. In de praktijk hebben wij in dit land echter een lappendeken aan inkomensondersteunende maatregelen. Zelfs de deskundigen hebben moeite om uit te leggen hoe alle maatregelen in de praktijk uitwerken en of deze maatregelen werkelijk de lichtere lasten op de minder sterke schouders leggen.

De CDA-fractie is buitengewoon verheugd om de eerste stappen op weg naar een nieuw stelsel van inkomensondersteuning te zien. Dit

stelsel zal gebaseerd moeten zijn op de huidige draagkracht van een huishouden. Voor bepaalde kosten moet het beslag op het inkomen gemaximeerd worden. De rest draagt de overheid dan bij in de vorm van een toeslag.

Het voorliggende wetsvoorstel voorziet in de invoering van een zorgtoeslag, die ervoor zal zorgen dat het percentage van het inkomen dat een huishouden besteedt aan de standaardverzekering gemaximeerd is. Deze maximering dient duurzaam te zijn en niet af te hangen van de jaarlijkse conjuncturele voor- of tegenwind.

De zorgtoeslag is een logisch uitvloeisel van de Wet op de Zorgverzekering, die wij eerder vandaag hebben besproken. Zonder de Zorgverzekeringwet geen Wet op de Zorgtoeslag, en de Zorgverzekeringwet wordt niet ingevoerd als niet gelijktijdig de Wet op de Zorgtoeslag van kracht wordt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vind het een buitengewoon interessante opmerking van de heer Omtzigt dat de zorgtoeslag duurzaam moet zijn. Waar is dat in deze wet geregeld? Of dient de CDA-fractie daarvoor een amendement in?

De heer **Omtzigt** (CDA): Dit is mijn algemene inleiding. Ik kom later terug op de duurzaamheid.

Mevrouw **Kant** (SP): In de wet is geen enkel minimumpercentage of iets dergelijks geregeld. Er wordt alleen geregeld dat er een zorgtoeslag is en dat die volgend jaar een bepaald percentage bedraagt. Het kabinet stelt in de antwoorden zelf heel duidelijk dat hoe het in de toekomst wordt, afhangt van de economische ontwikkelingen en hoe de politieke wind waait. Het verzekeringskarakter van de ontwerp-Zorgverzekeringwet wordt hiermee hersteld. In één keer worden alle inkomensmaatregelen uit de verzekering gehaald, waarmee het weer een echte verzekering wordt. Wij prijzen de regering dat zij zo'n duidelijk en robuust stelsel voorstelt. In dit stelsel zal niet elk jaar worden gesproken over wie in het ziekenfonds mag, wie toegevoegd wordt als groep, wie er eventueel uit moet, hoe groot de rijksbijdrage precies moet zijn en of bepaalde groepen, die het goed kunnen presenteren in de publieke opinie, meer of minder

premie moeten gaan betalen. De CDA-fractie bepleit ook in het voorliggende wetsvoorstel robuustheid.

De Wet op de zorgtoeslag voorziet niet in het vastleggen van de percentages. Ik wijs mevrouw Smits erop dat dit wel geldt voor het vastleggen van het drempelinkomen. Dat kan niet elk jaar veranderd worden. In de nota naar aanleiding van het verslag geeft de regering aan dat de percentages elk jaar in samenhang met de koopkracht moeten worden vastgesteld. Het is de CDA-fractie duidelijk dat de percentages niet in gewapend beton zullen worden opgetekend. Toch vragen wij de regering waarom zij er niet voor heeft gekozen de percentages helderder vast te leggen, maar ze per AMvB wil kunnen veranderen. Dat lijkt ons wel een heel snelle kort-door-de-bocht-constructie. De CDA-fractie pleit daarom voor een duurzame toeslag, waarvan wij als eerste stap de hoogte bij het invoeren van deze wet goed dienen te overwegen en vast te stellen. Pas als tweede stap dienen de belastingen en premieaantregelen genomen te worden om eventuele ongewenste inkomenseffecten van de invoering van de zorgtoeslag te repareren. In die volgorde bepleiten wij om niet de minister van VWS, als eerste ondertekenaar van deze wet, elk jaar met de andere vakministers een rondje te laten vechten over het koopkrachtbeleid, maar juist om de duurzaamheid van en het vertrouwen in deze toeslag groot te maken.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik overzie niet helemaal wat de gevolgen zijn van wat de heer Omtzigt zegt. Begrijp ik het goed dat wanneer de wet wordt ingevoerd met de daarin genoemde percentages, deze ook alleen per wet kunnen worden gewijzigd?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik wacht het antwoord af wat de regering voorstelt als wijzigingsmechanisme. Ik heb gezegd dat de huidige manier waarop in de aanpassing wordt voorzien, niet het vertrouwen uitstraalt dat de zorgtoeslag moet geven. Wij wensen dat er een duidelijker maatregel komt. Hoe, laat ik nog even open.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Een wetswijziging is dan toch het meest duidelijk?

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat laat ik afhangen van het antwoord dat ik op mijn vraag krijg.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb een amendement in voorbereiding waarmee minimumpercentages in de wet worden vastgelegd. Volgens mij is dat wat de heer Omtzigt wil. Hij wil een garantie dat er niet elk jaar opnieuw wordt gediscussieerd over de bodem in de zorgtoeslag. Ik verwacht dat hij met dat amendement kan instemmen. De heer Omtzigt vraagt het aan de minister, maar ik wil graag van hem weten waar de CDA-fractie met de wet naar toe wil. Wil hij elk jaar discussie of wil hij het in de wet regelen?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik begrijp het amendement van mevrouw Kant over minimumpercentages niet. Ik neem aan dat het in haar geval maximumpercentages moeten zijn. Mevrouw Kant verwijt mij dat ik geen amendement heb ingediend, maar zij doet nu zelf een uitspraak die precies contrair is aan datgene wat zij eerder heeft opgemerkt. Ik wacht daarom het amendement van mevrouw Kant af en zal daarop reageren.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Omtzigt begrijpt heel goed wat ik bedoel.

De heer **Omtzigt** (CDA): Nee, dat begrijp ik niet.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is behoorlijk ingewikkeld. Dat is de reden dat het amendement nog niet voorligt. Het gaat er natuurlijk om dat het bedrag aan zorgtoeslag dat mensen ontvangen, aan een minimum is gebonden.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik neem aan dat dan wel sprake moet zijn van een maximum percentage.

Mevrouw **Kant** (SP): Die techniek is naar mijn oordeel niet heel interessant. Mijn vraag is of de heer Omtzigt met zijn fractie van mening is dat die garantie er moet zijn, dat wij niet elk jaar bakkeleien en het percentage dus onder een bepaald niveau kan zakken. Ik vraag mij af of de fractie van het CDA bereid is dat in de wet te regelen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik wil de garantie dat er een goed koopkrachtbeleid wordt gevoerd en heb zojuist

een duidelijk betoog gehouden waaruit blijkt dat ik eraan hecht dat eerst dat percentage van die zorgtoeslag wordt vastgesteld. Ik zal de regering later in mijn betoog vragen op welke wijze zij dat op een duurzame manier meent te doen. Maar zodra de amendementen van mevrouw Kant beschikbaar zijn, zal ik de inhoud daarvan bestuderen. De fractie van het CDA beschouwt de premievrije kindzorgpremies uit het hoofdlijnenakkoord als een gewenst inkomenseffect van particulier verzekerden. Er is een bijdrage om het gezinsdal te dempen. Bovendien voorziet het hoofdlijnenakkoord al met ingang van 2006 in een nieuwe inkomensafhankelijke kinderregeling. De fractie van het CDA wijst daarom onder andere het betrekken van de kinderkorting bij het fiscale compensatiepakket af. Over een jaar zullen wij hierover spreken. Deze voorgestelde aanpassingen zijn wat ons betreft, evenals de aanpassingen van de ouderenkorting in de eerste en tweede loonschijf, onderdeel van de tweede stap van het proces, namelijk het aanpassen van de fiscale percentages en de premies. Het is mogelijk dat daarbij bijvoorbeeld ook een aanpassing van de algemene heffingskorting behoort. Die korting is in de Miljoenennota 2003 verhoogd. Ik zie dat bijvoorbeeld ook de fractie van de PvdA die had verlaagd. Het is dan eventueel eveneens mogelijk die te betrekken bij dit compensatiepakket. Vandaag moeten wij echter discussiëren over de zorgtoeslag als zodanig en de precieze reparatie van ongewenste inkomenseffecten verschuiven naar de discussie over de Miljoenennota 2006. Daarin zullen de tarieven ongetwijfeld weer worden aangepast. De afgelopen tijd was het namelijk gebruikelijk die tarieven elk halfjaar aan te passen. In tegenstelling tot de fractie van de PvdA zijn wij van mening dat de notitie over de inkomenseffecten duidelijk is. Deze notitie biedt naar ons oordeel namelijk inzicht in de effecten op de koopkrachtontwikkeling in geval van de gelijktijdige invoering van de Zorgverzekeringswet, het wetsontwerp op de zorgtoeslag en het voorgestelde compensatiepakket. Ik sluit mij echter aan bij een aantal vragen over de koopkrachteffecten bij jongeren tussen de 18 en 23 jaar die werken voor minder dan het wettelijk minimumloon voor volwassenen.

Deze vraag geldt zowel voor jongeren die bij hun ouders wonen, als voor de jeugd die alleen woont of samen met anderen om de woonkosten te delen. In het laatste geval doel ik bijvoorbeeld op een studentenwoning of een soortgelijke woning. Tevens vraag ik naar de koopkrachteffecten voor personen onder de 65 jaar met een uitkering. Ook mijn collega vroeg daar uitgebreid naar.

Uit de berekeningen blijkt niet altijd duidelijk welke effecten door welke maatregelen worden veroorzaakt. Wij vragen daarom om een uitsplitsing naar het effect van de zorgtoeslag als zodanig en het aanvullend compensatiepakket. De reden daarvan is dat wij voorstander zijn van deze door mij voorgestelde tweetrapsraket: eerst de zorgtoeslag en dan het aanvullend compensatiepakket. Later willen wij daarover spreken. Die uitsplitsing is ook nuttig voor een aantal andere zaken. In relatie daarmee stel ik twee technische vragen.

Uit tabel 6 van de memorie van toelichting op de ontwerp-Zorgverzekeringswet blijkt dat een alleenstaande ouder met een modaal inkomen er 2,2% op vooruit gaat, terwijl in de bijlage bij de nota naar aanleiding van het verslag staat dat hij er aanzienlijk minder op vooruit gaat.

Het valt mij op dat er bij een inkomen van € 52.000 knikken zitten in de premielasten. Ik wijs onder andere op grafiek 3a van de bijlage. Wij begrijpen niet waardoor deze knikken kunnen worden veroorzaakt. Het betreft in dit geval enkele honderden euro's, dus wij zijn benieuwd naar het antwoord op deze vraag.

Wij stellen het overigens zeer op prijs dat er voorbeeldberekeningen zijn gemaakt met het voorgestelde compensatiepakket. Dit pakket zal bij de begroting voor 2006 definitief met de aanpassing van belastingen en premies worden ingevuld. Toch hechten wij eraan alvast inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de scholieren en studenten worden gecompenseerd. Gebeurt dat door middel van de basisbeurs? En wat betekent de basisbeurs voor de hoogte van een zorgtoeslag? Ik stel een aantal aanvullende vragen aan mevrouw Smits over de internationale aspecten van de zorgtoeslag. In de nota naar aanleiding van het verslag bleef

namelijk één vraag beantwoord. Hoe zal de behandeling zijn van twee partners van wie één persoon in Nederland belastingplichtig is en waarvoor geldt dat de ander in het buitenland of in een internationale organisatie in dit land werkzaam is? Op welke wijze wordt de zorgtoeslag in dat geval berekend? Binnen welk Europees rechtelijk kader dient dat te geschieden en op welke manier meent de regering aan de inkomensgegevens te komen?

Verder vraag ik mij af of er voor het controleren van die inkomensgegevens bijvoorbeeld afspraken zijn gemaakt met de omliggende landen en alle internationale organisaties die zich op dit moment op Nederlands grondgebied bevinden. Misschien is het nodig de antwoorden op deze vragen in een notitie te verwerken. Als dat het geval is, zien wij die notitie graag ruim voor de plenaire behandeling van dit wetsvoorstel tegemoet.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Wat vindt de heer Omtzigt van de inkomensconsequenties en het doorbreken van de risicosolidariteit in relatie tot het vrijwillig eigen risico?

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat is een vrijwillig eigen risico. In de nota naar aanleiding van het verslag wordt bij de vaststelling van de normpremie, waarop de zorgtoeslag is gebaseerd, uitdrukkelijk uitgegaan van de te betalen premies voor de polissen waarvoor geen eigen risico geldt. Naar mijn idee zal er dan ook geen sprake zijn van de doorbreking van de risicosolidariteit die mevrouw Smits voor ogen heeft. Het is nog sterker: in het huidige stelsel is daarvan naar mijn idee veel meer sprake. Die wordt in het nieuwe stelsel weggehaald. Iedereen bepaalt straks namelijk zelf de premie. Als iemand die ziek is daarmee nu komt, wordt hem een WTZ-polis in de maag gesplitst.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik bedoel dat de mogelijkheid van het vrijwillig eigen risico natuurlijk alleen financieel aantrekkelijk is voor mensen die geen beroep doen op de zorgverzekering. In dat opzicht is de mogelijkheid van een eigen risico louter het doorbreken daarvan. Waarom wenst de heer Omtzigt dat dan te handhaven? Gezonde mensen zijn hieraan minder geld kwijt.

De heer **Omtzigt** (CDA): Zij weten niet van tevoren of zij minder geld kwijt zijn. Dit eigen risico bestaat nu ook in de particuliere verzekering. Het is een keuze die mensen mogen maken en wij handhaven de solidariteit doordat wij er bij de vaststelling van de zorgtoeslag van uitgaan dat personen dat eigen risico niet nemen. Ik zie dus niet het probleem waarop mevrouw Smits doelt.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik heb een verstrekkend amendement ingediend die het wetsontwerp op de zorgtoeslag geheel overbodig maakt en ben benieuwd wat de mening van de fractie van het CDA daarover is. Als de heer Omtzigt zegt dat dit onder andere gezien de gunstige inkomensgevolgen naar zijn oordeel een goed idee is, kunnen wij deze discussie nu beëindigen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik ben niet van plan vanavond op te houden. Ik vind het interessant dat mevrouw Smits vraagt wat mijn oordeel is over dat amendement. Naar mijn idee heeft mevrouw Smits een bijzondere mate van lenigheid getoond door in het weekend met een nieuw voorstel te komen. Het doel daarvan was binnen twee dagen de inkomenseffecten zodanig te repareren dat bijvoorbeeld personen met een minimuminkomen op nul uitkomen in plaats van achteruit te gaan en op -3 uit te komen. Ik neem waar dat haar eigen inkomensoverzichten met het uur verschuiven en vind dat bijzonder knap. Het is mevrouw Smits dus gelukt iets in elkaar te zetten. Ik vraag mij overigens wel af of het voorliggende voorstel het definitieve is en hecht eraan te zeggen dat mevrouw Smits hiermee het betoog van mijn collega Smilde feitelijk ondergraaft. Ik doel op het betoog over onze wens een nieuw zorgstelsel in te voeren waarmee het verzekeringskarakter wordt hersteld. Onze wens is dus tot een stelsel te komen waarbij niet elk jaar met gebruikmaking van de ziekenfondsen een inkomensspelletje wordt gespeeld. Ik vrees dat daarvan wel sprake zal zijn als het amendement van mevrouw Smits wordt aangenomen.

Mevrouw **Smits** (PvdA): De heer Omtzigt geeft geen antwoord op mijn vraag. Ook wij zijn voorstander

van een basisverzekering. Wij willen niet meer dat onderscheid wordt gemaakt tussen ziekenfonds-verzekerden en particulier verzekerden. De vraag is of de voorkeur uitgaat naar het heffen van een hoge nominale premie, dan wel of het beter is uit te blijven gaan van een premie die inkomensafhankelijk is. In het laatste geval, met de inkomenseffecten die door het ministerie van VWS zijn door-gerekend en aan betrokkenen zijn gestuurd, hebben wij te maken met gematigde inkomenseffecten en is het wetsontwerp op de zorgtoeslag niet nodig. Dat zal allerlei problemen met zich meebrengen. Mijn eenvoudige vraag is of de heer Omtzigt voorstander is van die gematigde inkomenseffecten die gemakkelijker zijn te repareren voor zover er nog sprake is van ongewenste onderdelen, of dat hij werkelijk de voorkeur geeft aan dat omslachtige risicovolle systeem van die zorgtoeslag met slechtere resultaten.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik vind het interessant dat mevrouw Smits heeft geprobeerd om het systeem met de zorgtoeslag op een andere manier te kopiëren, maar ik kies voor het origineel. Daarvoor hadden wij namelijk al gekozen. Mevrouw Smits kan zeggen dat dit slecht is, maar wij zijn een andere mening toegedaan. De functionele scheiding die wordt aangebracht tussen een stelsel van een zorgverzekering om het verzekeringskarakter te herstellen en de zorgtoeslag is naar ons oordeel bijzonder duidelijk. Het is mevrouw Smits goed recht dat zij beoogt via een achterdeur een ander stelsel in het leven te roepen. Ik heb er veel respect voor dat zij het amendement heeft ingediend en dat zij daarmee duidelijk met een alternatief plan is gekomen. Wij zien daar echter niets in.

De invoering van de zorgtoeslag zal gebeuren aan de hand van een krap tijdschema. Dat vereist een vloeiende uitvoeringsorganisatie, waarover de Belastingdienst op dit moment zeker beschikt. Toch stel ik een aantal vragen.

Het aanvraagformulier zal in september aanstaande aan alle rechthebbenden worden gezonden. Er wordt een eenvoudig formulier met een aantal vragen toegezegd. Kan de regering toezeggen dat zij al in het voorjaar van 2005 een

conceptformulier aan het parlement stuurt? Dit formulier is tevens geschikt voor de aanvraag van de huursubsidie. Zijn er ook andere plannen om toeslagen daarbij te betrekken? De fractie van het CDA pleitte namelijk voor een snelle stroomlijning van inkomensafhankelijke regelingen en meent dat de Awir daaraan een positieve bijdrage kan leveren.

Een groot aantal andere procedures zal in lagere regelgeving worden vastgelegd. Aan de ontwerp-Zorgverzekeringswet was een uitvoerige concept-AMvB toegevoegd, al bevatte die nog een aantal oneffenheden. Dat is bij dit wetsvoorstel nog niet het geval. Kan de regering vóór 1 februari aanstaande aangeven op welke wijze de tussentijdse verandering van inkomen en partner zal worden uitgewerkt? Welke formulieren moeten in dat geval worden ingevuld?

Verder verzoek ik de regering duidelijkheid te geven over het geval dat sprake is van een buitenlandse partner. Die vraag heb ik al eerder gesteld in mijn betoog. Zijn deze formulieren ook online beschikbaar en zijn er eenvoudige manieren om wijzigingen door te geven? Dat zijn wij namelijk van de Belastingdienst gewend. De zorgpremie kan, evenals de zorgtoeslag, een fors bedrag omvatten. Vooral voor mensen met een laag inkomen is van het allergrootste belang dat het pas nodig is de zorgpremie te betalen nadat de zorgtoeslag op de betaalrekening is ontvangen. Welke garantie kan de minister of de staatssecretaris van Financiën geven dat de zorgtoeslag in december 2005 wordt betaald, zodat betrokkenen daarmee de zorgpremie kunnen betalen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Een zo omvangrijke operatie als de invoering van één zorgverzekering voor iedere Nederlander met nominale premies voor verzekerden heeft inkomensgevolgen die uit politiek oogpunt ongewenst zijn. Dat is er de reden van dat dit wetsvoorstel voorligt. Het gaat er de fractie van de VVD niet om met de Zorgverzekeringswet inkomensverschuivingen teweeg te brengen. Haar doel is de zorg betaalbaar en dus toegankelijk te houden. Dat houdt echter niet in dat

wij van mening zijn dat het nodig is alle verslechtingen te compenseren. In het huidige systeem bestaat nu eenmaal een onwenselijk scheve premielastenverdeling die met het nieuwe tot onze vreugde gedeeltelijk wordt rechtgetrokken. Dat is zelfs één van de doelstellingen. Het maximale toetsingsinkomen waarbij nog een zorgtoeslag wordt uitgekeerd, is afhankelijk van de samenstelling van het huishouden. Voor alleenstaanden en eenoudergezinnen ligt de grens iets onder € 26.000, voor verzekerden met een partner ligt die op ruim € 40.000. Dit is een vertaling van de inkomensafhankelijke premie-effecten. Maar liefst 6,1 mln huishoudens kunnen voor een zorgtoeslag in aanmerking komen. Daarvoor is een bedrag van 2,1 mld euro beschikbaar. De vraag is of er niet een geleidelijke afbouw zou moeten zijn naar een beperking van het aantal huishoudens. De zorgtoeslag moet mensen immers in staat stellen zich tegen ziektekosten te verzekeren als hun eigen inkomen daarvoor ontoereikend is. In die context liggen de grenzen hoog. De nu gekozen bedragen corresponderen met de wens om met de omzetting van de stelsels niet te grote inkomenseffecten te realiseren. Wij steunen dat, maar achten een geleidelijke uitfasering wel van belang. In de memorie van toelichting worden de jaarlijkse uitvoeringskosten geraamd op 59 mln euro. In de nota naar aanleiding van het verslag worden die geraamd op 72,6 mln euro. Daar zit bijna 14 mln euro tussen! Wat is het werkelijk geraamde bedrag?

Bij de Belastingdienst worden voor de uitvoering maar liefst 500 fte ingeruimd. De aanvraag kan worden gekoppeld aan de huursubsidie. Ook daarvoor zijn 340 fte vrijgemaakt. Ik constateer dus dat voor deze twee regelingen 850 fte beschikbaar zijn.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Vindt mevrouw Schippers het niet een heel aantrekkelijk idee het bedrag van ongeveer 60 mln euro te besparen en die banen elders te laten invullen door de Wet op de zorgtoeslag niet goed te keuren, maar in plaats daarvan ons amendement te steunen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Die vraag stelde mevrouw Smits ook aan de heer Omtzigt. Die nominalisering van de premie is een oude wens van

de fractie van de VVD. Het moet ook mevrouw Smits bekend zijn dat wij daarvoor al jarenlang pleiten. De zorg krijgt hierdoor de werkelijke prijs, namelijk de kostendeckende. Die wordt dus ook zichtbaar voor mensen opdat zij zien hoe kostbaar de zorg feitelijk is. Daarbij komt dat de prijs voor de concurrentie naar mijn idee heel belangrijk is. De inkomensherverdeling behoort naar de mening van de VVD-fractie bij de belastingen thuis en daar komt die nu terecht.

Mevrouw **Smits** (PvdA): De fractie van de VVD is weliswaar voorstander van nominale premies, maar op grond van het hoofdlijnenakkoord moet zij akkoord gaan met een zorgtoeslag om een en ander betaalbaar te houden. De netto zorgpremie wordt dan via een heel omslachtige weg toch weer inkomensafhankelijk. Ik vraag mij af waarom het nodig is zo moeilijk te doen. Als mevrouw Schippers mijn amendement steunt, besparen wij al die kosten en dan is het effect precies hetzelfde. Ik hecht er overigens aan daarbij op te merken dat het Centraal Planbureau – dat is op dit terrein toch niet het minst deskundig – heeft geconstateerd dat die concurrentie ook ontstaat in het geval van een lagere nominale premie. Misschien is het dan zelfs nog beter mogelijk te concurreren.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De effecten van de nominalisering zouden naar mijn idee meer kunnen opbrengen dan deze uitvoering kost. Als ik die gedachte niet had, zou ik geen voorstander zijn van dit systeem. In het ziekenfonds is nu sprake van een behoorlijk aantal rariteiten, omdat premies inkomensafhankelijk worden geheven. Ik geef het voorbeeld van de bekende miljonairs weduwe of van de mevrouw van een partner met een hoog inkomen die, een klein baantje neemt en daarom via het ziekenfonds voor bijna niks is verzekerd. Ik doelde daar ook op, op het moment dat ik sprak over die scheve premie en het feit dat wij het niet nodig vinden alles te compenseren. Er is namelijk sprake van dit soort rariteiten. Die halen wij er ook meteen uit.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ja, maar dat gebeurt ook met ons amendement. De facto maakt het op dat soort

punten niet zoveel uit. Er komt een netto inkomensafhankelijke premie, maar dat gebeurt door gebruik te maken van een uitermate omslachtig systeem. Waarom doen wij dat nu?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Nee, er zal sprake zijn van een inkomensherverdeling via de belastingdienst. Daardoor ontstaat er uiteindelijk inzicht in alle inkomensregelingen voor die zaken in Nederland waarvoor geldt dat wij inkomensreparatie toepassen en waarmee personen te maken krijgen. Dat doen wij door middel van de belastingen en naar ons oordeel hoort dit daar thuis. Andere betalingen voor basisbehoeften waarmee wij in het dagelijks leven te maken krijgen zijn ook niet inkomensafhankelijk. Wij willen dit dus als het ware normaliseren en het verzekeringskarakter van de gezondheidszorg herstellen.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Het is geen belastingzaak, maar het gebeurt door een aparte dienst toeslagen en daarna moeten er allerlei fiscale maatregelen worden genomen, die bovendien nog ingrijpender zijn dan mevrouw Schippers zich kan voorstellen. Dat blijkt uit het voorstel van het kabinet. Let maar eens op die nieuwe inkomensoverzichten.

Mevrouw **Kant** (SP): Mevrouw Schippers noemde enkele voorbeelden van rariteiten. Wij hebben geen nominale premie nodig om dat probleem op te lossen, maar één stelsel en dat komt er. Dat kan echter ook met een inkomensafhankelijke premie. Dan wordt het probleem van die rariteiten die mevrouw Schippers opsomde ook opgelost. Dat is dus niet de winst van een nominale premie. Wat is daarvan dan wel de winst?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb zojuist aangegeven dat de zorg de werkelijke prijs krijgt. Iedereen kan nagaan wat de werkelijke kosten zijn voor de zorg en prijzen van verzekeraars met elkaar vergelijken. De verzekeraar die het beter doet, kan dus ook een hogere prijs rekenen dan een andere verzekeraar. In geval van concurrentie is de prijs een belangrijk element. Ook het feit dat de kosten zichtbaar zijn, is naar mijn idee belangrijk en het principiële punt is dat wij van mening zijn dat inkomensherverdeling niet in de gezondheidszorg thuis hoort.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik weet dat mevrouw Schippers die mening is toegedaan, maar het probleem van die rariteiten die zij noemde, wordt niet opgelost met een nominale premie. Dat wordt opgelost door het invoeren van één stelsel. Ik vraag mij af of mevrouw Schippers het daarmee eens is.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben niet van mening dat dan al die problemen worden opgelost. Mede in het licht van standaardisering op het gebied van ICT vraag ik mij af of de uitvoeringskosten en de mankracht niet wat hoog zijn ingeschat. Ik vraag de bewindslieden op dat punt een nadere onderbouwing te geven.

Ik vraag mij af of Nederlanders die in het buitenland wonen, die op grond van de Zorgverzekeringswet zijn verzekerd en een zorgtoeslag aanvragen die ook ontvangen als zij in ons land niet belastingplichtig zijn. Ik kom in het kort terug op de bespreking van het vorige wetsvoorstel. Ik hecht eraan te stellen dat de fractie van de VVD zich bewust is van de gezinscomponent bij de financiering. Die is goed zichtbaar in het wetsontwerp op de zorgtoeslag en overigens ook in de ontwerp-Zorgverzekeringswet. Er wordt weliswaar meer kostendeckend betaald, maar de gezinscomponent is nog wel degelijk aanwezig. Er wordt bijvoorbeeld niet alleen collectief voor kinderen betaald door het geven van een rijksbijdrage, maar een vrouw van een kostwinner betaalt ook alleen het nominale deel van de premie. Het is goed dit te signaleren zodat de politieke keuzes duidelijk blijven. Tegelijkertijd hebben wij begrip voor de keuzes die de regering in dit wetsvoorstel heeft gemaakt. Wij beginnen namelijk niet vanuit het nulpunt. Het gedeeltelijk rechte trekken van de lastenverdeling heeft al dusdanige inkomensconsequenties dat grotere stappen de overgang naar een nieuw stelsel zullen blokkeren. Wij zijn dus tevreden met de stappen die met een combinatie van deze wetsvoorstellen zijn gezet om de lasten en wie wat betaalt zichtbaar te maken. Tevens zijn wij tevreden over het feit dat met het wetsvoorstel wordt beoogd aan veel oneigenlijke voor- en nadelen een eind te maken, zonder dat de armoedeval parten gaat spelen. Het is niet mogelijk alles tegelijk te doen, maar wij zijn wel op de goede weg.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Het voorliggende wetsvoorstel was voor ons niet nodig geweest. Naar mijn idee is dat echter duidelijk gebleken uit onze inbreng eerder op deze dag. Wij hadden liever één stelsel gezien met inkomensafhankelijke premies. Dan was deze exercitie natuurlijk niet nodig geweest. Nu dat anders ligt, is het goed dat er in ieder geval een compensatieregeling is. Dat mag duidelijk zijn. De kans is groot dat wij tegen de invoering van het zorgstelsel blijven, tenzij er nog heel veel verandert. Wij zullen echter wel instemmen met de zorgtoeslag. De reden daarvan zal zijn dat de slechte aspecten deels worden gecompenseerd en dus niet dat dit een manier van doen is waar wij achter staan. Het amendement van de fractie van de PvdA op dit punt is naar mijn mening bijzonder creatief. Dat zal natuurlijk onze steun krijgen, maar dat had die fractie vast en zeker verwacht.

Als wij werkelijk streven naar solidariteit, moeten wij dat vastleggen in het stelsel. Nu zal er toch steeds opnieuw een politieke discussie ontstaan over de vraag in hoeverre en in welke mate moet worden gecompenseerd. Dat is naar mijn idee ongewenst. Daarbij komt dat wij hiermee een nieuw bureaucratisch monster in het leven roepen. Dat werd door andere sprekers ook al opgemerkt. Toch meen ik dat ik tijdens de vorige verkiezingen van veel lijsttrekkers heb gehoord dat zij iets wilden doen aan de bureaucratie in de zorg. Nu komt er dus weer een bureaucratische laag bij. De inschatting van de inkomenseffecten, inclusief deze compensatie en de fiscale, is gunstiger voor huishoudens met middeninkomens of hogere inkomens. Als wij al die overzichten op ons laten inwerken, kunnen wij toch niet anders dan dat concluderen? Dat is naar mijn idee geen gewenst effect en ik vraag de minister of de staatssecretaris de garantie te geven dat er bij de voorbereiding voor de Miljoenennota 2006 – daarover spreken wij dan immers – een meer evenwichtig koopkrachtbeeld ontstaat dan het voorliggende. Dit is in mijn ogen namelijk niet evenwichtig. Ik ga in op de vormgeving van de Toeslagenwet. Daarin wordt geen compensatie gewaarborgd. In die zin is die wet niet solide, want daarin wordt niets vastgelegd over de hoogte van de compensatie. In

antwoord op vragen daarover wordt gezegd: "Gegeven de onzekerheden over de ontwikkelingen in de zorg en de inkomens, kan niet op voorhand voor alle toekomstige situaties worden aangegeven waar dat evenwicht ligt. In de loop van volgend jaar kan een nadere afweging worden gemaakt". Er is nog een aantal citaten te geven waaruit blijkt dat aan de hand van het complete beeld inderdaad ieder jaar opnieuw wordt vastgesteld hoe die zorgtoeslag uitvalt. Ik kan mij best voorstellen dat het, met alle fiscale maatregelen en alles wat er te bedenken is, noodzakelijk is jaarlijks een compleet beeld te schetsen, maar ik ben van mening dat dan niet aan die zorgtoeslag mag worden getornd. Ik pleit ervoor dat daarvoor in deze wet een garantie wordt gegeven. Ik spreek de hoop uit dat het theoretisch niet is uitgesloten dat de toeslag op een bepaald moment op nul wordt gezet. Dat zal op dit moment waarschijnlijk niet de bedoeling zijn, maar in de wet staat niet dat dit niet kan. In ieder geval is niet uitgesloten dat die te laag wordt vastgesteld en dat vind ik een ongewenste situatie. Ik ben van mening dat in de wet op zijn minst moet worden vastgelegd wat de norm is waar het bedrag niet onder mag komen. In mijn interruptie sprak ik van "minimum", maar ik bedoelde natuurlijk het minimumbedrag dat mensen kunnen ontvangen. Als wij dat in een wet vertalen, is dat een maximumpercentage. Ik bied mijn excuses aan voor het feit dat ik die vergissing heb gemaakt. Ik ben bezig met het voorbereiden van een amendement op dat punt dat is gebaseerd op de percentages die de eerste maal in die zorgtoeslag worden vastgelegd. De eerste maal worden die percentages namelijk wel vastgelegd, maar die kunnen bij AMvB weer worden gewijzigd. Wat mij betreft is het toegestaan die percentages bij AMvB te wijzigen, maar ik ben van mening dat het bedrag voor betrokkene dan alleen maar mag stijgen. Ik meen dat iedereen goed begrijpt wat ik daarmee bedoel te zeggen. Dat geeft in ieder geval politieke zekerheid. Dan wordt niet ieder jaar opnieuw gediscussieerd over de vraag of het bedrag niet naar beneden moet worden bijgesteld. Het verheugt mij overigens dat ook de fractie van het CDA hieraan hecht. Dat had ik overigens enigszins

verwacht, want dat is in lijn met datgene wat die partij in debatten altijd heeft gezegd en in het verkiezingsprogramma heeft geschreven. Misschien komt de fractie van het CDA zelf met een suggestie en anders dien ik een amendement in. Het maakt mij niet veel uit op welke manier het gebeurt, maar ik hoop in ieder geval dat wij dit gezamenlijk oplossen. Ik vrees namelijk dat de andere coalitiepartijen geen groot voorstander zijn van dat idee. Dit is werkelijk een punt waarvoor geldt dat de fractie van het CDA eindelijk zaken kan doen met de oppositie. Ik reken dus op de samenwerking met die fractie en ben daarover bij voorbaat verheugd.

De vaststelling van de zorgpremie waarvoor wordt gecompenseerd, is een punt waaraan nog wat haken en ogen zitten. Er wordt namelijk gecompenseerd, uitgaande van de gemiddelde nominale premie en niet van de werkelijke. Daarmee wordt de keuzevrijheid voor mensen met een laag inkomen indirect beperkt. Onder personen met een laag inkomen vallen vaak ook chronisch zieken en gehandicapten. Hun keuzevrijheid wordt dus beperkt. Het gaat hierbij namelijk om een gemiddelde premie, terwijl zij misschien ook een ziektekostenverzekering met een wat hogere premie zouden willen afsluiten. Ik verzoek de bewindslieden een reactie op deze opmerkingen te geven.

Het is ook vreemd dat de no-claim wordt geteld bij de hoogte van het te compenseren bedrag. Een gemiddelde teruggave van de no-claim wordt dus afgetrokken van het bedrag. Ik hoop dat ik het nu goed verwoord. Dat is natuurlijk vreemd, want niet iedereen heeft recht op de gemiddelde teruggave. Er zijn mensen die nooit een cent terugzien, terwijl er wel een deel in mindering wordt gebracht op de zorgtoeslag die zij ontvangen. Ik ben van mening dat dit een ongewenste situatie is. Ik was bezig met de voorbereiding van een amendement, maar tot mijn verrassing ligt er op dat punt inmiddels een amendement voor van de fractie van GroenLinks dat wij van harte steunen. Natuurlijk zijn er mensen die dan een voordeeltje hebben, in dezelfde inkomensgroep zitten en dus wel de no-claim terugkrijgen. Ik gun hen dat voordeeltje echter van ganser harte.

Een ander punt is het niet meetellen van de aanvullende verzekering. Ik begrijp dat dit commercieel is en niet valt onder het zorgstelsel dat er zal komen. Het is als het ware een losse poot naast dat stelsel, maar het betalen van die aanvullende ziektekostenpremie is voor mensen met een laag inkomen een reëel probleem. Op dat punt heb ik inmiddels een amendement ingediend waarin ik voorstel ook die premie te laten meewegen in de zorgtoeslag. Ik neem aan dat de minister daarop reageert. Tegenstanders zijn blijkbaar van mening dat het niet bezwaarlijk is als mensen om financiële redenen hun aanvullende verzekering niet kunnen betalen. Ik kan mij overigens niet voorstellen dat er mensen zijn die dat niet bezwaarlijk vinden. Ik vraag de bewindslieden een reactie op dat amendement te geven.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik sluit mij aan bij veel vragen van mevrouw Smits. Dit wetsvoorstel verzacht de financiële consequenties van het wetsvoorstel dat wij eerder deze dag hebben behandeld. De koninklijke weg is dat men het voorliggende wetsvoorstel niet nodig heeft omdat men de premies op andere wijze organiseert. Vandaar mijn handtekening onder het amendement van mevrouw Smits, waarin dit wordt vormgegeven.

Dit is en blijft een bureaucratische poging tot organisatie van de solidariteit. Het is een te waardenen poging gezien het eerdere voorstel, maar niet nodig, omslachtig, duur, complex, en dit allemaal om ideologische redenen. Ik ben daar niet vies van, maar het moet wel verdedigbaar zijn en het moet duidelijk zijn te maken dat deze weg echt nodig is. De ideologische reden is dat er geen inkomenspolitiek mag worden bedreven via de zorgverzekering. Dit is uit en te na herhaald.

Het is problematisch in het wetsvoorstel dat het gaat om gemiddelde premies en niet om de feitelijk betaalde premies. Mevrouw Kant en andere sprekers hebben hierover iets gezegd. Dit betekent dat geen maatwerk mogelijk is en dat het risico bestaat van over- en ondercompensatie. De ernst van het eerste is te overzien, maar ondercompensatie is veel ernstiger, zeker voor mensen met hoge zorgkosten,

chronisch zieken en gehandicapten. Ook daarover zijn al opmerkingen gemaakt.

Dit betekent dat de doelstelling van dit wetsvoorstel, namelijk financiële compensatie, slechts ten dele wordt gerealiseerd, namelijk alleen op macroniveau. Men kan hierover niet op voorhand een conclusie trekken op microniveau. Omdat er geen gemiddelde verzekerde bestaat, vind ik dit een ernstig nadeel, vooral voor de verzekerden met een hoge premie en een hoog zorggebruik. Die worden daardoor extra getroffen.

Ook over de administratieve lasten is in de loop van de dag al gesproken. De minister wil geen additionele administratieve lasten voor verzekeraars. In de voorbereiding heeft mijn fractie gevraagd naar de situatie bij de Belastingdienst. Er circuleerde het aantal van 500 fte. In elk geval ligt daar een behoorlijke extra lastendruk. De staatssecretaris zal daarover vast iets over zeggen. Volgens de regering zal er voor de zorgvragers in het eerste jaar een lastendruk zijn, maar zij hoopt deze in de jaren erna te kunnen beperken. Het betekent in elk geval een toename van de administratieve lastendruk van de zorgvragers, van de burgers.

Mijn fractie en die van de PvdA hebben gevraagd om een vergelijking tussen de inkomenseffecten en de uitvoeringslasten van het voorgestelde systeem – de zorgtoeslag – en die van de stelsel dat deels nominaal en deels inkomensafhankelijk werkt, zoals voorgesteld door mevrouw Smits en mij. Het antwoord van de regering is tamelijk curieus. Zij zegt dit niet nodig te vinden, daar zij deze keuze op inhoudelijke, namelijk principiële gronden heeft gemaakt. Als de regering vindt dat principes iets mogen kosten – dat vind ik door de bank genomen ook – wil ik weten wat de principiële keus van de regering om geen inkomenspolitiek te voeren via de zorgverzekering meer kost dan een stelsel dat deels nominaal en deels inkomensafhankelijk werkt.

De kosten bestaan uit bureaucratie, administratieve lastendruk, complexiteit, de personele lasten, de kosten voor de Belastingdienst, etc. Over de hoogte van de zorgtoeslag zijn al vragen gesteld. De heer Omtzigt heeft gevraagd naar het percentage, en ook mevrouw Kant heeft erover gesproken. Ik wacht het

antwoord af met het oog op het koopkrachtbeleid en zal dan met een standpunt komen, ook over de amendementen en de aanvullende verzekering. De richting die ik wens is duidelijk.

Ik had uitvoeriger willen spreken over inkomenseffecten, zeker voor chronisch zieken en gehandicapten. De regering heeft gezegd dat die voor chronisch zieken en gehandicapten niet zo groot zullen zijn. Dit staat echter nog te bezien.

De **voorzitter**: De minister zegt dat dit fantastisch is.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het staat nog te bezien hoe fantastisch dit op individueel niveau zal zijn. De minister kan alleen met gemiddelden werken. Ik heb de nodige bezwaren bij zowel de no-claim teruggaven als de gemiddelde premies, en dus niet de aanvullende premies, waarbij op chronisch zieken en gehandicapten nu eenmaal een hogere premiedruk ligt. Ik ben er niet van overtuigd dat het zal meevallen. Ik had enkele specifieke categorieën aan de minister willen voorleggen, maar mevrouw Smits heeft zo haar best gedaan, dat dit niet nodig is.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter. Deze wet had ook voor ons niet hoeven. Een fatsoenlijke inkomensafhankelijke regeling zou veel beter zijn geweest. Dan zou zo'n rare, ingewikkelde kronkel niet nodig zijn geweest, die enorm veel bureaucratie vergt, waaraan 500 mensen moeten werken en die 60 mln euro of nog veel meer zal kosten. De minister mag zich in de handen wrijven dat hij voor zijn bureaucratiedoelstelling alleen bedrijven op het oog heeft. Zijn doelstelling zou nooit worden gehaald als hij allerlei anderen, bijvoorbeeld de patiënten, meerekende. Waarschijnlijk rekent hij de Belastingdienst ook niet mee, want anders wordt het ook op dat punt een ramp.

Het is handig dat wij de inkomenseffecten van de ontwerp-Zorgverzekeringswet en het wetsontwerp op de zorgtoeslag samen behandelen. Dit geeft enigszins een beeld, maar nog niet genoeg, want niet al onze vragen zijn beantwoord. Van het beeld dat wij krijgen worden wij niet vrolijk. Het geheel van beide wetten is een behoorlijk cadeau aan de hoge inkomens. De mensen met een laag

inkomen gaan erop achteruit. Het hangt ervan af of zij kinderen hebben. Vooral hoge inkomens met kinderen gaan er fors op vooruit. Ook AOW'ers met een hoog inkomen gaan er fors op vooruit. Alleenstaande ouders met het minimumloon en AOW'ers op het sociaal minimum gaan er behoorlijk op achteruit. Het is een onnodige lastenverlichting voor de rijken. Dit is onbegrijpelijk in deze tijden waarin voortdurend wordt gezegd dat men moet bezuinigen. Hier hebben wij een kans om iets rechtvaardig te regelen, en wat gebeurt er? Het wordt weer eens onrechtvaardig geregeld.

Hoewel wij dit niet precies kunnen nagaan, hebben wij sterk de indruk dat het wetsvoorstel niet bepaald de arbeidsparticipatie van vrouwen bevordert, terwijl deze participatie wel een doelstelling van het kabinet is. Wij hebben de indruk dat vooral kostwinners in dit stelsel worden bevoordeeld. Wij vragen de garantie dat dit stelsel niet haaks staat op de doelstelling van verhoogde arbeidsparticipatie van vrouwen. De formulering van de VVD-fractie was heel voorzichtig, maar suggereerde toch dat hier een probleem lag. Over deze kosten zijn wij niet vrolijk en wij staan zeer positief tegenover het amendement van de PvdA-fractie en zullen dit als idee en waarschijnlijk ook in de uitwerking geheel steunen. Voor concurrentie is een kleine nominale premie immers genoeg; ook binnen dit stelsel is dit mogelijk. De PvdA-fractie stelt niet een geheel ander stelsel voor, zoals de VVD-fractie suggereerde. Het is binnen het stelsel geregeld. Het CPB heeft duidelijk gemaakt dat dit mogelijk is, dat het tot voldoende concurrentie leidt en dat het rechtvaardig is.

Ik noem enkele specifieke punten van de zorgtoeslag. Het is duidelijk dat de zorgtoeslag niet alle kosten compenseert. Dat bleek ook uit wat ik zojuist heb gezegd. Veel mensen blijven er honderden euro's op achteruit gaan. De toeslag compenseert ook niet alle kosten omdat de aanvullende verzekering niet is meegerekend, terwijl bijna iedereen die heeft. Mensen hebben die niet voor niets. Wij steunen van harte het amendement van mevrouw Kant hierover. De aanvullende verzekering moet men meerekenen. Over het drempelinkomen heeft de Raad van State vragen gesteld

waarin wij ons zeer kunnen vinden. Het onbegrijpelijk dat dit drempelinkomen zo is dat mensen die minder verdienen feitelijk meer kosten maken. Wat is daarvan de rechtvaardiging?

Een speciaal aspect van de zorgtoeslag is dat zij nadelig en onrechtvaardig is voor mensen met veel zorgkosten. Dit is het geval doordat de gemiddelde no-claim teruggave niet wordt meegerekend in de normpremie. Het is een van die zinnen die een buitenstaander naar mijn mening niet kan volgen, maar het idee is dat men rekent op een no-claim teruggave bij de zorgtoeslag. Die wordt echter meteen afgetrokken. Wij hebben hierover een amendement ingediend. Deze regel is nadelig voor mensen met veel zorgkosten, ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. Die mensen krijgen nooit de no-claim terug. Daarom vinden wij dat men die niet moet meerekenen als men de normpremie berekent. Feitelijk is dit voor hen een kostenverhoging. Een van onze vragen is tweemaal voor de helft beantwoord. Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor zorgtoeslag, uitgesplitst naar diverse categorieën, is keurig gegeven. Niet beantwoord is de vraag naar de gemiddelde premie die deze mensen zouden betalen bij voortzetting van het huidige zorgstelsel. Zonder deze gegevens is een goede vergelijking niet mogelijk. Wij hebben mooie tabellen ontvangen met alleenstaanden, huishoudens met en zonder kinderen, maar er staat niet bij wat voor die categorieën de gemiddelde premie is bij voortzetting van het huidige stelsel in 2006. Wij willen daarop deze week nog antwoord.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ook de SGP-fractie vindt dat deze wet een noodzakelijke component regelt van de ontwerp-Zorgverzekeringswet. Zonder een zorgtoeslag zou de Zorgverzekeringswet zeer nadelig uitpakken voor de lagere inkomens omdat de nominale premie stevig is gestegen. Ons spreekt ook zeer aan dat rekening is gehouden met het huishoudinkomen. Het is ons al lang een doorn in het oog dat in de fiscaliteit individueel wordt bemeerd. Deze wet lijkt hierop een positieve correctie. Dit is ook volstrekt logisch; het gezamenlijke inkomen is veel meer bepalend voor

de draagkracht dan het individuele inkomen.

Mijn fractie heeft er begrip voor dat bij de zorgtoeslag rekening wordt gehouden met gemiddelden bij het bepalen van de premies. In principe heeft iedereen gelijke toegang tot het stelsel. Het koppelen van de zorgtoeslag aan de daadwerkelijk te betalen premie zou het systeem onderuit halen. Wel hebben wij vragen bij de hoogte van de percentages. Er moet een bepaald percentage worden gekozen, omdat een zuiver individuele benadering niet mogelijk is.

Toch roepen de inkomensplaatjes in de bijlage de vraag op of dit systeem wel helemaal is toegesneden op de situatie. De lijnen die de inkomenseffecten laten zien, vertonen nogal grillige kronkelingen. Het zijn geen logische beelden. Verandert een wijziging van de percentages de grilligheid van de inkomenseffecten of liggen hieraan andere factoren ten grondslag, die men niet bedient met een andere keuze van percentages? Ik heb dit niet helemaal kunnen doorgronden, maar vraag mij af of een optimum is te vinden door een kleine verschuiving in de parameters. Een belangrijke factor is het vervallen van de WTZ- en de MOOZ-premies. Mijn fractie heeft zich de afgelopen jaren regelmatig verbaasd over de grootte van de verhoging van deze premies. Ook dit jaar was er een verhoging, zij het relatief gering. Deze forse verhogingen kwamen nogal hard aan bij de grotere gezinnen. Zij moesten voor elk kind deze premie betalen, waardoor zij zeer duur uit waren. Wij zijn blij dat deze onrechtvaardigheid uit het systeem wordt gehaald. Dat dit grote positieve effecten heeft voor gezinnen boven de loongrens met kinderen is duidelijk, maar wat ons betreft volstrekt te rechtvaardigen. Hier was sprake van een flinke weeffout.

In het compensatiepakket zat ook een verhoging van de aanvullende kinderkorting. Die korting werkt positief voor gezinnen met inkomen tot ongeveer € 28.000. Waarom worden de inkomens tussen dat bedrag en de loongrens in het ziekenfonds niet ook gecompenseerd? Wij vragen van de minister voor Volksgezondheid en de staatssecretaris voor Financiën de toezegging om in het Belastingplan 2006 op te nemen dat de aanvullende kinderkorting precies is

afgestemd op de loongrens in het ziekenfonds. Dan kunnen die vreemde puistjes uit de grafieken 1b en 3b vervallen. Dit is wel zo eerlijk. Ik heb de percentages bij de zorgtoeslag genoemd. In het verslag en hier bepleiten diverse fracties om deze percentages in de wet op te nemen, zodat de zorgtoeslag niet een al te gemakkelijke speelbal wordt van de inkomenspolitiek in de eerstkomende jaren. Mijn fractie is daarvoor wel gevoelig en ik verzoek de bewindslieden om een reactie over dit punt.

De zorgtoeslag wordt betaald uit een rijksbijdrage en is bedoeld als tegemoetkoming voor hoge zorgkosten. Het is geen verzekerings- maar een zorgtoeslag. Voor velen bestaan deze zorgkosten vooral uit premies. Ik heb eerder vandaag aandacht gevraagd voor de gemoedsbezwaarden. Ook zij hebben te maken met zorgkosten. Gezien het uitgangspunt om een tegemoetkoming te bieden voor degenen voor wie de premie een te zware last wordt, ligt het voor de hand deze gemoedsbezwaarden gebruik te laten maken van de zorgtoeslag. Zeker nu de norm de standaardpremie is, is dit betrekkelijk eenvoudig te regelen. De zorgtoeslag moet worden uitgekeerd aan iedereen die daarvoor in aanmerking komt vanwege het inkomenbeeld, ongeacht of men wel of niet verzekerd is.

De opmerking in de stukken dat een gemoedsbezwaarde met hoge ziektekosten deze kan reduceren via de bestaande Tegemoetkomingsregeling voor buitengewone uitgaven is een open deur, want ook verzekerden hebben die mogelijkheid voor buitengewone lasten. Dat voordeel voor gemoedsbezwaarden is geen echt voordeel. Over dit punt vraag ik een toezegging. Als deze niet komt, zal dezer dagen een amendement in de Kamer liggen dat de zorgtoeslag ook toekent aan de gemoedsbezwaarden.

De **voorzitter**: Wij zijn gekomen aan het einde van de termijn van de Kamer. De minister heeft enige tijd nodig voor het formuleren van zijn antwoorden. Ik schors daarom de vergadering.

De vergadering wordt van 20.50 uur tot 21.10 uur geschorst.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor haar inbreng. Er

zijn nogal wat additionele vragen gesteld, ook van technische aard, onder andere over koopkrachteffecten. De antwoorden zal ik de Kamer schriftelijk doen toekomen. Ik zal mij nu beperken tot de meest prangende vragen.

Wij spreken nu over de zorgtoeslag en de koopkrachteffecten. Deze zijn van bijzonder politiek belang. Het is in onze politieke cultuur en onze Tweede Kamer onmogelijk daarmee lichtvaardig om te gaan. Wij moeten dit onderwerp zorgvuldig behandelen en naar mijn mening gebeurt dat in dit wetsvoorstel ook.

Er is gevraagd of het nodig is om uit te gaan van de nominale premie en of dit niet puur ideologisch is. De regering heeft niet zomaar voor de nominale premie gekozen en wij zijn niet de enigen die daarvoor hebben gekozen. Ook de sociale partners, aan wiens opinies velen van u zeer veel waarde hechten, zijn in de SER overeengekomen dat de nominale premie er moet uitzien zoals in ons voorstel. Ik zou bijna oorlog krijgen met de sociale partners als ik het SER-advies niet op hoofdpunten uitvoer. Dat zou ik niet doen als ik die nominale premie niet zou invoeren.

Deze nominale premie is belangrijk om de reële kosten van de verzekering meer in beeld te brengen dat tot nu toe het geval was. Ook is zij belangrijk om meer ruimte te bieden voor prijsconcurrentie tussen de verzekeraars en om de verzekerden meer belang te geven bij het zoeken naar de verzekeraar met de beste prijs/kwaliteitsverhouding. Velen van u volgen deze redenering, die ook de kern is van het SER-voorstel.

Sommigen van u vragen echter waarom een nominale premie van € 1000 tot € 1100 nodig is en men niet kan blijven bij ongeveer € 350, waarom de regering er zo ideologisch mee omgaat en waarom het bedrag zo hoog moet zijn.

Ik vind dat de regering buitengewoon praktisch met dit probleem is omgegaan. Als wij ideologisch waren geweest, zouden wij niet hebben gekozen voor een halve nominale premie. Deze nominale premie dekt namelijk maar de helft van de werkelijke kosten en is zwaar door de werkgevers gesubsidieerd. Wij zouden dan hebben gekozen voor een stoere nominale premie van meer dan € 2000. Daaraan hadden wij dan een zorgtoeslag kunnen verbinden.

In de schriftelijke voorbereiding heb ik gezegd dat niemand precies weet waar de psychologisch-economische werking van de nominale premie optimaal is. Zeker is dat zij helemaal niet werkt bij een bedrag van € 10 per maand. Zeker is ook dat het effect zeer krachtig zal zijn bij een bedrag van € 2000 per maand, maar dat dan allerlei ongewenste neveneffecten zullen optreden. Wij hebben gekozen voor de gulden middenweg door een soort halve nominale premie te kiezen. Niettemin resteren nog vrij ingrijpende koopkrachteffecten. Daarvoor is het nodig geweest een zorgtoeslag te creëren waarvan wij hopen dat deze de koopkrachteffecten acceptabel maakt, met enkele uitzonderingen waarover ik dadelijk zal spreken. Sommigen van u vragen waarom het zo enorm ingewikkeld wordt gemaakt. Men haalt inkomensbeleid uit de premie, die men weer moet compenseren met een zorgtoeslag aan de zijlijn. Ik ben het met u eens dat het voorstel niet geheel zonder complicaties is, al zal staatssecretaris Wijn straks kunnen uitleggen dat, zeker na de startup, deze zorgtoeslag een uitstekend uitvoerbaar instrument is, dat niet gepaard hoeft te gaan met onnodig zware administratieve lasten. Toch hebben wij dit instrument nodig. Als wij helemaal zouden teruggaan naar een inkomensafhankelijke premie, zou de zorgverzekerde geen enkele financiële prikkel hebben om te shoppen voor een goedkopere zorgverzekering. Nu geven wij hem een aanzienlijk belang zonder dat dit hoeft te stuiten op onaanvaardbare koopkrachteffecten.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Vanochtend bestempelde de minister zichzelf als de "ayatollah van de zorg" en nu wil hij niet van ideologie weten. Dit wordt een beetje lastig te volgen. Bij alle eerdere debatten hierover zei het kabinet voortdurend dat men niet alleen de discussie moest voeren over de premie en de solidariteit binnen of buiten het stelsel, omdat dit de ideologische discussie was. Blijkens de stukken heeft de regering toch sterk gekozen voor de ideologische invalshoek. Vanmorgen heb ik die ook in de betogen van enkele woordvoerders gehoord, die zeiden dat de solidariteit niet in maar buiten het stelsel moet worden gerealiseerd, omdat het inkomenssolidariteit is.

Minister **Hoogervorst**: Als men een inkomenssubsidie een zorgtoeslag noemt, zit deze wel degelijk in het zorgstelsel; weliswaar in de verzekeringspremie, maar als onderdeel van het zorgstelsel.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De discussie over de eventuele verhouding tussen inkomensafhankelijk en nominaal ging er steeds over dat de coalitiepartijen de behoefte hadden deze subsidie niet vorm te geven in het ziektekostenstelsel maar daarbuiten. Eerst moest het via de fiscus. De CDA-fractie stelde toen de zorgtoeslag voor en uiteindelijk is dat het voorstel geworden. Dit hield wel degelijk verband met de vraag of wij deze subsidie intrinsiek in het stelsel zelf zouden organiseren of in een belendend perceel. De minister kan wel zeggen dat zij zorgtoeslag wordt genoemd en daarom in het zorgstelsel zit. Hij weet even goed als ik dat dit toch iets anders is dan haar te realiseren via een inkomensafhankelijke premie in het ziektekostenstelsel zelf, zoals nu in de Ziekenfondswet.

Minister **Hoogervorst**: Ik vind dit een semantische discussie. Het is duidelijk dat zonder de invoering van een zorgtoeslag de invoering van de ontwerp-Zorgverzekeringswet niet verantwoord kan plaatsvinden als men hecht aan een redelijk reële nominale premie. Wij noemen dit zorgtoeslag. Men kan ook zeggen dat de huursubsidie geen essentieel element vormt van het volkshuisvestingsbeleid omdat er geen inkomensafhankelijke huurprijs is. De zorgtoeslag is een instrument dat heel veel lijkt op de huursubsidie.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Het valt mij op dat de minister doet alsof ideologie hiermee niets te maken heeft, maar als dit waar is, hoeft men niet over te gaan op zo een ingewikkeld systeem. Regel het dan gewoon via de premie.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb dezelfde vraag. Als slechts sprake is van een semantische discussie, laten wij de semantiek dan achterwege laten en het gewoon in het stelsel regelen.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb net uitgelegd waarom ik een nominale premie van € 350 niet voldoende vind om effectieve prijsconcurrentie tussen verzekeraars te ontketenen en

dat daarvoor een hoger bedrag nodig is. Voor het algemene kostenbewustzijn in de zorg vind ik het van belang dat de burger directer wordt geconfronteerd met de reële kosten. Het zijn nog maar de halve kosten. De volledige kosten bedragen € 2000, maar het bedrag is in ieder geval hoger dan nu het geval is. Om onaanvaardbare inkomensgevolgen te repareren is er de zorgtoeslag. Mevrouw Smits heeft een verdienstelijke poging gedaan het zonder zorgtoeslag te regelen. Daarop zal ik straks mijn commentaar geven.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Bij wat de minister zei over de hoogte van de nominale premie kwam volgens hem ook geen ideologie te pas. Hij zei dat de regering voor een soort gulden middenweg heeft gekozen omdat niemand weet of het bedrag hoger of lager moet zijn.

Het is van tweeën een: men heeft een bepaalde hoogte nodig om de concurrentie te bewerkstelligen, of men komt met de natte vinger op de helft. Het Centraal Planbureau heeft echter aangegeven dat ook bij een lagere nominale premie de concurrentie tot stand komt.

Ik vraag de minister te weerspreken dat een bewuste keuze is gemaakt, dat is namelijk niet het geval. Ik vraag hem uit te leggen waarom het bedrag precies de helft moet zijn en waarom hij niet de uitspraak van het CPB kan volgen dat concurrentie ook mogelijk is bij een lagere nominale premie en dat dan waarschijnlijk meer concurrentie ontstaat.

Minister **Hoogervorst**: Nee, dat is niet wat het CPB zegt. Het enige wat ik zeg, is dat ik niet wetenschappelijk kan bewijzen of € 900 het optimale bedrag is voor de nominale premie, of dat dit € 1100 is of € 2000. Ik kan wel op mijn klompen aanvoelen dat € 1000 of € 1100 veel effectievere prijsinstrumenten zijn dan een premie van € 350, omdat de burger dan veel steviger met de gevolgen wordt geconfronteerd.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister zegt dat het CPB dat niet weet, maar het CPB weet het wel. Het zegt dat met een lagere nominale premie de concurrentie ook kan worden bewerkstelligd. Wil de minister zeggen waarom hij het niet met het CPB eens is, wat is zijn argument?

Minister **Hoogervorst**: Het CPB zegt naar mijn beste weten dat er geen definitief wetenschappelijk uitsluitel is waar het optimum ligt en dat het waarschijnlijk niet nodig is om helemaal tot het extreme te gaan van volledige nominalisering, maar dat een zekere substantie wel bevorderlijk is voor het kostenbewustzijn. Ik vind het bijzonder dat iedereen zei dat er feitelijk rariteiten in de huidige ziektekostenverzekeringswet zijn geslopen als gevolg van de inkomenssolidariteit die in die wet zit, en er een totaal verkeerd uitgepakte solidariteit in het systeem zit. Dat komt natuurlijk doordat de Ziekenfondswet oorspronkelijk helemaal is afgestemd op het oude kostwinnersmodel, maar de maatschappij inmiddels volledig is veranderd. Vroeger was er natuurlijk geen deeltijdwerk van betekenis. Deeltijdwerk kan er inderdaad toe leiden, dat van tweeërdieners waarvan één partner een volledige baan en een zeer goed inkomen heeft, de andere partner die één dag in de week werkt voor een appel en een ei in het ziekenfonds zit en eigenlijk niets betaalt. Uit zeer persoonlijke ervaring weet ik, dat het ook zeer goed mogelijk is dat een partner een buitengewoon goed inkomen heeft en de andere partner zelfstandige is, geen gezinsinkomen genereert, of een inkomen van ongeveer nul euro en gratis in het ziekenfonds zit, afgezien van de nominale premie.

Er zijn ook zeer vreemde verschuivingen in de premiebetaling. Een kostwinner die de ziekenfondsgrens overschrijdt omdat hij promotie heeft gemaakt, levert waarschijnlijk zeer veel in, omdat hij duizenden euro's meer gaat betalen omdat zijn kinderen in het ziekenfonds gratis waren meeverzekerd en in de particuliere verzekering niet gratis zijn meeverzekerd. Het verheugt mij dat alle partijen zeggen dat zij het goed vinden dat ook bij de hogere inkomens de kinderen gratis worden meeverzekerd, omdat een andere manier om deze ongelijkheid gelijk te trekken is alle kinderen betaald mee te verzekeren. Dit heeft aan de onderkant hele zware consequenties. Wat ook een zeer vreemde zaak is, is dat een alleenstaande die in het ziekenfonds zit met een inkomen tegen de ziekenfondsgrens aan, een zeker solidariteitselement in zijn premie betaalt voor ouderen en zwakkeren, maar bij het stijgen van

zijn bruto-inkomen ineens veel minder premie gaat betalen. Ook dit gaat verdwijnen.

Last but not least, in nog geen plaatje heb ik laten zien dat de chronisch zieke die nu particulier is verzekerd, een gewoon middel-inkomen heeft en een standaard-pakketpolis, niet alleen niet van verzekeraar kan wisselen, maar ook nog eens een torenhoge premie moet betalen. Ook dat gaat veranderen.

Iedereen concentreert zich natuurlijk terecht op de aanzienlijke overgangs-problematiek van de voorliggende wet, met het doel deze zoveel mogelijk te beperken. De voorliggende wet bereikt echter wel dat door de gelijkschakeling van de stelsels en de afhankelijkheid van de zorgtoeslag van het gezinsinkomen – de heer Van der Vlies heeft er terecht op gewezen dat dit een belangrijke doorbraak is – er naar mijn stellige overtuiging, geabstraheerd van de achteruitgang die er ook is, een structureel meer evenwichtige inkomensspreiding komt en minder bruuske overgangen van het inkomen rond de ziekenfondsgrens. Er zijn een paar grote winnaars: de gezinnen met kinderen boven de ziekenfondsgrens, ouderen met een iets hoger aanvullend pensioen die nu ook in een standaardpakketpolis zitten – zij gaan er echt fors op vooruit – en de chronisch zieken die particulier zijn verzekerd. Er zijn wat kleinere verliezers: de kleine tweeverdiener en de particulier verzekerde alleenstaande, die nu meer solidariteit gaat betalen dan in het oude systeem. Er worden hier veelbetekenende blikken gewisseld, maar ik denk dat dit komt door de versterking van de solidariteit in het systeem.

Resterende probleemgroepen zijn de alleenverdiener met kinderen net onder de ziekenfondsgrens, waar de heer Van der Vlies aandacht voor heeft gevraagd, de alleenstaande minima zonder kinderen en de getrouwde AOW'ers. Zij zitten wat in de min, maar niet zodanig dramatisch dat daar niets meer aan te doen valt. Deze groepen genieten onze speciale aandacht bij de definitieve vaststelling van het inkomensbeeld volgend jaar oktober.

De heer Omtzigt heeft heel terecht gezegd: laten wij niet gaan millimeteren, want wij weten niet precies wat volgend jaar het uitgangsbild zal zijn. Van het hier gecreëerde beeld

kunnen wij aannemen dat wij er met passen en meten uit moeten zien te komen, want het biedt een gezonde basis. In de zomer moeten tot definitieve vaststelling komen. Ik wijs erop dat het definitief vaststellen van het percentage van de zorgtoeslag per AMvB zal moeten gebeuren, omdat wij anders in de zomer flink in de knel komen te zitten. Ik heb daaraan altijd veel waarde gehecht en de staatssecretaris zal daarop verder ingaan. Hij zal uitleggen in welk tijdschema wij werken. Of het nu in een wet staat of in een AMvB, wat ten slotte ook een wetstekst is, de Kamer kan ervan uitgaan dat wij in de zomer zullen werken aan een evenwichtig inkomensbeleid en dat wij ons maximaal zullen inspannen om de resterende problemen nader te bezien en eventueel van een oplossing te voorzien.

Men kan nooit aan iedereen een nul of een plus garanderen bij een megaoperatie als deze. Het is natuurlijk duidelijk dat dit onmogelijk is. Daarom dienen wij een aantal doelbewuste minnen te creëren om de overtrokken, verkeerde solidariteit uit het systeem te halen. Bovendien zijn de individuele koopkrachtplaatjes van mensen zo verschillend, dat wij zoiets echt niet kunnen garanderen. De enige garantie die ik de Kamer kan geven, is dat wij ons best zullen doen om de problemen zo goed mogelijk op te lossen. Men moet niet vergeten dat in het voorstel een netto lastenverlichting zit van 800 mln euro. Dat is veel en komt heus niet vooral aan de hoogste inkomens ten goede. Het gros van de zorgtoeslag gaat naar de lagere inkomens en niet naar de hogere inkomens.

Mevrouw **Kant** (SP): Omdat de minister nu antwoordt dat hij zijn best gaat doen om de wet evenwichtig te maken, wil ik daarop verduidelijking. Ik begrijp uit de voorbeelden die de minister noemt, dat daar waar het in het verleden scheef zat, het bedoelde inkomenseffect een logisch gevolg is van wat wij wensen, maar er zijn ook ongewenste effecten. Ik zie met name hoge inkomens relatief veel vooruitgaan en aan de onderkant groepen mensen die onevenredig achteruitgaan. Wat bedoelt de minister ermee dat hij gaat bezien of dit meer in evenwicht kan worden gebracht? Kan hij dit iets verder specificeren?

Minister **Hoogervorst**: Ik meen dat het uitgangspunt al redelijk evenwichtig is. Als men het inkomensbeeld van jaar tot jaar bekijkt, is het helder dat de overheid ernaar streeft om de uiteenlopende inkomensontwikkelingen niet te ver uiteen te laten lopen. Voorzover het echt de bedoeling is om gezinnen met kinderen te ontlasten in vergelijking met de huidige situatie, ziet men grote plussen, die gaan wij ook niet weghalen. Voorzover alleenstaanden misschien wat meer moeten gaan betalen, ga ik dat ook niet veranderen, omdat dit terecht is in vergelijking met de huidige situatie. Ik heb net enkele groepen genoemd waar de regering niet omheen kan en die ik nog eens goed moet bezien. Wij zullen dat doen zonder dat ik voor wie dan ook een volledige garantie kan geven.

Mevrouw **Smits** (PvdA): De minister zei dat het gros van de lastenverlichting gaat naar de laagste inkomens. Gaat hij daar nog nader op in? Zo niet, dan wil ik specifieker horen welk deel dat is en welk deel gaat naar inkomensgroepen die boven de ziekenfondsgrens zitten. Ik aarzel een beetje of de volgende vraag voor de minister is of voor de staatssecretaris. Vanwege het tijdschema is een AMvB nodig, maar de Kamer kan daar alleen invloed op uitoefenen tijdens de algemene beschouwingen. Wij weten allemaal hoe dat gaat. Het is een prettig debat, maar ik geloof niet dat wij dan zullen spreken over de hoogte van de zorgtoeslag, want daarmee vallen de fractieleiders over het algemeen het kabinet niet lastig. Ik vind dit geen goede procedure.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb nog nooit algemene beschouwingen meegemaakt waarbij de fractievoorzitters ons niet lastig vielen met de koopkrachtplaatjes. Daarover maak ik mij echt geen enkele zorg.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Laat ik dan even verwijzen naar de vorige keer. Dat debat heeft maanden geduurd omdat er voortdurend informatie achteraan kwam ijlen en wij voortdurend moesten soebatten en smeken. Uiteindelijk moesten op het allerlaatste moment de zaken worden recht gebreid, zo'n beetje met terugwerkende kracht. Dit heeft ook te maken met wat ik zojuist heb

gezegd. De minister vraagt van ons heel veel vertrouwen.

Minister Hoogervorst: De Kamer zal bij de algemene beschouwingen het totale inkomensbeeld kunnen zien, ook de rol die de zorgtoeslag daarin vervult. De Kamer zal invloed kunnen uitoefenen op de zorgtoeslag. Er is geen sprake van dat ik die buiten invloed van de Kamer om zou willen vaststellen.

Een duiding van het deel van 800 mln euro dat naar de bovenkant gaat, is het volgende: van de 2,1 mld euro die naar de zorgtoeslag gaat, gaat 300 mln euro naar de voormalig particulier verzekerden. Dat is echt een klein deel.

Ik had verwacht dat mevrouw Smits enthousiast zou zijn over de introductie van een nieuw instrument van inkomenssolidariteit in het rijke pallet dat wij al hebben in Nederland. Wanneer men gaat doen wat mevrouw Smits in haar amendement heeft gesteld, ik bekijk daarbij de toelichting die de fractie zelf heeft gegeven, dan is het resultaat nog niet zo eenvoudig. Ik geef toe dat de indieners niet zoveel tijd hebben gehad om daar goed naar te kijken, en wellicht kunnen zij het amendement verbeteren. Ik zie dat bijna alle minimuminkomens ten opzichte van het plaatje dat ik heb gepresenteerd omlaaggaan: de alleenstaande met een minimumloon gaat in de min, de alleenstaande ouder met een minimumloon gaat dieper in de min, de sociale minima met kinderen gaan in de min, zij staan nu in de plus, en de AOW voor alleenstaanden gaat ook in de min. Daarentegen gaat twee keer modaal, alleenverdiener met kinderen, van plus 3,1% naar plus 5,1%. Ik kan technisch niet precies beoordelen hoe dit precies is verlopen, maar ik vermoed dat het probleem dat mevrouw Smits geen zorgtoeslag ter beschikking heeft, het allemaal heel ingewikkeld maakt om de resultaten goed te regelen. Ik raad haar aan dat nog een keer goed te bekijken. Ik heb het nu over het plaatje dat mevrouw Smits zelf heeft rondgedeeld. Op bijna alle punten is dat denivellerend ten opzichte van het plaatje dat ik heb gepresenteerd.

Mevrouw Smits (PvdA): Dat lijkt mij niet juist. Het beeld is evenwichtig, het matigt de effecten. Voor bijvoorbeeld de alleenverdiener met kinderen op het minimum is de achteruitgang minder dan in het

kabinetsovoorstel. De minister kan zeggen dat zij in de min zitten, maar in zijn voorstel zitten zij vaker in de min. Ik geef onmiddellijk toe, dat heb ik ook gezegd bij de inbreng, dat het beeld wat ons betreft nog niet evenwichtig genoeg is, maar het is eenvoudiger om dit te repareren met andere maatregelen, bijvoorbeeld met het verdubbelen met de premieomslag en met een nog iets lagere nominale premie. Als de minister dat interessant vindt, stel ik voor dat wij er de tijd voor nemen om wat nader tot elkaar te komen. Waar het om gaat, is dat wij het omslachtige systeem van de zorgtoeslag niet nodig hebben en een betere basis hebben om makkelijker te repareren via de fiscale weg.

Minister Hoogervorst: Ik meen dat mevrouw Smits dan echt nog wel wat werk heeft. Het klopt dat in het amendement twee categorieën minima erop vooruitgaan, maar vier categorieën gaan erop achteruit. Bovendien gaan enkele hoge inkomens erop vooruit. Ik ben benieuwd hoe mevrouw Smits dit verder gaat aanpakken. Als zij de nominale premie verder omlaag brengt, komt zij beneden de huidige nominale premie uit. Daarmee gaan wij een weg in die een regressie betekent ten opzichte van de huidige situatie. Ik denk niet dat wij dan echt opschieten.

Mevrouw Smits (PvdA): Begrijp ik uit wat de minister nu zegt dat hij bereid is samen met ons te bekijken hoe wij dat beeld kunnen verbeteren?

Minister Hoogervorst: Ik denk dat zij dat zelf moet doen. Wij willen altijd zaken voor mevrouw Smits doorrekenen, maar het zal duidelijk zijn dat dit een flauwe vraag is, omdat men begrijpt dat ik niet ben gaan regeren om het hele premiestelsel te laten zoals het is. Ik heb niet voor een hogere rijksbijdrage gekozen, omdat de rijksbijdrage ook door de burgers moet worden betaald. Het gebruiken van een rijksbijdrage in plaats van lastendeckende premies betekent alleen, dat een deel van de lasten van de zorg wordt gedekt door belastingbetalers. Ik bezondig mij daar ook een beetje aan, dus ik wil mevrouw Smits daar niet hard over vallen, maar ik streef ernaar het wetsvoor-

stel zo transparant mogelijk te houden.

Zij heeft ook gevraagd of ik het vrijwillige eigen risico wil schrappen. Met haar collega heb ik hierover vanochtend uitvoerig gedebatteerd, daarom ga ik daar nu niet verder op in.

Een zorgtoeslag die tot de bovengrens van de Ziekenfondswet gaat, betekent een harde grens in de zorgtoeslag waardoor er een harde knik in de inkomensopbouw komt, tenzij men het percentage gaat aanpassen, maar dan komen er elders in het inkomensgebouw problemen. Wij hebben geprobeerd de lijnen zo vloeiend mogelijk te houden en hebben daarom gekozen voor een inkomensgrens van € 40.000 voor de zorgtoeslag.

De heer Van der Vlies heeft gevraagd of het schokkerige beeld via de percentages kan worden opgelost. Het antwoord is nee, omdat dit beeld ontstaat doordat de uitgangspositie schokkerig is. Wij proberen de lijnen zo vloeiend mogelijk te houden. De reden van het schokkerige aanvangsbeeld heb ik in mijn inleiding uitgelegd.

Mevrouw Smits heeft mij gevraagd waarom wij hebben gekozen voor een bepaald drempelinkomen voor de percentages van de zorgnormquote – iedereen heeft het over de percentages van de zorgtoeslag, maar het is de zorgnormquote. Wij hebben dit gedaan om zo nauwkeurig mogelijk aan te sluiten bij de huidige inkomensverhoudingen, met uitzondering van de valse solidariteit die wij er echt uit hebben willen halen. Wij hebben zo nauwkeurig mogelijk willen aansluiten bij de inkomenssolidariteit zoals deze momenteel in het systeem zit.

Mevrouw Smits (PvdA): Ik hoorde de minister zeggen dat er 300 mln euro lastenverlichting gaat naar gezinnen die nu particulier zijn verzekerd. De uitvoering van de Wet op de zorgtoeslag kost 60 mln euro. Wil de minister die 360 mln euro echt niet besparen door over te gaan naar het systeem dat wij in het amendement hebben neergelegd? Normaal gesproken, bij allerlei andere posten, is dit een niet te verwaarlozen bedrag.

De minister zegt bij de zorgnormquote uit te gaan van de huidige inkomenssolidariteit. Dit betekent wel dat mensen met een minimumjeugdloon fors meer gaan betalen,

wajongeren fors meer gaan betalen, bij deeltijdwerkers kan de minister een punt hebben als het gaat om de befaamde tandartsarm, maar bij veel andere deeltijdwerkers en zelfstandig ondernemers niet. Deze groepen pakt hij zwaar.

Minister Hoogervorst: Mevrouw Smits heeft hierover een aantal zeer specifieke vragen gesteld, die ik graag schriftelijk beantwoord.

Mevrouw Smits (PvdA): De minister zegt wel dat hij aansluit bij de inkomenssolidariteit zoals wij die nu kennen, maar dat is aantoonbaar niet waar.

Minister Hoogervorst: Zoveel mogelijk, heb ik gezegd. Als ik precies zou aansluiten bij de huidige inkomenssolidariteit, stond overal een nul. Dat is natuurlijk niet waar, dat is namelijk onmogelijk. Ik kom hier graag schriftelijk op terug. De heer Omtzigt heeft ook om die categorieën gevraagd. Daar ga ik later graag op in.

De heer Omtzigt (CDA): Ik dank de minister voor zijn toezegging dat hij de categorieën meeneemt. Ik neem aan dat dit samen met de notitie kan komen over de lasten van de werkgevers, nu hij de lasten voor werknemers tot 800 mln euro precies kan geven. Wij spreken hier ook over het deel van de werkgevers, wij spreken immers over mensen met een zonder werkgever. Ik hoop daarom dat zij beide meegenomen kunnen worden.

Minister Hoogervorst: Nu dreigt een bizarre situatie te ontstaan. De werkgevers hebben mij gevraagd of ik hen kon uitleggen wat er allemaal met hen gebeurt, wat zij gaan betalen en welke positie netto voor hen gaat ontstaan. De gegevens die daarvoor nodig zijn, zijn natuurlijk vooral in handen van de werkgevers. Wij spreken ambtelijk met de werkgeversorganisaties, maar wij moeten precies weten wat er in de CAO's is geregeld en daarover gaan de werkgevers. Ik wil graag nadere schriftelijke informatie geven over de werknemersgroepen, met name met het jeugdminimumloon. Mevrouw Smits heeft gevraagd wat de inzet van de regering is bij de CAO-onderhandelingen met betrekking tot de ambtenaren. De Kamer zal begrijpen dat ik niet het

achterste van mijn tong kan laten zien, omdat de heer Remkes daar nog over moet onderhandelen. Het beleid van de regering is al langer dat de ontwikkeling van de ambtenarensalarissen op de lange duur concurrerend moet kunnen zijn met de markt. Dat is de achtergrond, maar over de precieze bedragen en wat de uitkomst voor de ambtenaren zal zijn, kan ik de Kamer op dit moment geen mededelingen doen.

Mevrouw Smits (PvdA): Ik heb twee vragen gesteld met betrekking tot de ambtenaren. Het CAO-overleg is één zaak, maar de ambtenaren hebben ook een eigen systematiek van ziektekostenverzekering en die gaat de minister veranderen. Ik mag toch wel zien wat ongeveer de inkomensgevolgen zijn voor die groepen?

Minister Hoogervorst: Dat hangt natuurlijk sterk af van wat de werkgever, met name de overheid, gaat doen in de aanvullende sfeer.

Mevrouw Smits (PvdA): Wij kunnen een paar voorbeelden nemen zoals de vuilnisman, of een rijksambtenaar. Wat gaan zij merken van het nieuwe systeem? Waarom zegt de minister daar niets over?

Minister Hoogervorst: Dat kan ik u nu niet vertellen, omdat nog niet duidelijk is wat er arbeidsvoorwaardelijk uit gaat komen.

Mevrouw Smits (PvdA): Er is nu een CAO voor ambtenaren, wij voeren een verplichte nieuwe ziektekostenverzekering voor hen in. Men mag toch wel zien wat het nieuwe systeem doet, inclusief de zorgtoeslag? Waarom zegt de minister dat niet gewoon?

Minister Hoogervorst: Ik zal zien wat ik kan doen, maar dit zijn noodzakelijkerwijs zeer kale cijfers die geen beeld van de realiteit zullen geven, omdat er nog onderhandelingen moeten worden gevoerd met de rijksoverheid. Vermogen telt mee via de systematiek van de rendementsheffing bij het verzamelinkomen. Iemand met een laag inkomen maar een hoog vermogen zal dit merken in zijn zorgtoeslag. Dit is weer een stukje solidariteit.

Mevrouw Smits (PvdA): Ik wil graag een bedrag horen. Bij hoeveel

spaargeld krijgt men de zorgtoeslag niet meer?

Minister Hoogervorst: Dat hangt af van de combinatie van het inkomen en wat uit de forfaitaire rendementsheffing komt rollen. Van het vermogen in box 3 boven de € 19.252 telt 4% mee bij de bepaling van het verzamelinkomen. Het beantwoorden van de vragen over de regels over het samenwonen laat ik over aan de staatssecretaris. Conform de Awir zal uitbetaling van de zorgtoeslag op rekening van de verzekeraar mogelijk worden op verzoek van de verzekerde, dus als de verzekerde vraagt dit aan de zorgverzekeraar te cederen. Ik ga dat niet afdwingen.

Mevrouw Smits (PvdA): Wil de minister dit propageren en bevorderen?

Minister Hoogervorst: Dat weet ik niet. Ik denk dat ik dat niet wil, maar ik zal wel duidelijk laten maken dat dit mogelijk is.

Mevrouw Smits (PvdA): Waarom wil de minister dit niet bevorderen? Het lijkt mij zo gemakkelijk voor iedereen.

Minister Hoogervorst: Dat kan.

Mevrouw Schippers (VVD): Het is dan wel van belang dat de betrokkene goed kan zien wat de werkelijke kosten zijn. Bij de vergelijking met andere verzekeraars is dit van belang, anders gaat één belangrijke doelstelling van de nominalisering onderuit.

Minister Hoogervorst: Mevrouw Schippers zegt precies wat ik zojuist eigenlijk had moeten zeggen. Ik ben het daarmee helemaal eens en ben blij met deze hulp. Mevrouw Smits zegt geen oordeel over deze wet te kunnen geven voordat de Awir is behandeld. Zij hoeft zich geen zorgen te maken. Als de Awir niet wordt goedgekeurd, kan deze zorgtoeslag ook niet worden uitgevoerd en gaat de hele zaak niet door. Zij kan dit wetsvoorstel met een gerust hart goed- of afkeuren. Ik heb het gevoel dat ik weet waar het in haar geval naartoe gaat. Stel dat het wetsvoorstel door de Kamer komt en de Kamer bij de aanneming van de Awir beseft dat dit helemaal

niet goed gaat, dan kan zij nog een stokje in het wiel steken.

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen SZW, Financiën en VWS bij de zorgtoeslag is zoals deze altijd al is geweest.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Is het gebruikelijk daarvoor een convenant te sluiten? Is dit een nieuw instrument bij het kabinetsbeleid?

Minister **Hoogervorst**: Zullen wij het gewoon maar 'afspraken' noemen? Dat lijkt mij eigenlijk beter. Een convenant is een wat merkwaardig fenomeen tussen ministeries, dat ben ik met mevrouw Smits eens. De heer Omtzigt heeft gevraagd waarom er een knik zit bij € 250.000 bij dat ene koopkrachtplaatje. De knik wordt veroorzaakt doordat verzekeren met dat inkomen naar de vierde schijf gaan en een marginaal hoger tarief over de vergoeding van de werkgever voor de inkomensafhankelijke bijdrage betalen. Zowel de heer Omtzigt als mevrouw Schippers hebben gevraagd naar de internationale aspecten van de zorgtoeslag. Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag heb aangegeven, wordt nog nader bezien hoe in het kader van de zorgtoeslag zal worden omgegaan met de situatie dat één van de partners een zorgverzekering heeft en de andere partner werkzaam is in het buitenland of werkzaam bij een volkenrechtelijke organisatie. Wij hebben hierover wel enige gedachten, maar wij werken daar nog aan en zullen waarschijnlijk met een nota van wijziging naar de Kamer komen. Nader bericht volgt dus. Mevrouw Schippers heeft gevraagd of de zorgtoeslag geleidelijk moet worden afgebouwd. Ik denk dat wij dit wetsvoorstel eerst ordentelijk moeten invoeren en wij de zorgtoeslag voorlopig hard nodig hebben om het koopkrachtbeeld een beetje acceptabel te houden.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb liever dat de minister dat iets steviger zegt: nee mevrouw Schipper, dat gaan wij niet doen, in plaats van: laten wij het eerst maar eens gaan invoeren en dan verder zien. De zorgtoeslag hoort bij het wetsvoorstel. De minister keek bij het begin van het debat glunderend dat hij bijna 50% van zijn voorstellen erdoor had, omdat zelfs mevrouw Kant voor dit wetsvoorstel bleek te

zijn. Dat is niet zomaar, maar omdat de zorgtoeslag een essentieel onderdeel van het totaal is. Als de minister nu zegt: laten wij het eerst maar invoeren om later te bezien of wij de zorgtoeslag kunnen afbouwen, hoor ik liever dat hij een stevige blokkade neerlegt.

Minister **Hoogervorst**: Als het ooit zo ver komt, doen mijn kiezen geen pijn meer.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Is deze toezegging harder dan die van daarnet?

Minister **Hoogervorst**: Deze is keihard.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dan ben ik de minister heel erkentelijk.

Minister **Hoogervorst**: Er is gevraagd waarom niet de feitelijke premie wordt gehanteerd in plaats van de gemiddelde, en waarom ook de gemiddelde no-claim is opgenomen. Door uit te gaan van de feitelijke premie bij het vaststellen van de zorgtoeslag haalt men elke prikkel weg om naar een lage premie te zoeken. Dat is misschien heel mooi vanuit het gezichtspunt van mevrouw Kant, maar dan kunnen wij de wet net zo goed ten grave dragen. Dat is waarschijnlijk ook wat mevrouw Kant wil. Mevrouw Tonkens heeft aandacht gevraagd voor de effecten op de arbeidsparticipatie. Ik ben hierop al ingegaan in de schriftelijke uitwisseling met de Kamer over de gemiddelde en de marginale wig. Voor alleenstaanden verbetert de werkloosheidsval, terwijl deze voor gezinnen met kinderen enigszins verslechtert; dat erken ik. Dat komt natuurlijk ook doordat dit een gezinsvriendelijk instrument is. Het effect op de arbeidsparticipatie is ook enigszins negatief voor het aannemen van heel kleine baantjes, waarmee men meteen een gratis verzekering krijgt. Dat is natuurlijk een mooie stimulans om een klein baantje te aanvaarden, maar niet iets wat wij heel wenselijk vinden.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Hoe zit het met de studenten?

Minister **Hoogervorst**: Voor studenten hebben wij een apart bedrag van naar ik meen 22 mln

euro gereserveerd voor de compensatie van de inkomenseffecten. De precieze vormgeving daarvan is nog niet duidelijk, maar het ministerie van OCW is daarmee bezig.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Zegt de minister nu dat dit een negatief effect heeft op de arbeidsparticipatie van vrouwen en bedoelt hij met kleine baantjes alle baantjes onder de ziekenfondsgrens?

Minister **Hoogervorst**: Ik ken veel mensen die doelbewust een heel klein baantje hebben gezocht, niet vanwege dat baantje maar vanwege de ziekenfondsverzekering. Dat is afgelopen, omdat dit komt te vallen onder het begrip "marginale arbeid", waar een onevenredig voordeel tegenover staat. Dat zal niet meer lonen. Ik vind dat niet zo'n punt.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Daarmee blijft staan dat de arbeidsparticipatie van vrouwen, een belangrijke doelstelling van dit kabinet, hiermee negatief wordt beïnvloed.

Minister **Hoogervorst**: Ik vind het een tendentieuze opmerking dat alleen vrouwen kleine baantjes zouden hebben.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat is niet tendentius, dat concludeer ik nu. Die conclusie is toch juist?

Minister **Hoogervorst**: U gaat er dus van uit dat alleen vrouwen kleine baantjes zouden hebben.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Statistisch is dat inderdaad het geval. Die kleine baantjes worden voor ongeveer 95% door vrouwen ingenomen.

Minister **Hoogervorst**: Ik erken dat dit enigszins het geval is, maar ik vind dat te verdedigen. Over de zorgtoeslag voor gemoedsbezwaarden wil ik nog eens goed nadenken. Ik zal hierop terugkomen.

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij gekomen aan het einde van de inbreng van de minister op dit onderdeel. Ik stel voor dat eerst de staatssecretaris aan het woord komt en dat de minister daarna op de amendementen ingaat.

Staatssecretaris **Wijn**: Voorzitter. Het

eerste jaar moet iedereen natuurlijk wennen aan de zorgtoeslag en moeten wij de mensen bereiken die daar recht op hebben. Wij zullen rechtstreeks een brief sturen aan alle mensen die daarvoor in aanmerking komen, voorzover wij dat weten op grond van gegevens van de Belastingdienst via de loon- en inkomstenbelasting. Wij verwachten daarmee 90% van de gerechtigden direct te bereiken. Daarnaast zullen wij gebruikmaken van campagnes in de massamedia: radio, televisie en kranten. Tenslotte zullen wij samenwerken met organisaties die heel dicht op de doelgroep zitten. Ik noem de zorgverzekeraars, die er belang bij hebben dat al hun verzekerden weten hoe zij de zorgtoeslag kunnen krijgen. Daarnaast noem ik de vakbeweging en de ouderenbonden, waarmee wij al heel prettig samenwerken. Verder noem ik de woningcorporaties voor de huursubsidie, die de Belastingdienst gelijktijdig met toeslagen zal uitkeren. Voorts zijn er nog de Consumentenbond en de gemeenten.

Vanaf het tweede jaar zal de situatie een stuk gemakkelijker worden, want dan zullen wij de aanvraagformulieren al zoveel mogelijk voorbedrukken. Mensen krijgen dan een formulier thuis waarop staat voor welk bedrag zij worden ingeschat. Slechts bij wijzigingen kan men dat formulier invullen. Mensen met een uitkering of 65-plussers hoeven dan nauwelijks nog iets te vullen. Wij gaan na in hoeverre dit ook via internet mogelijk wordt. Wij hebben hiervoor maar een beperkt aantal gegevens nodig, namelijk of de betrokkene verplicht verzekerd is en een partner heeft, naast een schatting van het inkomen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik ben zeer onder de indruk van de campagne die het ministerie van Financiën zal opzetten. Wil de staatssecretaris daarbij ook het bestand betrekken van de mensen die verzekerd zijn? Naast de Belastingdienst hebben verzekeraars ook gegevens. Dit zou bijvoorbeeld van belang kunnen zijn voor mensen met nul inkomen. De staatssecretaris zal toch al komen met een gezamenlijke brief van hem en minister Hoogervorst over het kruisen van gegevens voor het niet-verzekerd zijn. In diezelfde slag kan ook worden meegenomen dat mensen niet bekend zijn bij de

Belastingdienst maar wel bij verzekeraars. Die informatie kan overigens ook nog voor andere zaken nuttig zijn die de staatssecretaris zeer ter harte gaan, namelijk het niet-betalen van belastingen.

Staatssecretaris **Wijn**: Ik sta hier niet negatief tegenover, maar ik moet de precieze portee van deze vraag even op mij laten inwerken. Verzekeraars hebben natuurlijk ook zelf al een prikkel om al hun verzekerden te adviseren de zorgtoeslag aan te vragen. Ik heb daarnet proberen aan te geven dat wij ook met zorgverzekeraars hierover zullen spreken. Mocht de portee van deze vraag toch leiden tot nadere inzichten, dan zullen wij dit meenemen in de brief. Mijn eerste reactie is dat zorgverzekeraars vanzelfsprekend zullen wijzen op de zorgtoeslag op het moment dat een verzekerde komt voor een andere premie of overstapt naar het standaardpakket. Eerlijk gezegd ben ik er niet zo bang voor dat iedereen erop zal worden gewezen dat de zorgtoeslag er daadwerkelijk komt.

Wat mensen met nul inkomen betreft, herinner ik aan de woorden van de minister van daarnet dat 4% van het vermogen, met een vrijstelling van € 19.000, in box 3 als verzamelinkomen geldt. Dat betekent dat nul inkomen, in die zin dat men geen inkomen heeft uit arbeid maar wel uit vermogen, in het kader van deze wet niet zal bestaan. Daarom maak ik mij hierover niet al te druk.

De heer **Omtzigt** (CDA): Iemand met alleen vermogensinkomsten moet wel een vermogen van meer dan € 700.000 hebben om uit de zorgtoeslag te lopen. Dit is ook een antwoord op de vraag van mevrouw Smits. De grens zoals die in de Huursubsidiewet bestaat, ontbreekt in het voorliggende wetsvoorstel. Ik ben enigszins gerustgesteld met het antwoord van de staatssecretaris als hij met de verzekeraars rond de tafel gaat zitten om te bespreken hoe hij dit kan oplossen.

Staatssecretaris **Wijn**: Verder is gevraagd of ik wel zeker weet dat er in december 2005 zal worden uitbetaald. Iedereen die op tijd een aanvraag indient, krijgt op of rond 20 december 2005 uitbetaald. Ik zal de Kamer met alle plezier het conceptformulier toesturen, zij het niet volgende maand. De leden

kunnen het dan zelf testen op duidelijkheid en doelmatigheid. Voordat wij het toesturen, zullen wij zelf die test al hebben gedaan met de doelgroep.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik had als termijn voorjaar 2005 genoemd, dat loopt tot 21 juni.

Staatssecretaris **Wijn**: Tussentijdse wijzigingen kunnen schriftelijk of elektronisch aan de Belastingdienst worden doorgegeven. Daarna wordt de zorgtoeslag voor de laatste maanden herberekend.

Mevrouw **Smits**: Ik weet wel dat mensen wijzigingen kunnen doorgeven, en dat dit dan meteen wordt geregeld. Bij een wijziging in inkomen is er sprake van verrekening met terugwerkende kracht. Hoe zit het met een wijziging in de gezinssamenstelling, of met de inschatting of iemand al dan niet partner is. Wanneer moeten mensen dat doorgeven? Misschien zegt de dienst wel dat dat maanden eerder had gemeeten.

Staatssecretaris **Wijn**: Ik kan nu een antwoord op hoofdlijnen geven en dit bij de behandeling van de wet Awir, de overkoepelende wet voor inkomensafhankelijke regelingen, meer in detail bespreken. Bij een wijziging van woonsituatie in de gemeentelijke basisadministratie kan men ervan uitgaan dat er iets verandert in het partnerbegrip voor de zorgtoeslag.

Wij kunnen nu het fiscale partnerbegrip, waarbij men in grote mate zelf kan kiezen. Iemand die fiscaal partner is, is dat automatisch ook voor de Wet op de zorgtoeslag. Omdat wij nu uitgaan van het huishoudinkomen zijn er gevallen waarvan wij zeggen dat wij de thuissituatie – anders dan de betrokkene kan vinden – wel een situatie van partnerschap vinden. Anders zou iemand misschien te veel zorgtoeslag krijgen.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik begrijp dat de inschrijving bij het bevolkingsregister voor u ook bepalend is.

Staatssecretaris **Wijn**: Nee, die inschrijving is niet helemaal bepalend, maar is een hoofdlijn voor bepalend. Voorzover hierop uitzonderingen zijn, kunnen wij die beter bij de Awir bespreken.

Staatssecretaris **Wijn**: De partner is in ieder geval degene die partner is in fiscale zin. Bij een echtpaar dat een broer of zus in huis heeft genomen, heeft de inwonende broer of zus zelf recht op zorgtoeslag. Gaat het echter om een man of vrouw alleen die een broer of zus in huis heeft genomen met wie een duurzaam huishouden wordt gevoerd – dat is namelijk het formele wettelijke criterium – wordt die broer of zus voor de zorgtoeslag als partner aangemerkt, en hebben beiden een gezamenlijke aanspraak op zorgtoeslag. Kortom, onze fantasie reikt niet tot bigamie. Bij een inwonende mantelzorger hangt het dus ook af van de precieze situatie.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vind dat wel jammer, want daarmee valt de prikkel weg om je naaste of je broer of zus te verzorgen als mantelzorger. Dat is een van de problemen die zich voordoen: allerlei regelingen vervallen op het moment dat je ervoor kiest een familielid dat niet je levenspartner is te verzorgen en daarbij in te gaan wonen. Daarover is weinig nagedacht.

Staatssecretaris **Wijn**: Dit is een beleidsvraag die iets verder gaat over het recht op zorgtoeslag. In die zin ligt deze vraag iets verder weg van de uitvoering, waarover ik hier vooral antwoord geef. In heel veel regelingen hebben wij uitgesproken "partnerschap is vanuit twee, niet vanuit drie". Deze regeling werkt juist weer heel gunstig in andere gevallen, die ik daarnet heb genoemd. Dat neemt niet weg dat mevrouw Kant gelijk heeft met haar opmerking.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Wij hebben vaker in de Kamer gesproken over de idiote situatie dat een echtpaar iemand in huis kan nemen zonder korting op de toeslag, terwijl men opeens een gezamenlijk huishouden is zodra van dat echtpaar één van de partners wegvalt. Wij hoeven hierop nu niet verder in te gaan, maar ik nodig de staatssecretaris van Financiën en de minister van Volksgezondheid wel uit, hierop terug te komen bij de behandeling van de Awir, omdat dit een dringende situatie is. Juist bij de zorgtoeslag, waarvoor wij het gebied gaan verbreden tot zes mln huishoudens, moet er een antwoord komen voor dit soort situaties, ook

om de mantelzorg te versterken. Willen de bewindslieden hiervoor een oplossing verzinnen?

Staatssecretaris **Wijn**: Dit is een heel moeilijke vraag. Hiermee trekken wij een doos van Pandora open. Dan komen wij bij de basis van de opbouw van ons inkomensstelsel, en bij de discussie over individualisering van het minimumloon. Ik kan mij best voorstellen dat u zo'n fundamentele discussie een keer wilt voeren. Dat zou dan primair moeten gebeuren met de minister van Sociale Zaken. Dit is echter niet het geëigende moment om dat te doen, net zo min als bij de huursubsidie of de Awir. Daarvoor is die discussie een slag te breed.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik vraag de staatssecretaris van Financiën en de minister van Volksgezondheid nadrukkelijk hierop nog een keer terug te komen. Hiermee voegen wij een heel groot gebied toe aan de inkomensafhankelijke regelingen. Dat is ook een van onze bezwaren hiertegen. De bewindslieden kunnen die bezwaren verminderen of misschien zelfs wegnemen door in te gaan op het probleem dat wij hier neerleggen.

Staatssecretaris **Wijn**: Dan moet ik ook met u ingaan op het probleem dat de hypotheekrenteaftrek eveneens over de partners kan worden verdeeld, maar niet voor bijvoorbeeld een 19-jarig kind dat inwoont bij een echtpaar.

Minister **Hoogervorst**: De staatssecretaris sluit precies aan bij de bestaande systematiek bij de vaststelling wat een huishouden is. Daarover hebben wij heel wat politieke discussie gevoerd. Het zou heel vreemd zijn om bij de introductie van deze regeling, die principieel niet anders dan vele andere regelingen, ineens de samenstelling van het huishouden over een heel andere boeg te gooien. Ik meen daarom dat dit een heel correcte gang van zaken is.

Staatssecretaris **Wijn**: Vervolgens is mij gevraagd hoe het zit met het terugvorderen van te veel uitbetaalde zorgtoeslag. Dit ligt ook weer in de Awir, die dit harmoniseert, ook ten aanzien van de huursubsidie. Dan moet er in principe binnen twee maanden worden terugbetaald. Er is

in een uitzonderingsgeval wel een mogelijkheid voor uitstel van betaling, die wij zullen uitwerken in een ministeriële regeling. Op fiscaal gebied hebben wij daarvoor regelingen, al zal dit hier misschien iets anders ingedeeld zijn omdat wij hier over subsidies spreken en niet over belastingen. De wettelijke systematiek zal daar echter niet ver vanaf liggen.

Dit brengt mij bij het tijdschema voor vaststelling van de percentages. Om ervoor te zorgen dat er daadwerkelijk wordt uitbetaald rondom kerst, zodat men op 1 januari de zorgpremie kan voldoen terwijl men de zorgtoeslag al heeft gekregen, is het echt nodig dat wij uiterlijk half oktober de percentages kennen. Dan is het Belastingplan nog niet door Eerste en Tweede Kamer, net zo min als de VWS-begroting, die hierin primair leidend is. Bij een latere wijziging in deze percentages zouden wij een dikke 6 mln extra beschikkingen moeten slaan, die weer vatbaar zijn voor alle beroeps- en bezwaar-mogelijkheden. Dat geeft juist heel veel rompslomp.

Half oktober zullen, tenzij Prinsjesdag heel laat valt, bijna altijd de financiële beschouwingen achter de rug zijn. Uw Kamer kan dan bij AMvB uitspreken "ga terug naar het percentage van vorig jaar", of de regering ook bij AmvB dwingen tot wijzigingen in de percentages. Dit werkt dus voor alle voor- en tegenstanders hier op dezelfde wijze: degenen die terug willen naar een vast percentage en degenen die het percentage meer willen aanpassen aan hun inkomenspolitieke wens. Daaraan voeg ik toe dat wij, zeker aan de onderkant van het inkomensgebouw de laatste jaren, door verzilveringsproblematiek en dergelijke, steeds minder knopjes hebben gecreëerd waar uw Kamer aan kan draaien. Waar de Kamer enerzijds tegen de regering zou kunnen zeggen: "jullie mogen minder knopjes", geldt dat ook voor de Kamer zelf. Uw Kamer heeft toch de afgelopen jaren zelf ook nogal wat interesse in aanpassingen getoond. In beide gevallen kan de Kamer dus aanpassen wat zij wil, en behoudt zij dus altijd de mogelijkheid tot aanpassingen kort na Prinsjesdag. Verder is er gevraagd naar de uitvoering. De huursubsidie kost op dit moment 36 mln euro aan uitvoeringskosten op één mln subsidiegerechtigden, ofwel € 36 per

gerechtigde. De voorgestelde wet gaat inderdaad 72 mln euro kosten op zes mln zorgtoeslaggerechtigden, ofwel € 12 per persoon. Deze uitvoering is dus een derde goedkoper dan de uitvoering van de huursubsidie. Ik noem dit om de grote getallen in een perspectief te plaatsen.

Bij de 500 fte die hierbij horen, moet men denken aan verzending, verwerking van aanvragen en van mutaties, definitieve vaststellingen, betaling en inning, en behandeling van bezwaar en beroep. Dat is hierbij all-in. In totaal zullen wij 850 fte hebben bij de Belastingdienst toeslagen, die zowel de zorgtoeslag als de huursubsidie en de tegemoetkoming voor kinderopvang zullen verzorgen.

Over de internationale aspecten van de zorgtoeslag heeft de minister al aangegeven, op een enkel onderdeel nog te zullen terugkomen. Ik ga hier vooral in op de vraag van de heer Omtzigt naar de internationale gegevensverstrekking. De Belastingdienst heeft natuurlijk afspraken over ontbrekende buitenlandse inkomensbestanddelen. Ook op het gebied van de sociale zekerheid kennen wij een aantal uitwisselingsmogelijkheden. Ik erken dat de dekking hier niet 100% is. Wij zullen dan ook internationaal nagaan waar potentiële gaten zitten in onze informatievoorziening, en of wij daaraan via verdragen of afspraken iets kunnen doen. Wij gaan daarmee dus aan het werk. Ik wijs er wel op dat als iets geen probleem is, zeker binnen de Europese Unie, het wel het uitwisselen van informatie is. Op dat gebied zijn de belastingdiensten goed op elkaar afgestemd.

De heer **Omtzigt**: Dank voor de toezegging dat u hierover zult rapporteren. Het gaat mij er niet om of wij een verdrag hebben met een land dat aan de andere kant van de aardbol ligt. Ik wil graag informatie over de internationale organisaties in Nederland, België en Duitsland. Ik billijk het in dit wetsvoorstel dat er ooit een witte vlek met Tanzania kan blijven bestaan.

Staatssecretaris **Wijn**: Dat getuigt van inzicht in de bestuurlijke praktijk. Met Duitsland en België hebben wij natuurlijk veel te maken. Wij zoeken dit goed uit.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb

het antwoord gemist op mijn vraag of Nederlanders die in het buitenland wonen, die via de Zorgverzekeringswet zijn verzekerd en die een zorgtoeslag aanvragen deze toeslag krijgen, ook als zij niet in Nederland belastingplichtig zijn.

Minister **Hoogervorst**: Deze vraag zal ik schriftelijk beantwoorden.

Staatssecretaris **Wijn**: De minister zal deze vraag beantwoorden omdat hij daarnet al heeft aangekondigd hoe wij het precies gaan doen voor een binnenlandse belastingplichtige met een buitenlandse partner. Daarin zullen wij dit punt meenemen. Er komt een brief, die u kunt samenvatten met "samenloop binnenland/buitenland".

Mevrouw **Tonkens**: Ik heb het antwoord gemist op de vraag of het juist is dat mensen onder het drempelinkomen feitelijk meer betalen, en waarom het drempelinkomen dan eigenlijk is opgenomen.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb al in antwoord op vragen van mevrouw Smits en de heer Omtzigt al gezegd dat ik precies op die inkomenssituatie zal ingaan. Dan doel ik vooral op de jeugdminimumlonen. Voor het deeltijdwerk is het helder wat daarmee zal gebeuren.

De **voorzitter**: Hiermee hebben wij de beantwoording van de staatssecretaris achter de rug. Voor de behandeling van de amendementen geef ik het woord aan de minister, met als eerste punt de ontwerp-Zorgverzekeringswet, gevolgd door het ontwerp voor de Wet op de zorgtoeslag.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik geef een eerste reactie op de amendementen die zijn binnengekomen. Ik ben ervan overtuigd dat er nog wel enkele zullen nadruppelen, waarop ik nog schriftelijk zal antwoorden, evenals op gewijzigde amendementen.

Het eerste amendement op stuk nummer 12 van mevrouw Kant beoogt premieverschillen die samenhangen met snelheidsverschillen onmogelijk te maken. Daarover hebben wij vanochtend uitvoerig gedebatteerd, waarbij ik heb gezegd dat wij zorgen voor handhaving van de basiskwaliteit. Daarom zie ik dit amendement als

een onnodige inknotting van de marktwerking die wij juist proberen te bereiken.

De heer Heemskerk heeft op stuk nummer 14 een amendement ingediend waarin de zorgverzekeraar wordt verplicht zijn beslissing eerst zelf te overwegen voor de gang naar een onafhankelijke beroepscommissie. Normaal gesproken zal iemand die het oneens is met een beslissing van een zorgverzekeraar niet onmiddellijk naar een beroepsinstantie gaan. Eerst zal de verzekerde de verzekeraar laten weten het niet eens te zijn met diens beslissing, inclusief de argumentatie daarvoor. De verzekeraar kan dan zijn standpunt nader toelichten. Het lijkt mij dat het onnodig is dit allemaal wettelijk vast te leggen en dat dit tot overbodige regelgeving zou leiden.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Er is wellicht sprake van een misverstand. Natuurlijk probeer je het eerst samen op te lossen. Mijn stelling is dat als je er dan niet uitkomt, je juist bij conflicten over verstrekkingen en verrichtingen eerst naar het CVZ moet gaan. Daarna kun je altijd nog naar geschillencommissies, rechtshulp, etc. De kern van het amendement is om het CVZ een belangrijke rol te geven.

Minister **Hoogervorst**: Dan heb ik het misschien verkeerd begrepen. Wellicht is het amendement ook technisch niet helemaal in orde. De heer Heemskerk kan dat met mijn ambtenaren nog een keer bekijken. In de privaatrechtelijke setting die wij hebben gekozen, is het creëren van een geschillencommissie een wettelijke verplichting. Het staat de verzekeraar vrij het CVZ in te schakelen, maar ik zou dat niet willen opleggen. Als dat de bedoeling van de heer Heemskerk is, blijf ik het overbodige regelgeving vinden. Het amendement van de heer Heemskerk op stuk nummer 15 vertoont technische mankementen. Ik beveel hem aan er even met mijn ambtenaren over te spreken. Het amendement van de heer Heemskerk op stuk nummer 16 komt er op neer om volksgezondheidsdoelstellingen in de preambule van de wet op te nemen. Wij hebben daar vanmorgen over gesproken. Ik vind dit daarvoor niet de juiste plaats. Ik kan op de inhoud niet tegen zijn, maar het lijkt mij niet zinvol om in een verzekeringswet dit

soort algemene doelstelling als preambule op te nemen.

In het amendement van de heer Heemskerk op stuk nummer 17 worden de mogelijkheden van verzekeraars om deelnemingen te nemen in zorgaanbieders ingeperkt. Er zijn voorbeelden dat op deze manier marktvoorbraken kunnen worden geforceerd. Vanmorgen heb ik het voorbeeld genoemd van zorgverzekeraars die hun eigen apotheek hebben. Die ontwikkeling is zinvol. Waarom zouden wij dit wettelijk moeten verbieden en niet aan het oordeel van de zorgautoriteit kunnen overlaten? Ik vraag de heer Heemskerk dit voorstel aan te houden tot wij het ontwerp van de Wet op de Zorgautoriteit bespreken. Ik stel mij voor dat wij een en ander daarin kunnen regelen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik verander niets. De strekking is om de zaak terug te brengen tot de proporties zoals die gelden in de Ziekenfondswet: neen, tenzij. Door de privaatrechtelijke zorgverzekering wordt het geliberaliseerd. Ik wil vasthouden aan het principe van neen, tenzij. Ik vind dat cruciaal. Hoe wij het wettelijk vormgeven, is mij om het even. Ik zal nalezen welke handvatten de Wet op de Zorgautoriteit biedt.

Minister **Hoogervorst**: De heer Heemskerk heeft terecht opgemerkt dat het wetsvoorstel op dit terrein verder gaat dan de Ziekenfondswet. Gezien het feit dat wij een nieuwe toezichthouder krijgen, die kan ingrijpen wanneer marktbederf plaatsvindt, heb ik er geen behoefte aan om dit wettelijk te regelen. Het amendement van de heren Heemskerk en Rouvoet op stuk nummer 19 behelst ontkoppeling van aanvullende verzekering en basisverzekering. Ik vraag hen om nog eens goed na te denken over de argumenten die ik vanmorgen heb aangevoerd. Als dit al zou kunnen helpen om risicoselectie te voorkomen, zou het nog steeds door de rechter als disproportioneel kunnen worden gezien. Ik ben er echter van overtuigd dat het tot meer en niet tot minder risicoselectie zal leiden.

De heer **Heemskerk** (PvdA): In de ontwerp-Zorgverzekeringswet kunnen wij de voorwaarden van de basisverzekering regelen. Dan kunnen wij dus ook zeggen dat wij

iets niet willen. Dat doen wij met dit amendement.

Minister **Hoogervorst**: Het is toch een ingrijpen in het regime van de aanvullende verzekeringen. Dat zit helemaal in de private sfeer. Ik kom hier schriftelijk op terug. Het amendement van de heer Van der Vlies op stuk nummer 20 gaat over het toevoegen van geneeskundige zorg zoals de basiszorg die wordt verricht door huisartsen en verpleegkundigen. Waarom moet dat in de wet worden vastgesteld? Waarom niet die, welke wordt verleend door de specialist en de fysiotherapeut? Dit is heel onevenwichtig. Er is geen enkele reden om zo gedetailleerd te zijn. Alle door de heer Van der Vlies genoemde zorgvormen, waaraan hij kennelijk veel waarde hecht, worden wel expliciet in de AMvB genoemd. Ik heb ze dus niet over het hoofd gezien.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mijn argument is juist dat wat in een AMvB wordt genoemd en uitgewerkt, kunnen worden gehecht aan de wettekst. Geneeskundige hulp en basiszorg vallen niet één op één op elkaar. Dat is mijn punt. Het is wettechnisch correct. De formulering kan best anders.

Minister **Hoogervorst**: De zorg van de heer Van der Vlies is dat geneeskundige zorg een aantal zaken niet zou omvatten.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Zaken die later wel uitgewerkt worden. Het moet logistiek in elkaar passen.

Minister **Hoogervorst**: Ik laat ernaar kijken. Het amendement van de heer Van der Vlies op stuk nummer 21 bepaalt dat de vergoeding 100% bedraagt bij spoedeisende hulp. Op pagina 28 van de nota naar aanleiding van het verslag staat dat volgens de huidige wettekst de verlening van acute zorg altijd geschiedt in natura of via 100% restitutie van de gemaakte kosten. Het amendement is dus overbodig. Het amendement van de heer Van der Vlies op stuk nummer 22 beoogt het bedrag van € 850.000 te verlagen tot € 500.000. Artikel 29, lid 2 biedt de mogelijkheid dat een verzekeraar desgewenst kan opereren in een kleiner werkgebied. Die bepaling betekent echter niet dat hij dat ook

moet doen. Er is geen reden te veronderstellen dat verzekeraars zich na invoering van de ZWW terugtrekken op een kleiner werkgebied. De afgelopen jaren is dat niet gebeurd en ik zie het ook helemaal niet gebeuren. Een verlaging naar € 500.000 betekent in de huidige marktsituatie dat het aantal verzekeraars dat verplicht is landelijk te werken met slechts één stijgt, van zes naar zeven.

Het amendement van de heren Van der Vlies en Rouvoet op stuk nummer 23 betreft controversele zorg. Wij hebben daar vanmorgen uitgebreid over gesproken. Het amendement van mevrouw Tonkens en mevrouw Kant op stuk nummer 24 poogt de invloed van de verzekerde aan te scherpen. Artikel 28 van de Zorgverzekeringswet regelt ten opzichte van de huidige Ziekenfondswet een redelijke mate van invloed voor de verzekerde. Dat is gerechtvaardigd. gelet op verschillende ILO-verdragen en Europese codes over sociale zekerheid. Om nu al nadere voorschriften te stellen is vanuit het oogpunt van algemeen belang niet gerechtvaardigd. Pas als blijkt dat zorgverzekeraars deze verplichting niet goed zouden invullen, zijn nadere voorschriften aan de orde. Ik ben graag bereid om met zorgverzekeraars over de invulling hiervan te praten.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het gaat er niet alleen om dat het mogelijk is die regels te stellen, maar dat dit daadwerkelijk gebeurt. Wij spreken nu niet over de invulling. De minister loopt daarop alweer vooruit.

Minister **Hoogervorst**: Ik spreek over een algemene wetsbepaling waarin staat dat verzekerden een redelijke mate van invloed moeten hebben op het beleid. Daaraan kan ik nadere regels stellen. Waarom zou ik dat echter doen als ik nog absoluut niet weet of dat fout gaat?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister kan dat doen omdat die bepaling uitermate vaag is. Daarin staat namelijk "een redelijke mate van invloed". Wij geven slechts aan dat het nodig is daaraan enkele regels te stellen, zodat duidelijk is wat die redelijke mate van invloed inhoudt.

Minister **Hoogervorst**: Vage

regelgeving kan heel goed werken. Ik heb een stok achter de deur en die haal ik pas daarachter vandaan op het moment dat dit nodig is.

Ik ga in op het amendement op stuk nummer 27 van de heer Rouvoet c.s. over een voorhangprocedure. Ik laat het oordeel daarover aan de Kamer over.

Het amendement op stuk nummer 28 van de leden Smits en Rouvoet is als het ware de onderbouwing van het verlagen van de nominale premie, ofwel het invoeren van een inkomensafhankelijke premie met de daarbij behorende effecten. Gezien de discussie die wij zojuist hebben gevoerd, zal duidelijk zijn dat ik het aannemen van dit amendement niet toejuich. Ik zie uit naar een nadere uitwerking door mevrouw Smits.

De **voorzitter**: De heer Rouvoet laat zich verontschuldigen, omdat hij een aantal andere bezigheden heeft. Ik geef daarom het woord aan mevrouw Smits.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik kondig alvast aan dat wij die uitnodiging aanvaarden en met een nadere doorrekening komen.

Minister **Hoogervorst**: Ik kom bij het amendement van mevrouw Kant op stuk nummer 29 over het schrappen van de no-claim korting. Ik begrijp dat zij graag nog een poging wil wagen, maar het zal haar niet verbazen dat ik met dat amendement niet gelukkig ben.

Amendement op stuk nummer 30 van mevrouw Tonkens heeft betrekking op het concretiseren van de zorgplicht door het vastleggen van wachttijden. Gezien de dynamiek in die wachttijden, zal het een gigantische regelgeving met zich meebrengen om dit wettelijk vast te leggen. Daarbij komt dat de vraag is wat nu wenselijk is. Dat is er de reden van dat ik dit de aanneming van dit amendement ontraad.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het amendement heeft niet alleen betrekking op de wachttijden, maar ook op iets wat werkelijk ingewikkeld is. Ik doel dan op de reistijden. Voor de wachttijden zijn er de weeknormen, dus dat is heel duidelijk.

Minister **Hoogervorst**: Die zijn overigens ook vaak aan verandering onderhevig.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb op dit punt ook een amendement ingediend, maar dat heeft de minister overgeslagen. De reden die de minister aangeeft, heeft ons ertoe gebracht voor te stellen dat in een AMvB te regelen. Zodoende is het mogelijk een en ander op gezette tijden aan te passen.

Minister **Hoogervorst**: Het lijkt mij niet goed voor iedere vorm van wetgeving – het maakt daarbij niet uit of een AmvB is – wachttijden vast te stellen. Dat zal namelijk leiden tot een vorm van jurisdisering waarvan je koud wordt. Daarvoor moeten wij dus niet pleiten.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het is mogelijk dat het aan mij ligt, maar naar mijn idee zijn de amendementen op de stukken nummers 18 en 25 niet becommentarieerd. Die hebben betrekking op de ontwerp-Zorgverzekeringswet.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Het amendement op stuk nummer 18 heeft betrekking op de geschillencommissie. Het introduceert een stok achter de deur om eventueel regels te kunnen stellen aan het optreden van een geschillencommissie.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Mijn amendement op stuk nummer 25 over de Rekenkamer is ook overgeslagen.

Minister **Hoogervorst**: De amendementen die ik niet heb becommentarieerd, liggen niet voor mij. Ik zeg toe dat ik over die amendementen schriftelijk adviseer. Het betreft dus de amendementen op de stukken nummers 10, 18 en 25.

Over het wetsontwerp op de zorgtoeslag liggen drie amendementen voor. In het amendement op stuk nummer 10 pleit mevrouw Kant ervoor dat de zorgtoeslag ook de kosten van de aanvullende verzekering moet dekken. Het dient daarvoor althans compensatie te bieden. Ik maak daartegen bezwaar, omdat een aanvullende verzekering niet tot het pakket behoort dat wij wettelijk regelen. Wij moeten daarvoor dus ook niet compenseren. Dat is een keuze die betrokkenen dienen te maken.

Als het doel is die mensen iets extra's te geven, is het natuurlijk ook mogelijk de percentages te veranderen. Dat is bovendien veel eenvoudi-

ger, maar vraagt een financiële afweging.

Dat geldt feitelijk ook voor het amendement op stuk nummer 11. Dat hangt samen met het amendement op stuk nummer 29 over het afschaffen van de no-claim teruggaaf. In navolging van dat andere amendement ontraad ik de aanneming hiervan.

Het doel van het amendement op stuk nummer 12 is de gemiddelde no-claim teruggaaf niet te betrekken bij de bepaling van de normpremie. Daarvoor geldt hetzelfde als voor de aanvullende verzekering. Als het doel is betrokkenen een extra bedrag te geven, behoort het ook tot de mogelijkheden die percentages te veranderen. Dat vergt, zoals ik al opmerkte, wel een financiële afweging.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat is de omgekeerde redenering. Het gaat er niet om mensen iets extra's te geven. Het gaat om de vraag wat de norm is op basis waarvan die premie wordt berekend. Als wij die no-claim daarvan meteen aftrekken, gaan wij ervan uit dat iedereen daarop aanspraak kan maken. In het omgekeerde geval – als wij daarvan dus niet uitgaan – is er voor mensen met veel zorgkosten feitelijk sprake van een hogere premie. De vraag is dus wat de norm is.

Minister **Hoogervorst**: Wij gaan dus niet uit van de feitelijke uitgaven aan premies, maar van een normpremie. Wij gaan dus uit van het gemiddelde op de markt. Dat gemiddelde wordt hierdoor beïnvloed, waardoor de uitkering hoger wordt. Het is mogelijk daarvoor te pleiten, maar dan ben ik er een voorstander van het eenvoudiger te doen door die percentages van de zorgtoeslag te veranderen. Op die manier is het ook mogelijk het bedrag te verhogen. Op de eerste plaats is dat minder gecompliceerd, maar op de tweede plaats zal ons dat geld kosten. Het is dus belangrijk op dat punt een financiële afweging te maken.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Wij zijn gekomen aan het eind van dit wetgevingsoverleg. Ik complimenteer de leden, de ambtenaren en de bewindslieden met het feit dat zij erin zijn geslaagd beide wetsvoorstellen te bespreken. Er is contact geweest met de

ambtenaren en zij menen dat zij in staat zijn de Kamer aanstaande vrijdag te berichten over datgene wat haar schriftelijk is toegezegd. Dat zou betekenen dat er in de planning geen vertraging optreedt. Ik doel dan op de planning voor de plenaire behandeling.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ja, maar dat is een beslissing die tijdens de eerstvolgende procedurevergadering wordt genomen.

De **voorzitter**: Dat ben ik volledig met de heer Heemskerk eens. Ik wijs er slechts op dat de beantwoording niet in strijd is met de planning. Los daarvan heeft de Kamer natuurlijk altijd het recht en de mogelijkheid in de procedurevergadering na te gaan op welke wijze wij hiermee verder gaan. Dat blijft onaangetast.

Sluiting 22.42 uur.