

Vergaderjaar 2004–2005

30 124

Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet)

Nr. 35

VERSLAG VAN EEN WETGEVINGSOVERLEG

Vastgesteld 1 juli 2005

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 27 juni 2005 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet)**.

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), 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), Omtzigt (CDA) en Koşer-Kaya (D66).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (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), Eski (CDA) en Bakker (D66).

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

Maandag 27 juni 2005

Aanvang 10.15 uur

Voorzitter: Buijs

Aanwezig zijn 10 leden der Kamer, te weten:

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

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

De **voorzitter**: Ik open de vergadering. Ik heet de aanwezigen op de publieke tribune, de minister en zijn ambtenaren hartelijk welkom.

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

De **voorzitter**: Ik heb geen commentaar ontvangen op het voorstel om het wetsvoorstel bloksgewijze te behandelen. Ik verzoek de commissie kort, direct en zakelijk te vergaderen. Hopelijk zijn wij dan aan het eind van de middag klaar, zodat de vaste commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid ook haar werk kan doen. Ik stel voor de eerste twee blokken eerst tezamen te behandelen en daarna het derde blok.

Daartoe wordt besloten.

1. Algemene beschouwingen aangaande het wetsvoorstel 2. Zorgtoeslag

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Nu ook de Eerste Kamer de Zorgverzekeringswet heeft aangeno-

men, rust op ons de taak om deze met de grootst mogelijke zorgvuldigheid in te voeren. Wij nemen in het parlement niet veel wetten aan die letterlijk voor alle Nederlanders consequenties hebben. Wij hebben gekozen voor een nieuw zorgstelsel, waarin curatieve zorg voor alle Nederlanders op precies dezelfde manier geregeld wordt. De fractie van het CDA hecht veel belang aan een goede overgang. Bij de bespreking in het blok zorgverzekeringsaspecten kom ik daar nog op terug.

Verheugend zijn de positieve berichten uit Brussel over de vereveningssystematiek en de mogelijkheid om de acceptatieplicht in te voeren. Gelukwensen aan de regering voor de uitvoerige positieve notificatie ter zake! In dit algemene deel sta ik met name stil bij de voorlichting. Eigenlijk is er al een achterstand met de informatie. Er zoemen al veel negatieve verhalen rond en nu pas beginnen wij met de voorlichtingscampagne. Die moet dus ijzersterk zijn, niet alleen omvatten wat de nieuwe wet inhoudt, maar ook wat de bezwaren zijn van het huidige systeem en zij moet ook specifiek toegesneden zijn op doelgroepen. Wij kunnen daar niet genoeg op aandringen. Laat ik eens wat voorbeelden geven. Mensen zijn zo gewend dat het ziekenfonds altijd doorgaat, dat het echt heel helder moet zijn dat het voor iedereen verandert. Iedere Nederlander moet straks weten wat de data 1 januari, 1 maart en 1 mei betekenen in het kader van de zorgwet. De Nederlander moet weten dat tot 1 maart het aanbod voor een non-selecte acceptatie van aanvullende verzekeringen geldt. En hoe wordt iedereen bereikt voor de

zorgtoeslag? Het is essentieel dat de Belastingdienst de toezegging gestand doet dat iedereen tijdig de zorgtoeslag krijgt.

De rol van de patiënten- en consumentenorganisaties is in de Eerste Kamer ter sprake gekomen. De minister heeft ruimhartig meer middelen toegezegd. Zijn er al afspraken gemaakt? Zijn er inmiddels ook al afspraken gemaakt om de invloed van de verzekerden op het inkoopbeleid te vergroten? Hoe vindt de afstemming plaats tussen ministerie, patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zodat voorlichting aanvullend werkt in plaats van dubbel of, nog erger, tegenstrijdig? Wie regisseert, zodat niet iedereen zijn eigen wiel uitvindt? Is er voldoende capaciteit en toegankelijkheid voor Postbus 51 en voor de belastingtelefoon? Hoe wordt vooral over de veranderingen gecommuniceerd met verzekerden in het buitenland en met de grensarbeiders?

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. Vandaag bespreken wij de invoerings- en aanpassingswet voor het nieuwe zorgstelsel, de tweede grote wetsbehandeling in een drieluik dat voor de invoering van een nieuw stelsel ingevoerd moet worden, na de eeneiige tweeling Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag en vóór de Wet marktordening gezondheidszorg, die wij zo spoedig mogelijk hopen te behandelen. Voor het CDA is dit een belangrijke stap, omdat de minister na invoering van deze wetten de datum van invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet werkelijk zelf kan vaststellen en het nieuwe zorgstelsel kan invoeren. Dat kan dan op 1 januari aanstaande

gebeuren. Voor die datum verwachten wij de derde wet behandeld te hebben, de Wet marktordening gezondheidszorg, die in het nieuwe stelsel het toezicht zal regelen. Deze wet had al ingediend moeten zijn en wij zien er dan ook met spanning naar uit. Bij een stelsel waarin actoren meer vrijheid en verantwoordelijkheid hebben, past goed toezicht op het gedrag en toezicht om marktconcentratie tegen te gaan. Een bepaalde schaalgrootte kan namelijk wel efficiencywinst opleveren, maar heeft de neiging om de keuzevrijheid van de verzekerde sterk te beperken. En juist de keuzevrijheid, die de zorgaanbieders en de verzekeraars moet aanzetten tot goede dienstverlening, staat voor ons in het nieuwe stelsel centraal. In het huidige stelsel staat de patiënt juist niet centraal. Vooral de zorgaanbieders, maar ook de verzekeraars hebben te weinig prikkels om ook aan de wensen van hun patiënten tegemoet te komen wanneer het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport alleen stuurt op het aantal verrichtingen en niet op de uitvoering daarvan, behalve met de minimumkwaliteitseis. Zo zijn er in Nederland nauwelijks of geen mogelijkheden om na werktijd, aan het begin van de avond afspraken te maken in het ziekenhuis of bij de huisarts. En op vrijdagmiddag wordt dure apparatuur nergens gebruikt. Maar ja, er wordt alleen op output gestuurd... Nu is er misschien de neiging om de problemen met steeds meer doelen en de bijbehorende verslaglegging het hoofd te bieden. Het aantal jaarverslagen en het aantal verschillende soorten inspecties die in de zorg kunnen worden verricht, tart elke beschrijving: tijdschrijven en het vermelden van het aantal tuinmannen die in een jaar bij een ziekenhuis gewerkt hebben, zijn twee van de uitwassen van een systeem waarin noch de professional die zorg verleent en die weet hoe hij goede zorg kan verlenen, noch de patiënt centraal staat, maar de bureaucraat. Bij de laatste verkiezingen in Engeland was er ook een sterk staaltje van overdreven bureaucratie waar te nemen. Omdat veel mensen te lang moesten wachten voor een afspraak met een huisarts, voerde het machtige ministerie van Volksgezondheid in het Verenigd Koninkrijk de regel in dat iedereen binnen 48 uur door een huisarts geholpen zou moeten zijn. Prompt

werd het in veel praktijken die wél goed liepen, onmogelijk om een afspraak te maken voor een periodieke controle of om hechtingen te laten verwijderen. Weg afspraakmogelijkheden. Het gevolg was: meer kortdurend verzuim en kwade kiezers. Centrale sturing vanuit Den Haag alleen via productie en doelen heeft haar grenzen bereikt. Sterker nog, ze zijn in de afgelopen jaren overschreden. Een enorme stijging van de kosten van de gezondheidszorg – 35% in drie jaar – was het gevolg, maar natuurlijk wel zonder de bijbehorende kwaliteitsslag. En helaas hebben verpleegkundigen ook geen salarisstijging van die omvang gehad. In het rapport-Mosterd wordt een aantal punten aangegeven waarop het misgelopen is. Daarom kiest het CDA bewust voor een nieuw stelsel.

De heer **Heemsker** (PvdA): Voorzitter, ik had mij voorgenomen om niet te veel te interrumperen, maar de heer Omtzigt maakt nu niet alleen een karikatuur van de nieuwe wet, waarmee alles zo mooi zou worden, maar ook van de huidige situatie. Hij spreekt van belachelijke regels waarin het aantal tuinmannen is vastgelegd die voor ziekenhuizen werken, waarover dan weer gerapporteerd zou moeten worden. Daar kunnen wij nu toch meteen iets aan doen? Als iemand over zoiets klaagt, waarom schrappen wij zo'n regel dan niet meteen?

De heer **Omtzigt** (CDA): Wij hopen dat wij als politici met een nieuw stelsel minder geneigd zullen zijn om regels te maken en bij elk spoeddebat over iets wat misgegaan is, te roepen dat er weer vijf nieuwe regels moeten komen. Maar wij kunnen zulke regels inderdaad zeker ook nu al schrappen.

Mevrouw **Smits** (PvdA): U zei dat de commissie-Mosterd heeft aange-toond wat er mis was, maar ik meen dat haar voornaamste conclusie was dat het geld achter de deur van de instelling verdween en dat niemand er meer zicht op had. Hoe zit dat?

De heer **Omtzigt** (CDA): Inderdaad, het geld verdwijnt achter de deur van de instelling en wij zien geen bijbehorende kwaliteitsslag of salarisverhoging, dus het is voor een heel groot deel in de bureaucratie

gaan zitten. Maar wij denken dat het stelsel veel beter dan het huidige stelsel zal aansluiten op de werkelijke vraag van de patiënten, juist door minder verslagleggingsverplichtingen, door het waarborgen van de keuzevrijheid en door het geven van enige regie aan de verzekeraars om ervoor te zorgen dat de prijzen niet te hoog oplopen. Wij zullen er in Den Haag wel aan moeten wennen. Het is voor ons, politici, de kunst van het weglaten. De knoppen waaraan wij draaien, hebben niet het gewenste en in sommige gevallen zelfs een averechts effect. In het nieuwe stelsel moet de behoefte van de patiënt, de klant, centraal gesteld worden door over te gaan op decentrale aanbods-turing. Professionals zullen goede zorg kunnen verlenen en de politiek blijft verantwoordelijk voor het systeem, de omvang van de zorg, de bereikbaarheid en de betaalbaarheid. Onze fractie ziet dan ook de volgende elementen als essentieel voor het nieuwe stelsel. In de eerste plaats betreft dit de zorgtoeslag. Huishoudens met een laag inkomen of middeninkomen krijgen de nominale premie deels terug via de inkomensafhankelijke zorgtoeslag, een zeer solidair en transparant systeem. Wij zullen er alert op toezien dat de komende jaren deze zorgtoeslag een duurzaam karakter heeft, zodat huishoudens weten waaraan zij toe zijn. In de tweede plaats noem ik het vereveningsfonds. Juist door verzekeraars te compenseren voor mensen die ouder of ziek zijn, wordt het voor een verzekeraar aantrekkelijker om deze mensen goede zorg te bieden. Het systeem kan echter nog fors verbeterd worden. Daar kom ik in het tweede deel van mijn betoog op terug. In de derde plaats is er het element van de zorgplicht van de verzekeraars: wij zullen er goed op toezien dat deze zijn juiste werking heeft. In de vierde plaats kunnen mensen zich verenigen in collectiviteiten om samen zorg in te kopen. Een verzekeraar die zijn nek uitsteekt en een contract afsluit met een patiëntenvereniging, is een voorbeeld van een goede ontwikkeling; dit is iets wat mogelijk is sinds het amendement-Schippers c.s. In de vijfde plaats hebben de maatschappelijke ondernemingen die niet op winst gericht zijn maar het verdiende geld gebruiken om de zorg te verbeteren, een streepje voor.

In de zesde plaats gaat het om goed toezicht op het gedrag. De werkelijke keuzevrijheid, kwaliteit en bereikbaarheid zullen door de overheid gewaarborgd en afgedwongen worden.

Op dit moment zit het wat klem bij het laatste punt. Bij de invoering van het stelsel ziet de CDA-fractie niet graag marktconcentraties ontstaan die tot een monopolie leiden, noch bij zorgverzekeraars, noch bij aanbieders. Kan de minister aangeven of bijvoorbeeld CTG en NMA over voldoende instrumenten beschikken om een ongewenste fusie tegen te houden? Of zou het beter zijn te denken aan een soort verlichte bevrozing van de marktpositie totdat de nieuwe Wet marktordening in de gezondheidszorg in het Staatsblad staat?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De heer Omtzigt spreekt over een model van verlichte bevrozing. Wat moet ik mij daarbij voorstellen?

De heer **Omtzigt** (CDA): Daar moet u zich een soort "nee, tenzij"-principe bij voorstellen, in die zin dat fusies in principe geen doorgang vinden tenzij het iedereen heel duidelijk is dat het wel kan. Het is geen absoluut verbod, maar wel een systeem waarbij je kunt zeggen, als marktpartijen bij elkaar willen kruipen, dat men even moet wachten totdat de nieuwe wet er is.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Maar is het dan niet zaak dat wij eerst maar eens die wet gaan behandelen, alvorens wij de hele Zorgverzekeringswet gaan invoeren per 1 januari 2006? Dit is toch een merkwaardige procedure?

De heer **Omtzigt** (CDA): Het is zeker zaak deze wet zo snel mogelijk te behandelen. Wij gaan ervan uit dat hij vóór 1 januari behandeld is. De minister geeft aan dat hij met de instrumenten een stuk uit de voeten kan, maar ik wacht graag even op het antwoord dat hij straks zal geven.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Wie bepaalt die verlichte bevrozing? Welke ijscoman heeft u in gedachten?

De heer **Omtzigt** (CDA): Bij het weer vandaag heb ik zeer veel ijscomanen in gedachten, maar in dit geval is de ijscoman de minister van VWS.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij hebben hierover, naar ik meen, vorige week een debatje gehad. Toen is heel helder geworden dat de NMA toetst als ware de nieuwe Zorgverzekeringswet al in werking getreden. Als de NMA toetst met de nieuwe regels in de hand, wat is dan het probleem dat u hier oplost?

De heer **Omtzigt** (CDA): Het probleem dat ik zou kunnen oplossen, bestaat hieruit dat mij het juridische kader van de prospectieve toets die toegepast zou kunnen worden, niet geheel helder is. Er is toen gezegd dat er prospectief kan worden getoetst en dat kan de NMA ook. Maar mijn vraag aan de minister is: onder welk juridisch kader kan dit, als daarna de instellingen die willen fuseren, in beroep gaan? Houdt die toets het dan? Als de toets het houdt, zijn wij een heel stuk verder gekomen met de aanpak van onze bezwaren. Voorzitter. De overgang naar het nieuwe stelsel is een delicate operatie voor iedereen die erbij betrokken is. Deze leidt tot zeer precieze draaiboeken en een publiekscampagne die op 4 juli start, maar waarvan ik vanmorgen al de eerste posters zag toen ik hier met de trein naar toe reed. De budgetbrief op basis waarvan verzekeraars een polisaanbieding zullen opstellen, verschijnt op 15 september en op 16 december ligt er bij alle verzekeren een aanbieding voor een nieuwe polis op de deurmat, die zo veel mogelijk lijkt op de oude verzekering. Dit vereist grote stiptheid van iedereen. Wij verwachten dat het schema goed kan worden gevolgd, maar zien graag een toelichting op een aantal punten. Stel dat een verzekeraar er niet in slaagt om aan zijn verzekerdenpopulatie een brief te doen uitgaan met een polisaanbod voor 16 december, ofwel omdat er helemaal geen brief ligt ofwel omdat de inhoud van het aanbod niet duidelijk is. Er hoeft immers geen voorbeeldpolis te worden bijgevoegd. In welke situatie bevinden die verzekerden zich dan? Welke maatregelen zal de minister nemen om dat te voorkomen c.q. om in te grijpen wanneer dat plaatsvindt? Wellicht kan een aankondiging van een enigszins afschrikwekkende maatregel nu nog een mooie prikkel zijn om bij iedereen op tijd een helder aanbod te hebben. Dan doel ik niet op het gegeven dat verzeke-

den sneller zullen overstappen als zij het aanbod niet hebben, maar veeleer op de mogelijkheid om een sanctie op te leggen aan de verzekeraar.

Stel dat een verzekerde begin februari besluit over te stappen naar een andere verzekeraar en daar ook een aanvullend pakket afsluit. Laat deze verzekerde nu net een behandeling uit het aanvullend pakket gebruikt hebben in januari. Wie zal dan de kosten daarvan betalen?

Stel dat de verzekerde van een basisverzekering in februari overstapt naar een naturapolis bij een nieuwe verzekeraar. Als die verzekerde in januari net een behandeling heeft ondergaan die binnen het basispakket valt, maar is uitgevoerd door een dokter die niet is gecontracteerd door de nieuwe verzekeraar, wie vergoedt dan de behandeling? Hoe werkt de incassoprocedure in een negatieve optie? Is het wettelijk mogelijk voor een verzekeraar om een incassobedrag voor bijvoorbeeld een ziekenfondsverzekerde te verdubbelen? De nominale premie voor een ziekenfondsverzekerde zal immers fors toenemen. Natuurlijk wordt dat gecompenseerd door de zorgtoeslag, maar toch. Een zorgverzekeraar kan zelf zijn eigen opvolger aanwijzen, zo lezen wij in de nota van wijziging. Verzekeraar A kan iedereen een aanbieding doen om per 1 januari verzekerd te zijn bij verzekeraar B en kan zelf die verzekeraar aanwijzen. Klopt dat?

De invoering is waarschijnlijk de grootste operatie van dit kabinet. Al in een nota heeft de minister toegezegd over een aantal zaken periodiek te rapporteren. Dat zou kunnen zoals onder de procedure van een groot project bij de Tweede Kamer. Hoe staat de minister tegenover zo'n idee?

Voor de CDA-fractie is een duurzame zorgtoeslag een essentieel onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Bij de behandeling van de Wet op de zorgtoeslag hebben wij over de nadere vormgeving van deze zorgtoeslag een motie ingediend, die kamerbrede ondersteuning heeft gevonden van alle hier aanwezige leden. Deze motie wordt uitgevoerd in het voor ons liggende wetsvoorstel door een verlaging van de percentages van de zorgtoeslag en daarmee een effectieve verhoging van de zorgtoeslag, vooral voor

groepen met een lager en middeninkomen, waarvoor veel dank. Ook spreek ik er veel dank voor uit dat dit vooral voor mensen boven de 23 heeft geleid tot precies de maximale ring die wij hebben beoogd. Wij hebben nog een aantal vragen over een paar categorieën. Hoe werkt de voorgestelde zorgtoeslag uit voor jongeren onder de 23 jaar en de maximering ten opzichte van het inkomen, bijvoorbeeld voor thuiswonende studenten? Hoe denkt u uw belofte gestand te doen over de maximale achteruitgang in koopkracht voor Wajong'ers, zoals u heeft aangegeven in het plenaire debat? Die was namelijk kleiner dan de percentages die wij hebben gezien in de nota naar aanleiding van het verslag. Hoe denkt u dat ook te doen voor jongeren met een minimumjeugdloon?

Mevrouw **Smits** (PvdA): De heer Omtzigt vraagt wat de minister vindt van de inkomensachteruitgang voor de groep Wajong'ers. Ik kan mij herinneren dat de CDA-fractie in de Tweede Kamer die voorziene achteruitgang niet acceptabel vond. Ook nu geeft u dat impliciet te kennen, maar wat is uw eigen oplossing? Wat moet er gebeuren om die groep bij te spijkeren?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik laat de oplossingen graag aan de minister over.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik begrijp dat u wel vindt dat aanvullende maatregelen nodig zijn.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik herinner mij dat de minister in het debat en in zijn brief van 3 december over een maximale inkomensachteruitgang van 0,8% heeft gesproken en dat de percentages daar niet aan voldoen. Het lijkt mij helder dat ik enige aanvullende maatregelen noodzakelijk vind.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb nooit de algemene of specifieke toezegging gedaan dat de achteruitgang in koopkracht beperkt zou blijven tot een bepaald percentage. Ik heb wel gezegd dat ik apart aandacht zou besteden aan degenen met een minimumjeugdloon en aan de Wajong'ers, omdat ik voorzag dat er voor die groepen problemen zouden

ontstaan. Ik zal straks uitleggen hoe ik daar nu tegenover sta.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat wacht ik af, maar wij hebben uw brief van 3 december anders gelezen.

Mevrouw **Kant** (SP): Bij het debat over de zorgwet heeft de heer Omtzigt gezegd dat de zorgtoeslag vastgelegd moet worden in de invoeringswet. Dat vond ik heel moedig van hem. Ik ben echter nog niet helemaal tevreden, want de percentages kunnen bij AMvB gewijzigd worden. Daarvoor is dus geen wetwijziging nodig. Waarom stemt de CDA-fractie daarmee in?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb gezien dat u op dat punt een amendement heeft ingediend. Ik zal dat zorgvuldig bestuderen. Volgens mij heeft u bij de behandeling van de wet eenzelfde amendement ingediend. Mijn fractie is overigens van mening dat dit soort zaken ook in een wet gemakkelijk zijn te veranderen. Bij het Belastingplan kunnen de percentages bijvoorbeeld jaarlijks gewijzigd worden. Ik vraag mij af of het vastleggen in de wet een betere garantie is, dan de huidige AmvB-procedure met voorrang.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij weten allemaal dat dit bij AMvB wordt geregeld omdat er dan sneller en eenvoudiger wijzigingen kunnen worden aangebracht. Bij een wetwijziging moet de volledige procedure doorlopen worden en is een volwaardig politiek debat gegarandeerd. Ik hoop dat de CDA-fractie serieus over mijn voorstel wil nadenken.

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. Ik rond af. Zijn de koopkrachtplaatjes gebaseerd op een werkgeversbijdrage van 5,96% of van 6,25%, zoals in het Centraal Economisch Plan wordt verondersteld? Van welk percentage gaat de minister op dit moment uit? In de nota naar aanleiding van het verslag is de vraag welke verschuivingen zijn opgetreden in het compensatiepakket niet geheel beantwoord. Graag nog een nadere toelichting.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Uit uw bijdrage is mij niet duidelijk geworden hoe de CDA-fractie over het compensatiepakket denkt. Ik geef

toe dat de verschuivingen nog niet duidelijk zijn, maar wij weten wel dat er inmiddels € 2,9 mld. mee is gemoeid. Oorspronkelijk was het de bedoeling om enkele specifieke groepen compensatie te bieden. Nu blijkt het wel een erg dure oplossing, terwijl de uitkomsten niet echt bevredigend zijn. Heeft de CDA-fractie geen spijt van de keuze voor deze systematiek?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb de minister er al uitgebreid voor bedankt dat hij bereid is om niet alleen de absolute minima te compenseren, maar ook de groep vlak daarboven die veel last heeft van de armoedeval. U en de heer Vendrik zijn daar eerder uitgebreid op ingegaan. Wij willen het algemene principe duidelijk hebben. De koopkrachtplaatjes in de invoeringswet zien er veel beter uit dan plaatjes in de wet die wij in december behandeld hebben.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Maar mijnheer Omtzigt, de inkomensverschillen worden vergroot, terwijl specifieke groepen er ook nog op achteruitgaan.

De heer **Omtzigt** (CDA): De inkomensverschillen worden niet vergroot, maar er worden wel onrechtvaardigheden weggenomen. Bijvoorbeeld voor de ouderen is het heel goed dat de standaardpakketpolis verdwijnt. Ik neem aan dat u doelt op ouderen met een klein aanvullend pensioen die er meer op vooruitgaan dan de groep vlak onder de ziekenfondsgrens. Maar als een oudere net onder de ziekenfondsgrens van € 23.000 zit, betaalt hij slechts de helft in vergelijking met iemand die vlak boven die grens zit. Als een echtpaar vlak boven die grens zit, betaalt het € 4.000 aan zorgverzekeringskosten per jaar. Die groep gaat er in financieel opzicht iets op vooruit, omdat hij nu € 1500 meer betaalt dan de groep die een paar euro minder verdient. Er is dus geen sprake van een groter verschil in inkomens. Het is juist een rechtvaardiging en een kwestie van het rechtzetten van vreemde regels die in het verleden zijn ontstaan.

De heer **Heemskerck** (PvdA): De uitgebreide debatten over deze verzekeringswet zijn inmiddels gevoerd, maar wij staan niet te trappelen om de Invoerings- en

Aanpassingswet daadwerkelijk in te voeren. Dat neemt niet weg dat wij nog graag een aantal detailvragen stellen. Ik heb een wijze oma die altijd zegt dat het belangrijk is om goed te luisteren naar datgene wat mensen zeggen, maar dat het van nog veel groter belang is om goed te kijken naar dat wat zij doen. Inmiddels zijn wij wat verder gevorderd met deze wet. Daardoor zijn de winnaars en de verliezers van deze wet steeds beter zichtbaar. De winnaars zijn de oudere particulier verzekerden en de chronisch zieken die particulier verzekerd waren. Zij kunnen namelijk overstappen naar een andere verzekeraar. Voor hen is het heel goed dat die basisverzekering met acceptatieplicht er lijkt te komen; ik houd een slag om de arm, want het is nooit zeker hoe de verhoudingen in de coalitie zijn. Ook gezinnen met kinderen kunnen als winnaars worden beschouwd. Dat geldt in het bijzonder voor de particulier verzekerden. Ik ga er met mijn goed verdienende partner en onze twee kinderen ook fors op vooruit. Een van de redenen daarvoor is dat de MOOZ-premie zal worden afgeschaft. Dat levert mijn gezinnetje € 375 op. Ik gun iedereen een meevaller, maar ik vraag mij af of de chronisch zieken, de mensen met een Wajonguitkering en de bijstandsgerechtigden die nu in onzekerheid verkeren, die meevaller niet veel harder nodig zullen hebben. Mijn collega, mevrouw Smits, zal nader op deze kwestie ingaan. De particuliere schadelastverzekeraars zijn ook winnaars op het moment dat dit nieuwe stelsel wordt ingevoerd. Er valt namelijk € 2,5 mld. aan vermogen vrij en de minister vermoedt niet dat dit grote effecten zal hebben. Hij verwacht in ieder geval niet een prijsdumping. De premies zullen waarschijnlijk dus niet omlaag gaan. In de nota naar aanleiding van het verslag wordt gesuggereerd dat die verzekeraars dat vermogen zullen aanhouden. Waarom heeft de minister daarover niet beter met die verzekeraars onderhandeld? Had hij niet de afspraak kunnen maken dat zij die vrijvallende vermogens meer voor de maatschappij dienen in te zetten? Ik erken dat dit vermogen geen overheidsbezit is, maar het is wel degelijk opgebouwd met de ziektekostenpremies. Dat geld valt vrij, omdat de particuliere schade-

verzekeraars nu ook zullen profiteren van de garanties of de bescherming van het Vereveningsfonds. Op 9 december 2004 heeft Zorgverzekeraars Nederland de toezegging gedaan om alle verzekerden een integraal non-select aanbod te doen voor de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering. Dat is een goed aanbod waarvoor de verzekeraars een compliment verdienen. Ook in dit geval geldt echter dat ik dit graag eerst wil zien voordat ik dat geloof. Het is immers mogelijk om zich op een eenvoudige wijze aan deze vorm van zelfregulering te onttrekken. Hoe wordt toegezien op risicoselectie in dit aanbod in zowel het aanvullende pakket als in de hoofdverzekering? Sluwe verzekeraars zullen dat ongetwijfeld indirect doen door gebruik te maken van bureaucratische risicoselectie. Zij zullen bijvoorbeeld treuzelen met de papieren. In de toekomst zal dat een taak worden van de zorgautoriteit, maar de vraag is hoe de minister hierop zal toezien tot 1 januari 2006. Wie bepaalt of de nieuwe basisverzekering en de aanvullende verzekering inderdaad aansluiten bij de huidige dekking? CVZ kijkt naar de modelpolissen in de basisverzekering, maar zal die zorgverzekeraar ook die eenmalige aanbieding vergelijken? Er zijn nogal wat verliezers. Dat zijn eigenlijk de ziekenfondsverzekerden in brede zin. Zij hebben nu een vrijwel onbeperkte keuzevrijheid in een polis en een kleine nominale premie die ervoor zorgt dat zij goed kijken naar hun zorgrekening. Er switchen nu al heel wat naar een ander ziekenfonds als de nominale premie stijgt. De ziekenfondsverzekerden krijgen nu allemaal te maken met de zorgtoeslag, de vele ambtenaren en de vele formulieren van staatssecretaris Joop Wijn. Zij hebben er niet om gevraagd en zij zitten er niet op te wachten. De onverzekerden vormen een speciale groep verliezers. Over hen is mijn fractie zeer zenuwachtig. Dat zijn er nu ruim 200.000, met een zeer divers karakter, maar mijn fractie vreest dat dit aantal de komende jaren alleen maar verder zal toenemen. Dan heb ik het niet over de eenmalige overgang in 2006. Er zijn helaas heel wat mensen in dit land die een zorgtoeslag niet goed invullen, die geen geordende la hebben waar de zorgpolis in ligt. Bovendien mogen de private

verzekeraars, in tegenstelling tot de ziekenfondsen, hun wanbetalers gaan royeren. En wat zegt de minister dan in de Eerste Kamer: Ja, lastig eigenlijk. Weet je wat: ik ga eens praten met de sociale diensten en de VNG. Mijn fractie wil geen goed gesprek. De fractievoorzitter van de VVD heeft een keer gezegd: ze hadden een gesprek, ze deden een plas en alles bleef zoals het was. Wij willen daden zien. Wij willen een actieplan om het aantal onverzekerden voor deze groep te verminderen. Kan een sociale dienst of een ggz-instelling inderdaad een collectieve verzekering afsluiten voor zijn cliënten? Kan de sociale dienst de zorgpremie op de uitkering gaan inhouden? Kan hij de verzekeraar vragen, de zorgtoeslag direct te verrekenen met de nominale premie? Gaat de minister dit alles actief promoten? Graag een reactie. In de nota naar aanleiding van het verslag zegt de minister: kinderen hoeven geen nominale premie te betalen, dus ik verwacht niet dat zij onverzekerd zijn. Ik verwacht dat wel. Een puber van vijftien jaar loopt weg uit huis. De vader is boos en zegt: als jij wegloupt, laat ik je uit de polis schrappen. Een reden om weg te lopen, is meestal een zwangerschap. En dan krijgt dat meisje een zwangerschapsvergiftiging en moet zij naar het ziekenhuis. Hoe is dat meisje van vijftien jaar in de nieuwe Zorgverzekeringswet dan verzekerd van zorg?

De **voorzitter**: Zijn dit uw algemene beschouwingen?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dit zijn mijn algemene beschouwingen op het punt van de onverzekerden.

De **voorzitter**: U weet dat wij drie blokjes hebben. Wij doen nu de algemene beschouwingen, maar er is ook een apart blokje over de zorgtoeslag. Naar mijn idee gingen uw laatste opmerkingen vooral over de zorgverzekeringsaspecten.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De minister mag zelf weten wanneer hij erop terug wil komen.

De **voorzitter**: Ik wil nog een tweede opmerking maken. Mede gelet op het feit dat wij het dualisme graag nastreven, zou ik het op prijs stellen als u bewindspersonen niet met de voornaam noemt.

U kunt uw betoog vervolgen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Ik zal mij aan alle regels houden. De minister kan zelf bepalen wanneer hij op mijn opmerkingen ingaat, maar ik vind het punt van de onverzekerden en de risico's daarvan één van de hoofdthema's en één van de kernproblemen die wij moeten proberen op te lossen.

Ook de oude ziekenfondsen zijn verliezers in het nieuwe stelsel. Zij moeten nu al € 50 mln. aan extra vermogen opbouwen, want voor hen worden de solvabiliteitseisen wel verder opgeschroefd. Hoe hard is de nieuwe eis van 8%? Is die risk-based en heeft de minister enig zicht op een mogelijke verdere verhoging van die solvabiliteitseisen in de toekomst? De financiële toezichthouders spreken immers internationaal over solvency II en over het kijken of zij inderdaad nieuwe regels gaan stellen.

De minister geeft in de nota naar aanleiding van het verslag steeds duidelijker aan dat er geen terugweg meer lijkt te zijn naar een publiekrechtelijk zorgstelsel. In voorgaande debatten heeft hij wel steeds gezegd dat hij dat eventueel zou doen als alles misgaat, bijvoorbeeld omdat het Europees Hof een aantal publieke randvoorwaarden niet zou accepteren. Maar de minister vreest dat de verzekeraars hun huid duur zullen verkopen. Daarom wil hij niet speculeren en noemt hij geen raming van de mogelijke kosten van het terugdraaien. Wij vragen hem nog steeds om een becijfering van de mogelijke kosten. En dan denken wij niet aan de extreme variant, dat wij er een nationale gezondheidsdienst van maken, maar wel aan een publiekrechtelijke verzekering waarbij de uitvoering in handen blijft van verzekeringsmaatschappijen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit is vandaag een heel belangrijk punt. Vindt u ook dat er voor een noodsituatie een plan in de kast moet liggen, waarin wordt aangegeven hoe die terugweg naar een publiekrechtelijk stelsel moet verlopen? Het kan niet zo zijn dat er dan pas over oplossingen wordt nagedacht. Bent u het daarmee eens? Vindt u dat een goede suggestie voor de minister?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Een noodplan is een uitstekend idee, maar liever nog heb ik een plan van

aanpak met een publiekrechtelijk karakter.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat vinden u en ik, maar het gaat nu om de situatie waarin het wordt ingevoerd. De minister heeft al toegezegd dat hij terugkeert naar een publiekrechtelijk stelsel als de nood aan de man is. Wij moeten dan wel weten of dat kan en hoe hij dat gaat doen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik dank u voor uw steun. Dat is een van mijn kernvragen en ik hoop dat de minister uitgebreid zal ingaan op het scenario en de kosten. Tegen de coalitiepartijen zeg ik: je moet weten waar je "ja" tegen zegt.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): U hebt het over een terugkeer naar een volledig publiek stelsel. Bedoelt u dan een stelsel zonder particuliere ziektekostenverzekeraar? Wij hebben nu te maken met een min of meer gemengde vorm.

De heer **Heemskerk** (PvdA): We hebben nu een stelsel met particuliere verzekeraars, zij het dat er nog maar één beursgenoteerde commerciële zorgverzekeraar is overgebleven. Er is sprake van een dominante non-profitmarkt waarop de verzekeraars actief zijn. Ik zou graag een markt zien waarbij we de zorgverzekeringswet publiekrechtelijk verankeren. Wat mij betreft mag daar best een private commerciële verzekeraar op intekenen om ook uitvoerder te worden van de Zorgverzekeringswet. Een publiekrechtelijk stelsel biedt veel meer waarborgen en veel meer grip op verzekeraars als het mis gaat. Je staat dan ook sterker tegenover uitspraken van het Europese Hof die dat wellicht gaat terugdraaien. De keuze voor een privaatrechtelijk stelsel geeft de verzekeraars een heldere boodschap mee: u bent doodgewone ondernemingen en u dient zich ook als zodanig te gedragen. De politiek hoopt dat via de acceptatieplicht en het vereveningsstelsel de sociale elementen in de Zorgverzekeringswet in stand worden gehouden. De zorgplicht is echter in deze privaatrechtelijke verzekeringswet onvoldoende omschreven. Dat kwam in de Eerste Kamer ook duidelijk naar voren toen mevrouw Van Leeuwen een aantal voorbeelden gaf van een vrije artsenkeuze en het al dan niet opgenomen zijn in een polis. Pas in

zijn tweede termijn gaf de minister aan dat die voorbeelden waarschijnlijk theoretisch waren vanwege de zorgplicht van de verzekeraar. Als er maar één specialist is, dient de verzekeraar hem of haar te contracteren in het kader van die zorgplicht. Mijn fractie vreest dat dit stelsel eindige met private commerciële schadeverzekeraars die vooral restitutiepolissen verkopen. Als er dan ook nog eens een regio is waarin een groot aantal verzekeraars actief opereert met kleine markt-aandelen, kunnen wij een goede afstemming en een regionaal geïntegreerd zorgaanbod wel vergeten.

De **voorzitter**: Hebt u nu ook de zorgverzekeringsaspecten besproken?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb in blok 3 nog een aantal detailvragen.

De **voorzitter**: Nu u het verzekeringsaspect zo prominent aan de orde hebt gesteld, vraag ik mij af of het voorstel om eerst de blokken 1 en 2 te behandelen moet worden gehandhaafd. Ik stel voor dat mevrouw Smits haar betoog houdt en dat daarna iedereen zijn hele inbreng levert.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik begrijp uw angst voor een waterval. De heer Heemskerk daagt ons uit om alles nu op tafel te leggen. Toch wil ik ervoor pleiten om ons te houden aan uw voorstel en de minister de gelegenheid te geven om de vragen van de heer Heemskerk over de zorgverzekeringsaspecten bij blok 3 te beantwoorden. Anders wordt het een zootje.

De **voorzitter**: Dat is het laatste wat ik wil. Ik hoop dat de minister de vragen van de heer Heemskerk over de verzekeringsaspecten dan ook bij blok 3 zal beantwoorden.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is niet altijd even duidelijk welk onderwerp nu bij welk blok hoort. Ik heb ook een keuze moeten maken. Alles wat algemeen is maar raakt aan de invoering heb ik bij het eerst blok ondergebracht. Ik ga ermee akkoord dat wij uw oorspronkelijke voorstel handhaven, maar de kans bestaat dat ik zaken aan de orde stel die straks beantwoord zullen worden.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik verzet mij tegen het beeld dat ik werkelijk alles op tafel heb gelegd. Ik ben ingegaan op het publiekrechtelijke aspect en de onverzekerden; dat lijken mij beide hoofdelementen.

De **voorzitter**: Ik bestrijd dat niet, maar ik probeer wanhopig mijn blokjes te redden. Het woord is nu aan mevrouw Smits.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Voorzitter, wees gerust, ik zal het alleen hebben over de zorgtoeslag. Mijn fractie heeft eerder te kennen gegeven dat wij niet zo weg zijn van dit nieuwe systeem, de Zorgverzekeringswet gecombineerd met de zorgtoeslag. Het vermindert de risico- en de inkomensolidariteit. De hoge nominale premies zijn niet nodig voor de gewenste concurrentie op de verzekeringsmarkt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind het vervelend om al zo snel iets te zeggen, maar het nieuwe stelsel versterkt juist de risicosolidariteit.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Het geheel aan maatregelen, de ingreep in het basispakket, de no-claimkorting en de eigen bijdrage, is erop gericht om de ziektekosten te verminderen. Alle lasten daarvan komen neer bij dezelfde groepen: mensen met hoge ziektekosten en lage inkomens. Dit vermindert de risicosolidariteit, hoe fraai het systeem en het stelsel misschien ook zijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Bij de mensen die een particuliere verzekering hebben, vindt nu een zeer grote risicoselectie plaats. Die is in het nieuwe stelsel weg, wat u bagatelliseert. De grens voor particuliere verzekeringen ligt bij een inkomen tussen € 31.000 en € 32.000.

Mevrouw **Smits** (PvdA): De mensen die nu zijn aangewezen op de dure standaardpakketpolis, zijn natuurlijk buitengewoon geholpen met het nieuwe systeem. Dat geldt ook voor de mensen met een inkomen rond de grens tussen particulier en ziekenfonds. Wij hebben er dan ook geen misverstand over laten bestaan dat wij voor de invoering van een basisverzekering zijn, omdat zo de systeembreuken eruit worden gehaald. Deze regering breekt echter de inkomenssolidariteit af en

vergroot de inkomensverschillen. Er worden miljarden verspild, terwijl alles op een veel eenvoudiger manier had kunnen worden geregeld. De systeembreuk had kunnen worden verholpen zonder het rondpompen van al die miljarden. Ik zal niet de eerdere discussie herhalen, maar ik wijs er wel op dat de zorgtoeslag is doorgeschooten van € 2,1 mld. naar € 2,9 mld. De minister heeft nog niet uitgelegd hoe dat precies zit. Hij moet de garantie geven dat wij daarop in het najaar nog een keer kunnen terugkomen. Wij staan nu op een soort drijfzand.

Mevrouw **Smilde** (CDA): U klutst risicoselectie en inkomensbeleid door elkaar; daartussen zit een verschil. In het nieuwe systeem wordt juist geprobeerd om inkomensbeleid en zorgverzekering van elkaar los te trekken. Dat is het aantrekkelijke van het systeem, inclusief de zorgtoeslag.

Mevrouw **Smits** (PvdA): U hebt gelijk ten aanzien van de standaardpakketpolissen en de systeembreuk bij de overgang van ziekenfonds naar particulier. De vermindering van de risicosolidariteit wordt veroorzaakt door de eigen bijdragen, de no claim en de verkleining van het pakket waardoor ziekenfondsverzekerden bijvoorbeeld de tandartskosten volledig zelf moeten betalen. Dat is wat deze regering het afgelopen jaar heeft gedaan.

De heer **Omtzigt** (CDA): Met de systeemwijziging wordt het pakket niet veranderd. U bent het er niet mee eens dat de tandarts niet in het pakket zit, maar die zorg zit ook nu al niet in het ziekenfondspakket.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Die heeft de regering inderdaad geschrappt.

De heer **Omtzigt** (CDA): Vandaag gaat het om de systeemwijziging, waardoor een helder en transparant systeem ontstaat. De risicosolidariteit wordt compleet gewaarborgd door het vereveningsstelsel. Het is interessant dat uw collega, de heer Heemskerk, het nieuwe systeem fantastisch vindt voor chronisch zieken die nu een particuliere polis hebben. Ik zie behoorlijk wat licht tussen zijn en uw inbreng.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik ben bezig met een algemene beschouwing,

waarin ik het kabinet afreken op het brede gezondheidszorgbeleid. Dit kabinet breekt wel degelijk de risicosolidariteit af. En u kunt wel zeggen dat wij dat in deze wet niet doen, maar zonder zorgtoeslag had het er nog slechter uit gezien. U scheept mensen met lage inkomens en hoge ziektekosten op met een hogere ziektelast.

De **voorzitter**: En nu doet mevrouw Schippers er nog een schepje bovenop.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De tandarts is er destijds uitgehaald door minister D'Ancona.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Moeten wij het over alle onderdelen van het pakket hebben? Gaat u werkelijk ontkennen dat u hebt ingegrepen in het pakket? Er is € 2 mld. geschrappt!

De **voorzitter**: Ik zie dat iedereen wil reageren, maar nu dreigt dat voor- en tegenstanders van het nieuwe systeem elkaar in de haren vliegen. Ik dacht dat mevrouw Smits bezig was met een toelichting op onder andere de zorgtoeslag. Mogelijk was het haar woordkeuze die anderen prikkelde. Ik vraag haar rustig door te gaan met haar betoog.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik dacht dat ik een algemene beschouwing ook algemeen mocht beschouwen en dat ben ik nu aan het doen.

De **voorzitter**: Daar heb ik niets op tegen. Gaat u door.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Je vermindert de risicosolidariteit als je € 2 mld. uit het verzekerde pakket haalt. Dat is een feit. Straks krijgen 6 miljoen mensen recht op de zorgtoeslag. Het wettelijke minimumloon is niet meer genoeg om van te leven. De VVD-fractie heeft enkele malen voorgesteld om het wettelijke minimumloon te verlagen. Dat is politiek gezien nooit gelukt, want het kon gelukkig nooit. De facto heeft de VVD-fractie het nu echter toch voor elkaar. Van een minimumloon kun je geen normaal huurhuis en geen normale zorgverzekering meer betalen. Je moet nu naar een loket voor extra inkomensondersteuning. Een alleenstaande moet minstens anderhalf keer het minimumloon verdienen en een kostwinner tweeënhalf keer het minimumloon

om die zorgverzekering zelfstandig te kunnen betalen. Wij betreuren dat. Bij de behandeling van deze invoeringswet valt ook op hoe gemakkelijk het kabinet met de systematiek omgaat en hoe weinig doorzichtig het debat wordt gevoerd. In de Eerste Kamer is een flinke toezegging gedaan om de percentages te wijzigen zodat de verhoudingen tussen de inkomensgroepen worden geraakt. Het heeft ertoe geleid dat de lasten voor de zorgtoeslag flink worden verhoogd. Het is opvallend dat de CDA-fractie in de Eerste Kamer veel meer gedaan krijgt dan de CDA-fractie in de Tweede Kamer. Een paar keer zuchten door mevrouw Hannie van Leeuwen en huppakee, de minister gooit er € 60 mln. tegenaan om het verkiezingsprogramma van het CDA uit te voeren. De koopkrachtverzichten laten nu meer plusjes zien. Dat is mooi en zeer nodig voor de kwetsbaren groepen, namelijk de lage inkomens, de gezinnen met kinderen en de ouderen. Het blijft echter een kwetsbaar systeem en het blijven voorlopige uitkomsten die bovendien uitgaan van gemiddelden. Kan de minister op zijn minst garanderen dat de kwetsbare groepen die ik zojuist heb genoemd, er niet op achteruit gaan mochten de cijfers komend najaar toch weer anders blijken uit te vallen? Kwetsbaar is het systeem ook omdat het uitgaat van gemiddelde rekenpremies waarop de zorgtoeslag wordt gebaseerd, terwijl de gemiddelde reële premies flink hoger dreigen uit te komen. Ik heb begrepen dat Delta Lloyd bijvoorbeeld al heeft aangegeven dat de nominale rekenpremie in werkelijkheid € 200 hoger zal uitvallen. Dat maakt natuurlijk nogal wat uit. Wat dat betreft is er overigens een geschiedenis. De rekenpremies die het departement in het beeld zet, zijn stelselmatig lager dan de werkelijke premies blijken te zijn. Hoe wordt dat in het systeem verrekend? Kwetsbaar is het nieuwe systeem ook voor de specifieke groepen: ambtenaren, studenten, freelancers, alfavulpen en Wajong'ers. Er staat een uitgebreide uiteenzetting in de nota naar aanleiding van het verslag over de studenten. Voor die groep is ter compensatie € 68 mln. gereserveerd en nóg gaat een grote groep studenten met aanvullende inkomsten er 2,6% op achteruit.

Werken wordt dus niet beloond en dat lijkt mij slecht voor de arbeidsmarkt en de arbeidsmoraal. Ik vind het opvallend dat de Wajong'ers er slecht van afkomen. Wij hebben er in de Tweede Kamer en de Eerste Kamer uitgebreid over gesproken. Impliciet is steeds erkend dat daar een groot probleem ligt. Het verhogen van de inkomensgrens zou een oplossing zijn geweest, maar dat kon niet volgens de minister omdat dit € 400 mln. kost. Dat is inderdaad veel geld en het gaat waarschijnlijk om een niet zo heel grote groep. Wat schetst mijn verbazing? Er komt ineens een oplossing die € 600 mln. kost en die net zo generiek is, maar € 200 mln. duurder dan de oplossing die eerder is gesuggereerd. Wajong'ers krijgen er € 85 bij, terwijl anderen en passent als gevolg van dat systeem en de MOOZ-heffing tot € 375 lager uitkomen. Ik vind het niet nodig, ik snap het niet en het lijkt mij niet zo eerlijk. Bovendien blijft het resultaat dat Wajong'ers onder de 23 jaar niet eens in de plus zitten, maar in de min. Deze minister pakt daardoor inkomen van hen af. Het gaat om een groep die gemiddeld al hoge ziektekosten heeft, maar weinig uitzicht op een betere situatie, juist omdat zij jong gehandicapt zijn. Daarom vraag ik de minister of hij bereid is om aanvullende maatregelen te nemen voor deze groep. Als het niet kan via de algemene zorgtoeslag, dan moet het maar op een andere manier. Wij hebben ooit het systeem gekend van "kopjes" op de uitkering. Als de minister er prijs op stelt, leg ik hem nog wel uit hoe het werkt, maar het komt erop neer dat voor deze specifieke groep de uitkering wordt verhoogd, zodat deze mensen netto fatsoenlijk uitkomen. Aan de CDA-fractie vraag ik heel nadrukkelijk wat zij van zo'n oplossing zou vinden. De afgelopen jaren is er veel veranderd in de inkomenspositie van mensen met een handicap of een chronische ziekte. Soms is er bijgeplust, maar ik heb de indruk dat er de afgelopen jaren vooral veel is afgegaan door de stapeling van eigen bijdrage en bijkomende lasten. Er zijn echter ook voordelen, zoals de fiscale aftrekregeling. Mij is niet helemaal duidelijk hoe de inkomenspositie van die groep zich de afgelopen tien jaar heeft ontwikkeld. Wij hebben er wel behoefte aan om dat te weten, want de groep mensen met een handicap laat zich niet heel

precies afbakenen. Toch hebben wij vaak in het debat onderkend dat die groep wel degelijk specifieke omstandigheden kent, waarvoor specifieke maatregelen nodig zijn. Ik heb de indruk dat deze groep ondergesneeuwd raakt in het totale inkomensbeeld en mijn fractie heeft er sterk de behoefte aan om deze groep eruit te lichten en daarvan een overzicht te krijgen. Ik neem aan dat het Sociaal-Cultureel Planbureau een dergelijk onderzoek zou kunnen uitvoeren. Dat lijkt mij mogelijk met behulp van het patiëntenpanel van het Nivel. Ik ontvang graag een reactie van de minister op dit verzoek. Voor mijn fractie is onduidelijk hoeveel geld er gemoeid is met de zorgtoeslag. Het was € 2,1 mld., maar in de nota naar aanleiding van het verslag heb ik gelezen dat het € 2,9 mld. is geworden; dat is € 800 mln. meer. Het extra compensatiepakket van Hannie van Leeuwen kost € 600 mln. De MOOZ-heffing kost ook € 600 mln. Ik kan het niet meer optellen en afrekken, en dat ligt niet aan mijn rekencapaciteit. De vraag is dus, hoe het nu precies zit. Hoe zou het koopkrachtbeeld er uitzien als wij het bedrag van € 375 van de heer Heemskerk en mij niet zouden geven aan deze groep, dus als wij de MOOZ wel zouden heffen?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik sta nu toch enigszins perplex. De MOOZ-heffing wordt nu in rekening gebracht aan kinderen die vlak boven de ziekenfondsgrens zitten, om een oververtegenwoordiging te betalen van ouderen in het ziekenfonds. Niet alleen betalen mensen die een euro meer verdienen dan de ziekenfondsgrens voor kinderen een paar honderd euro premie, maar zij betalen ook nog een omslagbijdrage. Vindt u dat nu een rechtvaardig systeem? Dat is waar de heer Heemskerk het zojuist over had.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik wil weten hoe de afzonderlijke onderdelen, te weten de wijzigingen in de Zorgverzekeringswet, de zorgtoeslag, in combinatie met de MOOZ-heffing, op elkaar uitwerken. Uit de gegeven inkomensbeelden concludeer ik dat mensen die ruim boven de ziekenfondsgrens zitten en niet in aanmerking komen voor de standaardpakketpolis, er stevig op vooruitgaan. Deze minister vergroot de inkomensverschillen. Mijn vraag

aan hem is, of dit een gevolg is van de systeemwijziging. Voor een deel is dat een gewenst gevolg, omdat wij de systeembreuken eruit willen halen en omdat wij de mensen tegemoet willen komen die nu een dure polis hebben en in het huidige systeem niet meer van verzekeraar kunnen veranderen. De inkomensvoortgang die daarmee gepaard gaat, steunen wij. In het totale beeld is er nog steeds sprake van grote inkomensverschillen, terwijl dat niet is beoogd. Voor een deel is dat onvermijdelijk, maar ik vraag de minister wel hoe hij dit politiek ziet. Eerder heeft hij gezegd dat hij toe wil naar een omgekeerde solidariteit. Er wordt een te groot beroep gedaan op de bijdrage van mensen die niet ziek zijn. Is de minister eigenlijk blij met het vergroten van de inkomensverschillen die ook niet het gevolg zijn van de systeemwijziging? Met andere woorden: streeft deze minister naar het vergroten van de inkomensverschillen?

Ik heb nog een opmerking over de vrijwillige AWBZ-verzekering. Mijn fractie heeft een amendement ingediend om de vrijwillige AWBZ-verzekering in het buitenland te behouden. Mijn fractie begrijpt eigenlijk nog steeds niet waarom bij de invoering van deze Zorgverzekeringswet de vrijwillige AWBZ zou moeten worden opgeheven. Eerder heeft de regering erkend dat er particulier verzekerden zijn die in het buitenland wonen en behoefte hebben aan deze vrijwillige verzekering. Andere fracties, met name de PvdA-fractie, heeft daar eveneens vele malen pal voor gestaan en gepleit voor uitbreiding van de mogelijkheden voor bijvoorbeeld gezinsleden. Bij de behandeling van deze Zorgverzekeringswet heeft de regering gezegd dat de vrijwillige AWBZ-verzekering overbodig is. Dat is dus in tegenpraak met de situatie enkele jaren terug. Er is gepleit voor een overgangsmaatregel, omdat daarmee impliciet wordt erkend dat er mensen op achteruitgaan en dat die voorziening essentieel is voor een grote groep Nederlanders. Het gaat vaak om ouderen die in het buitenland zijn gaan wonen. Particulier bijverzekeren lijkt mij niet mogelijk voor die groep. Bovendien zijn ouderen jarenlang ervan uitgegaan dat die mogelijkheid blijft bestaan. Wij krijgen in de Kamer steeds meer brieven van mensen die erg bang

zijn voor de nieuwe situatie. Mijn vraag aan de minister is: waarom laat hij deze mogelijkheid niet nog even voortbestaan? Waarom moet dit met deze stelselherziening worden afgeschaft? Wij zijn voor vrij personenverkeer binnen de EU, de minister ook, neem ik aan. Het amendement regelt de status quo. Wij zouden heel goed kunnen besluiten om over een aantal jaren eens te kijken of die regeling nog noodzakelijk is of dat zij wellicht kan worden uitgebreid. Mijn pleidooi is: op dit moment handhaven.

De voorzitter: Dat was mevrouw Smits in haar eerste termijn. Het was niet alleen een bijdrage over de zorgtoeslag, ook het derde blokje werd weer uitgebreid ter sprake gebracht. Dat maakt het de minister...

Mevrouw Smits (PvdA): Clementie, voorzitter. Mijn specialiteit is de AWBZ en die heb ik hieraan vastgeplakt. Ik vind het goed als de minister in het derde blokje antwoord geeft op mijn vragen daarover.

De voorzitter: Dat hebben wij zojuist al geconstateerd, maar ik vat het even samen. Nogmaals, de opbouw van mijn blokjes is niet een heilige zaak. Ik probeer alleen zo goed mogelijk de orde te bewaren. Daarom vat ik uw bijdrage samen, zonder daarmee overigens kritiek op u te willen ventileren. Het woord is aan mevrouw Schippers.

Mevrouw Schippers (VVD): Voorzitter. Ik begin met mijn algemene beschouwingen, die ook zullen gaan over de Zorgverzekeringswet, althans zo heb ik mijn bijdrage opgezet. De VVD-fractie is zeer verheugd dat de noodzakelijke hervorming van ons ziektekostenverzekeringsstelsel nog steeds op schema ligt. Nu ook de Eerste Kamer heeft ingestemd, zijn wij dichterbij dan wij de afgelopen decennia ooit zijn geweest. Dat betekent dat de solidariteit vanaf 2006 beter is geregeld dan nu. Dat betekent een veel eerlijkere lastenverdeling dan nu. Inkomenshervreiding wordt zichtbaar. Dat betekent dat er aan alle mensen bescherming door het collectief wordt geboden en dat is veel meer dan nu. Het betekent ook een hoop gedoe minder, het gedwongen overstappen tussen ziekenfonds, particulier en

ambtenarenverzekering is over. Het betekent dat iedereen, ongeacht leeftijd of ziekte, kan kiezen om naar een andere ziektekostenverzekeraar over te stappen. Kan, maar dus niet hoeft. Het betekent tegelijkertijd dat er eindelijk meer dynamiek, betrokkenheid en creativiteit ontstaat, waardoor de zorg beter wordt en betaalbaar blijft. Ik lees in de krant dat het Patiëntencollectief, de Bond voor verzekerden en anderen met zorgverzekeraars willen onderhandelen over prijs en kwaliteit. Geïnspireerd door de collectiviteitskorting en door de gemeenschappelijke kwaliteitswensen zullen zij de zorgverzekeraars in de benen proberen te jagen. Geweldig, precies wat wij beogen. Bij deze onderhandelingen gaat het niet alleen om het basispakket, maar ook – ik had het al verwacht en ook uitgesproken bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet – over het aanvullende pakket. Wat zit daar in? Acceptatieplicht en prijs zijn zaken waarover er wordt gesproken. Verschillende verzekeraars hebben inmiddels al aangegeven, alle mensen non-select voor de verschillende verzekeringen te willen accepteren.

Voorzitter. De VVD-fractie is overtuigd van de vooruitgang die het nieuwe stelsel ons zal bieden. Met dit nieuwe stelsel krijgt de consumentenmacht eindelijk betekenis. Het is belangrijk dat de redenen waarom wij dit doen, beter voor het voetlicht komen. Daar valt behoorlijk wat in te halen. Onbekendheid gaat vaak hand in hand met onzekerheid en dat moeten wij snel wegnemen. Is alles halleluja na 1 januari 2006? Dat dacht ik niet. Om de consumentenmacht meer inhoud te geven, moet er nog wel wat gebeuren. Kiezen is leuk, maar er moet echt wat te kiezen zijn en dan moet ik informatie hebben op basis waarvan ik kan kiezen. Er moet sprake zijn van transparantie en de informatie moet toegankelijk zijn. Er is een start gemaakt – dat werd hoog tijd – maar er is nog wel een weg te gaan. Omdat dat het nu werkelijk iets uitmaakt, verwacht ik dat het snel zal gaan. De overheid zal meer inzicht verschaffen en meer transparantie afdwingen. Wij zullen nauwlettend in de gaten houden of dat gebeurt. De markt zal dit ook oppikken. Als er meer ruimte is voor dynamiek en creativiteit, zullen nieuwe toetreders er eerder iets in zien om iets op te starten in de gezondheidszorg. Niet alleen de Zorgverzekeringswet, maar

ook aanpalende wetten zoals de WTZi en het nieuwe overeenkomstenstelsel maken dat veel meer mogelijk.

Ook de administratieve lastendruk, de formulierenbrij waarmee de zorg dagelijks in de praktijk wordt geconfronteerd, vergt constante aandacht. Wij zijn er nog lang niet. Het elektronische patiëntendossier en de elektronische uitwisseling van gegevens tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en verzekeraars zullen niet alleen leiden tot kwaliteitsverbetering, maar ook tot beperking van deze lasten. De uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag zullen de komende maanden veel voeten in aarde hebben. De Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet is daarvan een voorproefje. Er moet nogal wat worden aangepast. De zorgverzekeraars, de aanbieders en niet in de laatste plaats de burgers zullen de omslag in de praktijk moeten maken. Er is nog veel te doen. Systemen moeten worden aangepast en mensen moeten worden bijgeschoold.

Er is ook nog veel voorlichting te geven. Uit recent onderzoek blijkt dat 55% van de ondervraagden de ontwikkelingen op het gebied van ziektekosten volgt. Van de ouderen volgt 70% de ontwikkelingen en van de jongeren 40%. De ouderen doen het dus significant meer. De minister start binnenkort met een intensief voorlichtingstraject dat is afgestemd met patiëntenorganisaties, verzekeraars en aanbieders. Wij hebben nog acht maanden tot opzegging van alle ziektekostenpolissen en tien maanden tot de deadline van het kiezen van een nieuwe ziektekostenverzekering. Dat is in mijn ogen voldoende tijd om het goed tussen de oren van iedereen te krijgen. Nadat mensen de brief van de Belastingdienst hebben ontvangen, zullen velen vragen hebben over de zorgtoeslag. Veel van hen zullen daarover hun verzekeraar bellen. Is het mogelijk om met de verzekeraars collectief af te spreken dat via het keuzemenu vragen over de zorgtoeslag automatisch worden doorverbonden met de Belastingdienst? Dat lijkt mij de meest praktische oplossing.

Ik heb nog verschillende vragen, onder andere over de zorgtoeslag. De Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag zijn onlosmakelijk

met elkaar verbonden. In de nieuwe zorgverzekering zal het werknemersdeel van de premie nominaal zijn en het werkgeversdeel inkomensafhankelijk. De premies van kinderen jonger dan achttien jaar worden betaald uit de rijksbijdrage. Hierdoor zijn de kosten voor de burger meer inzichtelijk. De lasten worden eerlijker verdeeld. Er is meer ruimte voor eigen betalingen in ruil voor premiereductie en voor collectiviteitskortingen. Verzekeraars hebben meer ruimte om op prijs te concurreren. Voor de meeste mensen gaat het om beperkte inkomenswijzigingen. Voor veel inkomensgroepen is sprake van een inkomensverbetering en daar waar sprake is van een inkomensachteruitgang blijft deze volgens de regering voor de meeste categorieën beperkt. Is dat nog steeds het geval? Wat is de laatste stand van zaken? In een beperkt aantal situaties is sprake van forsere inkomenseffecten. Zolang deze verschuivingen leiden tot compensatie van de onevenwichtige spreiding van de premielasten in de huidige situatie en dus tot versterking van de solidariteit in het nieuwe stelsel, is dat ook de bedoeling. Dit zijn gewenste correcties. Kan de minister de laatste inzichten geven?

In de nota naar aanleiding van het verslag worden de geschatte inkomensgevolgen genoemd voor de Wajong-uitkeringsgerechtigden. Die zijn aanzienlijk, met name voor 18- en 19-jarigen. Is de minister van plan om deze te compenseren en, zo ja, hoe wil hij dat doen? Welke aanvullende maatregelen wil hij nemen? Is het een mogelijkheid om de compensatie via de uitkering te laten lopen?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): U had het over "gewenste correcties". Is het volgens de VVD-fractie een gewenste correctie dat gezinnen met een inkomen van twee keer modaal er 5,6% op vooruitgaan? Is dat volgens de gezinspartij VVD een vooruitgang?

Mevrouw **Schippers** (VVD): In het huidige stelsel is de inkomenshervreiding, dus wie veel en weinig betaalt aan de hervreiding, erg onzichtbaar. Dat wordt nu zichtbaarder. Het wordt ook zichtbaar wie de grote betalende zijn. Ik doelde met name op miljonairsweduwen die in het ziekenfonds zitten omdat het inkomen uit vermogen niet meetelt

of op de partner van een veelverdiener die met een klein baantje in het ziekenfonds zit. Dat waren de inkomenseffecten waarop ik met name op doelde.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mevrouw Schippers heeft het vooral over uitzonderingen die gecorrigeerd worden. Er zullen misschien een paar miljonairsvrouwen zonder te betalen in het ziekenfonds zitten. Het voorbeeld dat ik noemde is waarschijnlijker. Er zitten er hier misschien een paar aan tafel. Ik denk aan een goed verdienende alleenverdiener met kinderen, type Heemskerk. Zo zijn er heel veel in het land.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De ruggengraat van het land!

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Die gaan er dus 5,6% op vooruit, in een tijd dat wij nergens geld voor hebben. Economisch zit het tegen, maar deze groep, die het toch al goed heeft, gaat er 5,6% op vooruit. Is dat nu volgens de VVD een gewenste situatie?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Er zullen zich voor een aantal groepen grote correcties voordoen. Dit is één groep. Je kunt je afvragen of die niet altijd te veel heeft betaald. Wij hebben heel veel particulier verzekerden met een middeninkomen en kinderen. Die gaan erop vooruit. Dat is hard nodig. Ik heb daar weinig problemen mee.

Wel zet ik er een vraagteken bij dat veel mensen die nu verzekerd zijn via een standaardpakketpolis mij schrijven met de vraag of zij hun werkgeversbijdrage zelf moeten betalen. Ik dacht dat dit enige jaren geleden al was veranderd. Er heeft toen toch een bruterij plaatsgehad, waardoor de AOW'er zijn werkgeversbijdrage zelf moest betalen, terwijl de AOW met hetzelfde bedrag is opgehoogd? Die mensen schrijven naar Postbus 51 en krijgen een heel verhaal ten antwoord. Daarin staat dat men de inkomensafhankelijke bijdrage in principe nu ook al zelf betaalt. Hoe wordt dat nu verrekend? Is zichtbaar dat deze mensen dat zelf betalen of is dat versluierd, waardoor de mensen het nu niet weten? Mensen met een standaardpakketpolis die nu zo'n € 2500 betalen, inclusief hun werkgeversbijdrage, gaan na 1 januari 2005 maximaal

€ 3000 betalen. Dat is een stijging die kan oplopen tot 20%. Dat lijkt mij een nogal forse stijging. Heb ik dat goed uitgerekend of klopt het niet? Hoe is het beeld voor de zelfstandige? Die moet namelijk ook zijn eigen werkgeversdeel betalen. Zien wij daar ook zulke forse verschuivingen?

Ik hoor veel over het aantal ambtenaren dat de zorgtoeslag moet gaan uitvoeren. Uit het wetsvoorstel blijkt dat het opheffen van de MOOZ en de WTZ-heffingen, met gevolgen voor de SUO, een behoorlijke administratieve lastenverlichting met zich brengt. Dat moet dus nogal wat ambtenaren schelen. Daarbij vervallen alle werkzaamheden met betrekking tot het vaststellen van de inkomensafhankelijke premie en het gejojo tussen verschillende verzekeringsmarkten. Wij hebben het steeds over de ambtenaren die extra ingezet worden voor de zorgtoeslag, dat is een vergroting van het aantal. In welke mate wordt het aantal ambtenaren echter verminderd?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik zal ervan afzien nu veel te zeggen over het werken met indicatieve spreektijden. Ik heb er in de elf jaar dat ik in deze Kamer zit, een traditie van gemaakt om, als het een wetgevingsoverleg betreft en wij indicatieve spreektijden krijgen voorgelegd, daar de vinger bij te leggen. Zeker ook het feit dat ik daar vandaag beslist binnen zal kunnen blijven, doet mij ervan afzien om er nu een punt van te maken. U weet echter dat het niet zo hoort. Voorzitter. Ik maak eerst een aantal korte opmerkingen in het kader van een algemene beschouwing. Ik heb er niet zo heel veel en dat heeft ermee te maken dat het wetsvoorstel dat wij nu bespreken, op de keper beschouwd voornamelijk technisch van aard is. Dat is ook onvermijdelijk bij een invoerings- en aanpassingswet, al wil dit niet zeggen dat er niet allerlei principiële thema's te bediscussiëren zijn, zeker waar het uiteindelijk gaat om de effecten. Daar komen wij nog wel op terug, ook in relatie tot de zorgtoeslag waarover vragen zijn gesteld. Zoals bekend is, heeft mijn fractie uiteindelijk ingestemd met de Zorgverzekeringswet. Ik zal de plussen en minnen die toen in onze afweging een rol hebben gespeeld, nu niet herhalen. Ik heb echter weinig behoefte om een juichend

verhaal te houden over de zegeningen van de nieuwe Zorgverzekeringswet, want daarin zitten, ook wat onze fractie betreft, wel een aantal zorgpunten. Wij moeten dat, wat mij betreft, niet herhalen; wij moeten kijken naar de wet die nu voor ons ligt en deze is inderdaad in hoge mate technisch van aard.

De doelstelling, regelingen te treffen die nodig zijn voor de invoering van de Zorgverzekeringswet, is veelomvattend en deze raakt iedereen. Dat maakt het tot een belangrijk wetsvoorstel en daarom vinden wij het van belang dat de nodige zorgvuldigheid wordt betracht bij de invoering van de wet. Dat is al met al, ook als je het pakket papier bekijkt, een majeure operatie. Er moeten wetten worden ingetrokken dan wel aangepast, de burgers moeten via een voorlichtingscampagne worden geïnformeerd en iedereen moet een nieuwe verzekering afsluiten. Ons gevoel is dat grosso modo het onderhavige wetsvoorstel over het algemeen en op papier degelijk in elkaar zit. Dat wil echter niet zeggen dat wij zonder zorgen zijn, als het erom gaat hoe de invoering daadwerkelijk zal plaatsvinden. Op een aantal punten zijn daar wat ons betreft ook opmerkingen over te maken, nu in het kader van algemene beschouwingen. Eerst ga ik dan in op de voorlichtingscampagne. Mevrouw Smilde heeft er ook een aantal opmerkingen over gemaakt, waar ik mij kortheidshalve bij aansluit. Er is een aparte brief gekomen, van 13 juni, over de vormgeving van de voorlichtingscampagne. Ik vind het niet handig om het hart van de voorlichtingscampagne, de brede informatie via de massamedia aan de bevolking over het feit dat een nieuwe verzekering moet worden afgesloten, te laten plaatsvinden op het moment dat iedereen op de camping of in het buitenland zit. Dat lijkt mij niet de meest handige timing, terwijl het wel van belang is dat iedereen deze informatie tijdig krijgt. Wij moeten er niet te gemakkelijk van uitgaan dat iedereen inmiddels wel een beetje weet wat er aan zit te komen, want eerdere ervaring met brede projecten, vergelijkbaar met deze, leert toch dat mensen daar goed over geïnformeerd moeten worden. Mensen op vakantie hebben nu eenmaal niet allemaal toegang tot de media. Vanwege het krappe tijdsplan, tot 1 januari, is het wel van belang zo

snel mogelijk te beginnen. In ieder geval lijkt het ons handig – ik pleit daar ook voor – om de eerste fase van de campagne langer te laten duren, bijvoorbeeld tot half september, zodat iedereen er redelijkerwijs kennis van kan hebben genomen. Kan de minister ingaan op aanpassing van dat tijdsplan? Een tweede punt in dit verband betreft het volgende. Wij denken dat er veel onrust kan ontstaan, als de campagne voor de Zorgverzekeringswet wordt losgekoppeld van de campagne voor de Wet op de zorgtoeslag. Het gevolg daarvan is dat burgers eerst worden geconfronteerd met de boodschap van een jaarlijkse premie voor de basisverzekering van ongeveer € 1100, terwijl zij pas in een later stadium worden geïnformeerd over het recht dat zij wellicht hebben op een zorgtoeslag via de belastingen. Nu krijgen wij al heel veel reacties binnen via e-mail, brieven en telefoontjes – het zal bij andere fracties niet anders zijn – van mensen die boos zijn over die premie en nog niet weten hoe het gaat met de zorgtoeslag. Mensen maken zich grote zorgen over de hoge premie die zij per 1 januari moeten gaan betalen. Ik vraag van de minister een toelichting op het waarom van deze planning. Kan het niet op een manier – zo vraag ik uit zorg over het effect op de burgers – waarbij sprake is van een betere stroomlijning van de campagne en van een meer ineenschuiven van zaken, zodat mensen weten dat de premie van € 1000 niet het hele verhaal is?

In de toelichting op de invoerings- en aanpassingswet wordt de administratieve lastenverzwaring voor verzekeraars en verzekerden berekend. Is er ook iets te zeggen over administratieve lastenverzwaring voor aanbidders onder het nieuwe wetsvoorstel? Ik miste dat in de stukken en vroeg mij af of dat helemaal te verwaarlozen was. Graag krijg ik een reactie.

De minister heeft eerder een toezegging gedaan over het implementatieplatform, waar betrokken partijen de aandachtspunten bij de invoering van de Zorgverzekeringswet met elkaar kunnen bespreken. Ik vraag naar de stand van zaken daarvan. Ik kom bij de zorgtoeslag. Onder anderen mevrouw Schippers heeft vragen gesteld over de huidige

taxatie van de inkomenseffecten. Ik sluit mij korthedshalve graag bij haar aan. Hoe voorkomen wij, gegeven de voorgestelde vormgeving van de voorlichtingscampagnes, dat burgers dan geen aanvraag voor zo'n zorgtoeslag zullen indienen? Ik trek even de parallel met de huursector, waar het niet aanvragen van subsidies een reëel probleem is. Hoe waarborgen wij dat hier? In de brief van 7 juni jongstleden schrijft de minister dat de campagne van de Belastingdienst erop gericht is om zo veel mogelijk potentiële toeslaggerechtigden te bereiken. Als het een separate campagne wordt, hoe groot is dan de kans dat wij toch substantiële groepen niet zullen bereiken en dat de groep niet-aanvragers onbedoeld wordt vergroot?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Misschien is het goed om even te melden waarom ik hier zit. Het is de meesten al bekend dat mijn collega en onze zorgwoordvoerder Evelien Tonkens morgen de Tweede Kamer zal verlaten. Dat brengt enige herschikking mee in mijn fractie, wat ertoe leidt dat ik het zorgstelsel ga doen namens de fractie van GroenLinks. Ik ben dus herintreder in dit debat, in ieder geval tot aan de verkiezingen. U maakt mij dus nog een maandje of vijf mee.

De **voorzitter**: In ieder geval hartelijk welkom.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dank u wel. Ik vind het een genoegen om in deze commissie te mogen verschijnen. Of dat omgekeerd ook het geval is, zullen wij nog wel zien. Ik bewaar alle zorgverzekeringstechnische aspecten voor het tweede blokje, dus die sla ik allemaal over. De opinie van mijn fractie over de grote stelselherziening van deze minister is bekend. Wij juichen een basisverzekering toe. Wij pleiten al sinds onze oprichting in 1989 – en alle deelnemende partijen voordien al jaren, zo niet decennia – voor een brede volksverzekering voor de zorg. Maar de manier waarop het nu gebeurt, zowel wat de inkomenspolitiek als de voortzetting van de operatie versterking marktwerking in de gezondheidszorg betreft, kunnen wij absoluut niet steunen. Ik heb mij er altijd over verbaasd. Ik herinner mij nog het debat met mevrouw Borst, in de nadagen van Paars II: het werd toch tijd dat zorg en inkomens-

politiek uit elkaar werden gehaald. Een grotere mystificatie in het debat over de zorg is zelden waarneembaar. Zorg en inkomenspolitiek hebben altijd met elkaar te maken. Dat zien wij vandaag ook in de koopkrachtcijfers. De vraag is: combineer je een basisverzekering met een linkse inkomenspolitiek – daar ben ik voor – of met een rechtse inkomenspolitiek, zoals hier gebeurt? Het is altijd inkomenspolitiek. Ik zal er zo meteen een paar vragen over stellen. Wie de zorgtoeslag heeft verzonnen, wens ik toch een bezoek toe in een van de instellingen voor de zorg.

De minister en de Kamer hebben alweer een hele tijd geleden gesproken over de rompwet, de grote wet zelf. Vandaag is de invoerings- en aanpassingswet aan de orde. De minister zal ongetwijfeld elke dag peentjes zweeten naarmate deze operatie 1 januari 2006 gaat halen. De meest relevante vraag lijkt mij ook vandaag aan de orde: moet het eigenlijk doorgaan? In de nota naar aanleiding van het verslag lees ik daar heel weinig over. Ik herinner mij een vergelijkbaar debat over de WAO, waarbij de invoering ineens een jaar werd uitgesteld. Ik herinner mij ook het interessante debat met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over VUT, prepensioen en levensloop. In september volgt de definitieve toets om na te gaan of dat gruwelijk ingewikkelde wetsvoorstel fatsoenlijk kan landen. Ik neem aan dat ook dit wetsvoorstel een dergelijke toets moet doorstaan. Kan de minister garanderen dat de wet op 1 januari 2006 fatsoenlijk in werking treedt? Is er nog een nader moment van afweging, een soort model-De Geus? De Kamer krijgt in september nog een brief van de minister. Wat komt daarin te staan? Ik heb begrepen dat mevrouw Van Leeuwen, een van de meest spannende woordvoerders van de Eerste-Kamerfractie van het CDA, de nodige voorbehouden heeft gemaakt. Als deze wet helaas door de Tweede Kamer komt, moet mevrouw Van Leeuwen zich er ook over buigen. Dan mag de minister...

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voor de leeuwen!

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat veronderstel ik automatisch bij mevrouw Van Leeuwen, hoewel zij zich wel erg gemakkelijk tevreden liet

stellen. Maar zij doet in ieder geval een poging en dat waardeer ik zeer. Mijn vraag is dus of er nog een nader afwegingsmoment komt. Wellicht wordt dit in de Eerste Kamer met mevrouw Van Leeuwen besproken, maar ik hoor liever vandaag of nu de definitieve beslissing wordt genomen. Ik heb enkele goede redenen om voor uitstel te pleiten. Er moet nog allerlei lagere regelgeving in AMvB's worden neergelegd. De privacy is ook nog niet goed geregeld. Daarbij is het gewoon idioot dat de wet die markt moet ordenen nog bij de Raad van State ligt. Dat doet mij denken aan het drama in de elektriciteitssector. Ik heb van de minister begrepen dat zorg vergeleken kan worden met een auto. Dan kan er ook wel een vergelijking met elektrische stroom gemaakt worden. Na vijftien jaar marktwerking in de elektriciteitssector is men nog steeds bezig met de vormgeving van de structuur van de marktordening. Dat is absurd en dat gebeurt nu ook bij de zorg. In zekere zin was dit ook onze kritiek op de stille stelselherziening van mevrouw Borst. Die titel mocht overigens nooit gebruikt worden, maar de facto kwam het er wel op neer.

Deze minister wil nu versneld de marktwerking invoeren. Daar wordt ongelooflijk veel van verwacht. Dat is min of meer het hart van het nieuwe zorgstelsel. Verzekeraars moeten voortdurend een prettig gesprek aangaan met de zorgaanbieders. De wet die de marktordening regelt, die de kaders stelt voor verzekeraars en zorgaanbieders, is er echter nog niet. Het lijkt mij logisch om de volgorde om te draaien. Als je al marktwerking wilt, moeten de kaders daarvan eerst in de Kamer besproken worden. Daarna kan de zorgverzekeringwet volgen.

Ik ben slechts een eenvoudige herintreder in dit debat, maar in de verslagen van de voorgaande debatten valt mij op dat het begrip marktwerking in de zorg een soort black box is. Er wordt van alles van verwacht. Enkele jaren geleden werd deze discussie ook al gevoerd, zij het op wat lichtere toon. Ik heb toen wel eens een leuke verzekeraar gevraagd op welke wijze hij zijn cliënten tevreden wilde stellen, maar hij had geen idee. Het kernbegrip "kwaliteit" wordt nooit geëxpliciteerd, terwijl verzekeraars moeten inkopen op basis van prijs/kwaliteit. Er is

niemand die mij duidelijk kan maken wat dit in de praktijk betekent. Dat vind ik hoogst merkwaardig, want dat is de kern van het nieuwe stelsel. Verzekeraars concurreren met elkaar om de gunst van de klant en sluiten contracten af met een goede prijs-kwaliteitsverhouding, maar het is volstrekt onduidelijk wat dit materieel betekent. Ik ben geen goede voorbeelden daarvan tegengekomen. Nergens staat wat de plannen van de verzekeraars zijn. Ik veronderstel dat de minister nog veel beter is geïnformeerd dan ik. Een halfjaar na het debat in de Tweede Kamer zal hij wel weten hoe het er precies voorstaat. Ik neem aan dat hij een soort team heeft dat het gedrag van de verzekeraars bespioneert en dat dit informatie oplevert over het type gedrag van de verzekeraars op het moment dat deze wet zal worden ingevoerd. Ik neem aan dat men zich daarop nu voorbereidt. Hoe zit dat en is dat bevredigend? Heeft dat echt betrekking op kwaliteit en wordt die slag daadwerkelijk gemaakt? Ik vraag de minister daar in dit debat bij stil te staan. Als hij daarover geen duidelijkheid kan geven, is dat misschien een extra reden om de zaak een jaar op te schorten. Ik verwijs wat dat betreft naar de handelwijze van minister De Geus. De overgang naar 2006 heeft misschien enigszins met blok 2 te maken, maar ik hecht eraan daaraan nu aandacht te besteden. Evenals veel collega's maak ik mij zorgen over het probleem van de onverzekerden. In de Eerste Kamer is dit probleem alweer uitvoerig met mevrouw Van Leeuwen besproken. De minister heeft daar een toezegging gedaan, namelijk de negatieve optie, en die ziet er redelijk uit. Ik kan mij daarbij iets voorstellen. Er wordt met allerlei sancties gedreigd op het moment dat verzekerden niet op tijd hun verantwoordelijkheid nemen. Naar mijn idee gaat men daarin nu en dan behoorlijk ver. Ik vraag mij overigens af of dat nieuwe systeem ook een goede borg biedt voor alle mensen die in een schuldsaneringstraject zitten. Als gevolg van de economische recessie zijn er dat helaas nogal wat. De hoofdvraag is wat de sancties zijn voor verzekeraars die geen medewerking verlenen, die dus niet doen wat in deze wet staat. Is dat enigszins in evenwicht? Voor verzekerden die niet tijdig overstappen en opeens de status "onverze-

kerd" krijgen, zwaait er wat. Het doet er dan niet toe of zij bewust of per ongeluk niet tijdig overstappen. Wat geldt voor verzekeraars die niet loyaal meewerken, ondanks alle papieren en geweldige toezeggingen van de landelijke koepelorganisaties? Het is overigens vaker voorgekomen dat er een meningsverschil is tussen de koepelorganisatie en de leden. Er wordt dan gezegd dat zij die niet in de hand hebben en daarin hebben zij nog gelijk ook. Een ander punt is de risico's voor mensen met een laag inkomen. Dat is gerelateerd aan het punt van de zorgtoeslag. Op het moment dat wij discussieerden over de Awir kwam ook bij de coalitiefracties het punt aan de orde dat inkomensafhankelijke regelingen, zoals die met betrekking tot de huursubsidie, de Wetos en nu ook de zorgtoeslag, niet goed zouden zijn in verband met de armoedeval. Aan de rechterkant van het politieke spectrum heerst altijd het misverstand dat die armoedeval boven in het inkomensgebouw zit. Dat is dus niet juist. Dan krijgt men geen huursubsidie en Wetos evenmin. Door de bank genomen houdt men van elke extra verdiende euro 48% in de portemonnee. Die armoedeval speelt veel meer een rol bij specifieke groepen beneden modaal. De staatssecretaris van Financiën en de minister van Sociale Zaken hebben onder druk van veel fracties in de Kamer uitdrukkelijk toegezegd dat hieraan iets zal worden gedaan. Die armoedeval onder modaal moet verminderen. Er zijn veel verschillende situaties die ik nu niet weer zal schetsen. Het punt is echter dat ik al op dat moment tegenover de beide bewindspersonen mijn verbazing heb uitgesproken over het feit dat dit kabinet dan toch opeens een zorgtoeslag zal invoeren. Dat zal leiden tot een verhoging van de armoedeval, terwijl juist dit voorjaar door de Kamer uitdrukkelijk is aangegeven dat die dient te worden aangepakt. Daarvoor zijn verschillende methoden denkbaar. Daarop zal ik nu niet ingaan. Het slechtste wat men echter kan doen, is het invoeren van een zorgtoeslag. Hoe zit dat en hoe staat het met de nakoming van de toezegging die de beide bewindspersonen in dat debat hebben gedaan? Ik kan mij niet voorstellen dat wij vandaag ten aanzien van die zorgtoeslag doen alsof er niets aan de hand is en dat wij in september een probleem

maken van die armoedeval. Het zou overigens niet de eerste keer zijn dat de Tweede Kamer de verkeerde volgorde hanteerde. Heeft het kabinet nieuwe inzichten in het nut, de noodzaak en de onwenselijkheid van de zorgtoeslag? Als dat het geval is, verneem ik dat graag vandaag.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wat is het verschil tussen een premie die geleidelijk oploopt met het inkomen en een geleidelijke afname van de zorgtoeslag met het inkomen? Feitelijk zijn dat dezelfde mechanismen. Het grote verschil is naar mijn idee dat er geen sprake meer is van die enorme schokverschuivingen tussen die deelmarkten, dus van ziekenfonds naar particulier enz. In feite laat men het ene oplopen en het andere aflopen. Ik zie het probleem dan ook niet.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik merk dat de zorgtoeslag bij de Invoeringswet een iets ander karakter heeft gekregen. Indertijd was bij het wetsvoorstel Awir op basis van cijfers van het kabinet sprake van een verhoging van de armoedeval met 4%. Dat komt omdat het voor een deel wel degelijk verschillende systemen zijn. Ik vraag het kabinet op dit punt om uitleg.

De heer **Omtzigt** (CDA): Wij hebben daar bij het Awir-debat uitgebreid over gesproken. De heer Vendrik vergeet weer dat wij de nominale ziekenfondspremies en de werknemerspremie ziekenfonds afschaffen, hij vergeet weer de verlaging van de AWBZ-premies en kan weer niet kiezen tussen een lage afloop of een zorgtoeslag voor veel mensen. Als je de afloop sterker maakt, verminder je het aantal mensen met een zorgtoeslag. De heer Vendrik houdt dus in feite twee betogen. Aan de ene kant zegt hij dat wij het percentage moeten verhogen omdat dan minder mensen de toeslag krijgen. Aan de andere kant zegt hij dat het percentage verlaagd moet worden omdat dan de armoedeval wegblijft. Hoe denkt de heer Vendrik uit die klem te komen?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat is vrij simpel: het is mijn klem niet. Ik zou nooit gekozen hebben voor dit systeem. Het idee dat nominale premies nodig zijn voor marktwerking is echt grote flauwekul. Mevrouw Smits heeft daar terecht

een opmerking over gemaakt. Lees de fantastische analyse van het Centraal Planbureau er nog eens op na die drie jaar geleden ter gelegenheid van de verkiezingsprogramma's is opgesteld. Een volledige nominale premie heb je voor marktwerking niet nodig, hoe je ook over marktwerking denkt. Als je binnen het analysekader iets wilt doen met de premies, heb je dit systeem helemaal niet nodig. Dat is puur een ideologische keuze die niets te maken heeft met de keuze voor een stelsel en de daaruit voortvloeiende hoogte van de nominale premie. Dan kom je dus vanzelf in de prut terecht. Dan moet je dus kiezen voor een zorgtoeslag die afloopt naarmate het inkomen stijgt.

Dat is allemaal niet nodig. Dat is grote problemen oproepen vanwege één ideologische keuze, namelijk de weigering van dit kabinet om iedereen die nu particulier is verzekerd, een fatsoenlijke inkomensafhankelijke premie te laten betalen. Dat is de bottom line in dit debat. Die keuze wil het kabinet niet maken. Die wil de VVD niet maken, die wil deze minister niet maken. En dus krijgen wij die hele rimram: voor 6,1 miljoen Nederlanders een zorgtoeslag plus alle effecten voor de armoedeval. Ik heb er niet voor gekozen. Wij zijn voor een inkomensafhankelijke premie. Sterker nog, wij zijn voor het opgaan van die premie in de belastingheffing. Zie ons verkiezingsprogramma. Duidelijker kan ik het niet maken. Het is niet mijn klem, mijnheer Omtzigt, en ik ga haar voor u dus ook niet oplossen.

Ik sluit mij kortheidshalve aan bij de vele collega's die met het oog op de nota naar aanleiding van het verslag hebben gesproken over de positie van de Wajong'ers. Ik sluit mij in het bijzonder aan bij de woorden van mevrouw Smits.

Ik constateer dat dit wetsvoorstel met zich brengt dat de nominale premie uit de optelsom wordt gehaald die nodig is om te bepalen of en in welke mate de buitengewone-uitgavenaftrek wordt toegeestaan. Op zichzelf begrijp ik deze verandering nog wel; anders ga je namelijk cirkelen. Zelfs dit kabinet doet er goed aan om dat niet te doen. Hieraan gekoppeld is de vraag hoe dat voor de verschillende inkomensgroepen uitpakt. De drempel die in het huidige fiscale stelsel geldt, 11,2% van het

verzamelinkomen, is een inkomensafhankelijke drempel, maar de nominale premies zijn voor iedereen gelijk. Tegelijkertijd moet daarbij worden aangetekend dat de premies die vandaag de dag bij de buitengewone uitgaven in rekening worden gebracht, in een andere verhouding tot elkaar staan dan in de nieuwe situatie. Is deze oplossing, waarvoor het kabinet kiest, niet te ruw? Ik zeg dat niet voor niks. Het thema van de buitengewone uitgaven, in het bijzonder de positie van chronisch zieken en gehandicapten, heeft buitengewoon veel aandacht gehad van de Kamer, en terecht. Helaas is dat ook een probleem dat deze minister heeft veroorzaakt door meer eigen bijdragen. Dan volgt toch een debat over compensatie, en dan moet die arme staatssecretaris van Financiën dat allemaal weer gaan oplossen. Hij wilde dat niet en toen heeft de Kamer ten dele ingegrepen. Er is een compromis uit de bus gerold, maar tot op de dag van vandaag weten wij niet – wij wachten op de gegevens in september – of het nieuwe systeem voor buitengewone uitgaven en het isoleren van specifieke kosten doet wat wij daarmee beogen. Ik vind dus dat deze verandering te vroeg komt. Wij voeren immers nog een groot debat met de staatssecretaris van Financiën over de vraag of de huidige buitengewone-uitgaven-systematiek voor chronisch zieken en gehandicapten doet wat zij moet doen. Voor hen zal de verandering die de minister in dit wetsvoorstel voorstelt, het grootst zijn. Ik vind het logisch om dat erbij te betrekken. Ik vraag de minister daarom dat deel uit de Invoeringswet te halen en met de staatssecretaris van Financiën in overleg te treden met het doel dat naar het belastingplan over te hevelen. Wij hebben de harde toezegging van de staatssecretaris dat hij de uitwerking van de buitengewone-uitgavenregeling voor chronisch zieken en gehandicapten zal bekijken. Daarna kunnen wij het debat integraal hernemen. Ik kijk ook naar mijn collega's: dit moet de Kamer volgens mij niet laten gebeuren.

Een ander punt betreft een soort vage toezegging van de minister van VWS dat hij nog gaat kijken naar de integratie van buitengewone-uitgavenregelingen en TBU en dat hij ook nog gaat kijken naar eventuele problemen die ontstaan bij cumulatie

van no claim, eigen risico, enz. Daar ben ik eigenlijk heel nieuwsgierig naar. Deze is ook alweer in de Eerste Kamer gedaan naar aanleiding van een vraag van Hannie van Leeuwen. Het blijft fascinerend! Het zijn op zichzelf twee verschillende kwesties, maar zij raken elkaar natuurlijk wel heel erg. De fiscale compensatie via de buitengewone-uitgavenaftrek speelt immers juist bij no claim, eigen risico en eigen betalingen. Ik wil in dit debat hierover volledige helderheid hebben. Het is immers razend belangrijk. Het is natuurlijk prachtig als er straks een systeem komt waarbij chronisch zieken en gehandicapten er goed voor komen te staan als het gaat om de polis, maar zij hebben er geen moer aan op het moment dat zij worden geconfronteerd met forse eigen bijdragen, met een no claim die zij niet zullen terugkrijgen. Dat is helaas de praktijk. Zij zijn het haasje. Ons amendement bij de no-claimwet om chronisch zieken daarvan uit te zonderen, is helaas verworpen door een meerderheid van de Kamer. Zij krijgen dus het volle gelag. Dan is fiscale compensatie een beroerde, maar helaas de enige weg. Ik denk dat wij ervoor moeten zorgen dat dit geborgd wordt. Ik vraag op dat punt dus helderheid.

Ik heb nog een laatste punt. Hoe staat het met de administratieve lastendruk van de zogaanbieders, van de huisarts op de hoek en de fysiotherapeut? Ik maak mij op dit punt altijd iets minder zorgen over de grote ziekenhuizen, want die hebben daar meestal wel een professionele staf voor. Het gaat mij gewoon om de eenpitters, om de kleine groepspraktijken die een denderende hoeveelheid verzekeraars langs krijgen waarmee zij allemaal onderhandelingen moeten voeren en contracten moeten afsluiten. Zij moeten papier tekenen. Het is tekenen bij het kruisje, in alle varianten, soorten en maten. Wordt het voor hen een zootje of blijft het voor hen behapbaar? Neemt de tijd die deze professionals moeten besteden aan papier, toe of af?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Wij hebben in de Tweede Kamer een intensief debat gehad over de wetten die nog ingevoerd moeten worden en daarvoor het voertuig nodig hebben dat wij vandaag bespreken. Wij hebben ook met meer dan gewone belangstelling

het debat in de Eerste Kamer gevolgd, waarin allerlei toezeggingen zijn gedaan die uiteraard moeten worden nagekomen. Daar zullen ze natuurlijk aan de overkant ook wel op letten, maar die zijn ook voor hier relevant. In het najaar worden nog allerlei momenten voorzien om de vinger aan de pols te hebben en de mind op te maken. De conclusie is dus in ieder geval dat er nog heel veel moet gebeuren. Mijn fractie vraagt daarvoor prudentie en uiteraard ook zorgvuldigheid. Mijn eerste blokje betreft de positie van de zorgverzekeraars. Er moet sprake zijn van een level playing field, van een gelijk speelveld voor de voormalige ziekenfondsen en de particuliere zorgverzekeraars. Dan stuit je toch op de wettelijke reserves die mogen worden meegenomen als ten minste tien jaar geen winstoogmerk wordt nagestreefd. Daar heb ik ook de vinger bij gelegd in het onlangs gehouden spoeddebat. Intussen zullen fusies kunnen plaatsvinden. Dan is de volgende vraag: hoe gaat dat nu precies in de praktijk. Ik sluit mij aan bij de vragen die daarover zijn gesteld. Moeten er nu in feite twee administraties, twee bedrijven in stand worden gelaten of zijn er ook "sluipwegen"? Ik noem hierbij ook de problematiek van de 8%-eis. De vraag bij dit blokje luidt dus eigenlijk: zullen de ingestelde mechanismen toereikend blijken te zijn om de verzekerden ook echt te beschermen tegen onverhoopt ongewenste effecten? Mijn tweede blokje gaat over de voorlichting. Duidelijk is dat je pas kunt gaan voorlichten als je zicht hebt op de precieze inhoud van de wet. Daarvoor heb je het debat in de Staten-Generaal, het debat van vandaag, ook nodig. De voorlichting moet echter wel zo snel, zo transparant en zo compleet mogelijk zijn. Anders krijg je weer onrust. Er gaan nogal wat verhalen rond over de financiële gevolgen op particulier niveau. Burgers zijn in het algemeen nogal gevoelig voor inkomenseffecten. Is er nu niet een slim traject denkbaar waarbij al die wensen worden verenigd? De minister zal zich herinneren dat er kamerbreed een behoorlijke inbreng was als het gaat om de positie van de huisartsen. In de nota van wijzigingen is een verplichte verwijzing opgenomen. Dat is een verbetering, maar wat nog wel moet gebeuren is een verankering van de

integraliteit van de zorg in de besluiten naar aanleiding van deze wet. Daarbij horen ook de in de Eerste Kamer gedane toezeggingen. Kan de minister garanderen dat per 1 januari 2006 alle toezeggingen helder verankerd worden in alle relevante stukken? De minister stelt dat de administratieve lasten voor de huisartsen fors omlaag gaan nu zij niet meer met gemiddeld tien maar met slechts twee of drie zorgverzekeraars zullen onderhandelen. Waarop baseert hij dat? En wat belangrijker is: hoe verhoudt zich dat tot de vrije artsenuitvoering? Als ik het goed begrijp, heeft hij zijn voorstellen op dit punt nog niet besproken met de NMA. Ook op dit punt wil ik graag duidelijkheid. Voorzitter. Als het nu buiten de orde is, hoor ik het graag, maar ik wil toch even wijzen op mijn amendement over de voorgestelde aparte subsidieregeling in de AWBZ voor abortussen en overtijdbehandelingen. Ik vind dit een Fremdkörper in de AWBZ. Uiteraard zie ik de historische context niet over het hoofd, maar het lijkt mij dat wij op dit punt consequent moeten zijn. De minister zegt niet meer dan dat die subsidiëring al heel lang plaatsvindt, maar zo makken we het niet. Hij heeft af en toe de moed om de dingen bij hun naam te noemen en medisch noodzakelijk kunnen wij deze activiteiten toch niet noemen. Mij is opgevallen dat de buitengewone uitgavenregeling nogal ingewikkeld wordt. Dat zou de toegankelijkheid ervan kunnen bemoeilijken en dat zou niet moeten. In de stukken wordt steeds gesproken over het afschaffen van de mogelijkheid om de nominale premie af te trekken. Dat blijkt ook uit de verwijzing naar paragraaf 5.2. van de wet. Ik heb de site van de Belastingdienst geraadpleegd en vraag mij af of dit betekent dat de bestaande aftrekbaarheid van de inkomensafhankelijke premies en de premievervangende belasting blijven bestaan. Ook op dit punt wil ik graag duidelijkheid. Mijn laatste blokje gaat over de koopkrachtontwikkeling. Daarover zijn echter al zoveel vragen gesteld dat ik nog maar weinig heb toe te voegen. Als de regering een stuk presenteert, is er altijd wel een geleiding in de samenleving die daar een (koopkracht)beeld naast legt. Wat reken je waaraan toe? Ons

komen regelmatig berekeningen onder ogen die wijzen op een grote verhoging van soms wel 16%. Kan de minister dit verklaren?

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ook ik had wat moeite met de planning: wat moet je waar aan de orde stellen? Ik heb ervoor gekozen om in dit blok alle openstaande vragen, kritiek en zorgen die raken aan de invoering in haar algemeenheid te behandelen. Op andere gevolgen kom ik terug in het volgende blok. Ik was al niet voor de invoering van dit stelsel, maar mijn zorgen nemen eerder toe dan af. Al voor de invoering, tijdens de behandeling in de Tweede en de Eerste Kamer en ook nu, is één vraag nooit (bevredigend) beantwoord: is dit stelsel wel "Europaproof"? De Europese Commissie heeft er expliciet toestemming voor gegeven dat ziekenfondsen hun financiële reserves houden; dat is dus geen probleem. Zij heeft echter niet expliciet toestemming gegeven voor het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht. De enige zekerheid die de minister heeft, is de "Bolkesteinbrief": "Ik geloof dat de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie gerechtvaardigd zouden kunnen zijn, omdat zij noodzakelijk lijken te zijn om de legitieme doelen van de Nederlandse regering te realiseren. Zonder kennis van de details van het wetsvoorstel is het niet mogelijk om te zeggen of voldaan is aan de eis van de noodzakelijkheid en proportionaliteit." Dat is geen toezegging. Nog los van het feit dat het een briefje is zonder status, is wat erin staat niet heel hoopgevend. Vorige week zei u letterlijk in de Eerste Kamer: "Een aantal belangrijke uitspraken van Bolkestein geven mij grote mate van comfort." U mag dat wel zo voelen, maar wat ik zonet heb voorgelezen geeft mij helemaal geen comfort. Los daarvan is comfort niet voldoende om hiermee door te gaan. Wilt u hierop nogmaals ingaan? Het is niet genoeg en niet overtuigend. Stel dat een buitenlandse verzekeraar naar het Europees Hof stapt. Misschien moet ons hele stelsel vervolgens worden aangepast. Wat gaan wij dan doen? Ik zal een voorbeeld geven van de haken en ogen die er nog steeds zijn. Over de contracteerplicht zei u in de Eerste Kamer dat u deze indien nodig via een AMvB alsnog kan

eisen. Dat kan bijvoorbeeld als een zorgverzekeraar te weinig aanbieders contracteert waardoor het aanbod van zorg of de keuzevrijheid te veel verschaalt. Het is mooi dat u dat kan, waar wat doet Europa als u daadwerkelijk ingrijpt? Hebt u daarover nagedacht? Dit is slechts één voorbeeld, een greep uit de wet, dat duidelijk maakt dat er nog veel onzekerheden zijn.

Over de dienstenrichtlijn zei u in de Eerste Kamer: "De zorgverzekering heeft niets te maken met de dienstenrichtlijn." U weet meer dan ik. Volgens mij is men er in Europa nog niet over uit of dit onderwerp er wel of niet onder valt. Blijkbaar weet u via interne lijntjes meer dan de Kamer. Ik ben benieuwd om te horen hoe dat zit. Wordt de zorg inderdaad definitief uitgesloten van de dienstenrichtlijn? Los daarvan hebt u uw huiswerk niet goed gedaan. Door het vrije verkeer van diensten mogen overheden geen belemmeringen opwerpen voor buitenlandse dienstverleners; daar gaat die dienstenrichtlijn over. Verder mogen zorgverzekeraars en -aanbieders op buitenlandse markten opereren. Ook al wordt de zorg uiteindelijk uitgesloten van de dienstenrichtlijn, dan bestaat nog steeds het probleem dat Nederland een privaat stelsel heeft. Volgens mij is het u allemaal nog niet helder. Aan buitenlandse verzekeraars mogen wel degelijk minder hoge eisen worden gesteld. In antwoord op de schriftelijk vragen ontkent u dat, maar volgens mij is dat onterecht.

Vanwaar deze punten? In zijn algemeenheid is het ontbreken van Europese instemming met het stelsel een groot risico. Los daarvan vind ik dat u op dat risico en de gevolgen daarvan moet zijn voorbereid, ook als het risico klein is. Tijdens de behandeling van het zorgstelsel in de Tweede Kamer hebt u gezegd dat u de zorgen niet terecht vindt, maar dat u altijd terug kunt naar een publiekrechtelijk stelsel. Dat hebt u echt letterlijk gezegd. Wanneer zou u dat willen overwegen? Als dat kan, dan moet u toch een plan hebben liggen als die situatie zich voordoet? Hebt u daarover nagedacht? Hebt u zo'n plan? Wat zouden de consequenties zijn als u inderdaad terug moet naar een publiekrechtelijk stelsel? Hoe gaat u dat oplossen? Er moet een scenario voor klaarliggen. Wij verschillen enorm van mening over de vraag of deze richting

verstandig is of niet. Wij verschillen toch hopelijk niet van mening dat het snel, op een fatsoenlijke manier en zonder allerlei nare gevolgen moet verlopen als het mis gaat en wij terug moeten naar een publiekrechtelijk stelsel? Ik wil dat u daar serieus op ingaat en toezegt dat er zo'n plan komt.

Dat ik daar niet gerust op ben, is ook een gevolg van wat er in de Eerste Kamer is gebeurd. Het is heel interessant om te bestuderen wat zich daar heeft voorgedaan en wat uw antwoorden waren. U hebt als antwoord op een vraag over dit punt gezegd: er is echter altijd ruimte voor aanpassing in de publiekrechtelijke sfeer. Dat vind ik knap vaag en iets anders dan "terug naar publiekrechtelijk". Vervolgens zegt u: ik kan dat niet precies aangeven. Dat moet u dus wel gezien de risico's en de problemen waarvoor wij kunnen komen te staan. Ook al schat u die risico's anders in, u moet wél aangeven hoe dat dan moet.

De onzekerheid rond de functionele omschrijving denkt u opgelost te hebben door modelovereenkomsten te maken waarop zorgverzekeraars hun polisbeschrijving kunnen enten. Zij moeten dit niet, maar kunnen dit. Dat moet echt strakker en beter. Kunt u daar niet wat duidelijker eisen aan stellen? Er komt een CTZ-toetsingskader. Ik kan mij niet herinneren dat wij daarvan iets hebben gezien, maar ik wil daar graag wat meer van weten. Waarlangs wordt getoetst? U hebt gezegd: of hetzelfde pakket zoals nu wordt geleverd. Dat vind ik ook wat vaag. Wat houdt dat toetsingskader in? Wat is de meetlat waarlangs de polissen worden gelegd? En dan nog een heel wezenlijke vraag. Lukt dat allemaal nog? De tijd wordt namelijk heel krap als het vóór 1 januari moet gebeuren. Sterker nog: het moet vóór 16 december, want dan worden de polissen voorgelegd. Ik neem aan dat de toetsing vóór 16 december heeft plaatsgevonden, namelijk voordat de mensen een voorstel in de bus krijgen.

Ik kom automatisch op alle risico's rondom invoering op deze korte termijn. Het risico bestaat dat er problemen en zelfs chaos gaat ontstaan. Ik zal vandaag een jaar uitstel bepleiten en daarover ook een motie indienen. Zoals het nu gaat, vind ik het niet verantwoord. Ik vraag mij ook af of het licht volledig op groen staat voor de minister als wij

deze week mogelijk deze wet aannemen. Tegen een aantal collega's zeg ik dan ook dat wij dat niet hoeven te doen. Komt er nog een afwegingsmoment? Er komen nog andere wetten aan, want de privacy en allerlei andere dingen moeten tenslotte nog worden geregeld. Voor mij komt er een nieuw moment van go or no go oftewel groen licht. Je weet namelijk niet zeker hoe die debatten verlopen, wat de uitkomsten van die wetten zijn, hoe de regelingen waarmee u komt eruit zien en of u nog tegen bepaalde problemen aanloopt. Hoe kijkt u daar zelf tegenaan?

Ik vind het in ieder geval niet verantwoord. Dat heeft vooral met de volgorde der dingen te maken. Je kunt geen stelsel invoeren als de wetgeving en andere regels daaromtrent niet op orde zijn. Het toezicht is nog niet geregeld en dat moet echt gebeurd zijn voordat je een wet kunt invoeren. Hoe denkt u dat het allemaal nog gaat lukken? U hebt al een schema gegeven van de wijze waarop wij de wetten in de Kamer gaan behandelen, maar ik heb er een hard hoofd in. De zorgautoriteit, reclamatoezicht, ministeriële regelingen in verband met privacy: het moet er allemaal nog komen. Ik zie niet voor mij dat het allemaal op tijd gaat lukken. Vervolgens kom ik te spreken over de uitvoering zelf. De voorlichtingscampagne moet nog beginnen. Ik voorspel u dat mensen het niet zullen bevatten. Dat komt omdat het systeem an sich al niet te bevatten is. Iets uitleggen wat niet uit te leggen valt, levert grote problemen op. U verwijst naar internet, maar veel mensen hebben dat niet en kunnen dus niet beschikken over informatie op www.kiesbeter.nl en allerlei andere websites. Hoe gaat u ervoor zorgen dat die mensen wél alle informatie krijgen? Een paar televisiespotjes gaat dat probleem ook niet oplossen. Het is geen eenvoudige vraag. Mensen zitten met polissen en kunnen een aanbod krijgen dat zij kunnen, maar niet hoeven aan te nemen. Dat kunt u niet uitleggen in televisiespotjes, want dat gaat niet lukken. Wij zullen ook vragen krijgen, en dan zullen wij de mensen zo goed mogelijk helpen. Veel mensen die zelf dieper in de materie zitten, zullen dat ook doen, maar zij kunnen niet iedereen bereiken. De manier waarop u ervoor wilt zorgen dat alle mensen op een

fatsoenlijke manier een beslissing kunnen nemen, vind ik echt te mager.

De zorgverzekeraars hebben geen contracteerplicht meer en mogen dus contracten gaan afsluiten met al die zorgaanbieders. Dat is ook nog een herejee! Ik zie niet in hoe die contracteerhause nog voor 1 januari op een fatsoenlijke manier moet worden geregeld.

Ook interessant uit het debat met de Eerste Kamer was, dat u de positie van de patiënten wilt versterken. In de Tweede Kamer hebben wij ons stinkende best gedaan om u daartoe te bewegen. Het is niet erg goed gelukt, maar gelukkig hebt u een toezegging gedaan in de Eerste Kamer. Ik vond die toezegging echter nogal vaag. U zou met € 5 mln. komen, maar hield daarbij een behoorlijke slag om de arm. Uw houding had iets van: vertrouwt u mij nu maar. Maar waarvoor wordt dat bedrag ingezet en hoe komt het bij de patiëntenverenigingen? Via PGO, of via de koepel? Met dat laatste zou ik niet zo gelukkig zijn. Als er extra geld komt voor versterking, moet dat zo veel mogelijk bij de organisaties terecht komen die het meest direct contact hebben met de patiënten, en niet bij de koepels. Ook op een ander punt zal chaos ontstaan, namelijk als verzekeraars tussen januari en mei premies moeten gaan terugstorten. Dat is een heel ingewikkelde zaak. Men kan in december het aanbod accepteren, maar men kan daarna ook nog switchen, tot en met mei. Het kan zijn dat men dan met terugwerkende kracht naar een andere verzekering overgaat. De verzekeraars moeten dat onder elkaar oplossen. Het is prettig dat de patiënt het niet zelf hoeft op te lossen, maar volgens mij wordt het een enorm gedoe als de verzekeraars het onderling moeten regelen. De verzekeraars willen natuurlijk het liefst niet dokken als er hoge rekeningen liggen. Kunt u aangeven hoe dit opgelost wordt en hoe dit op een fatsoenlijke manier, zonder chaos, gaat verlopen?

Dan kom ik nu op het non-selecte integrale aanbod. Het klinkt buitengewoon ingewikkeld, maar waarschijnlijk wordt er gewoon mee bedoeld dat mensen voor 16 december een aanbod krijgen van hun huidige zorgverzekering, inclusief de aanvullende verzekering, dat zij al dan niet kunnen accepteren. Laat men niets horen, dan heeft men het

aanbod automatisch geaccepteerd. Dit is een mooie afspraak, maar geen garantie. Ik maak mij met name zorgen over de aanvullende verzekering. Laat ik erop vertrouwen dat de zorgverzekeraars er zelf belang bij hebben dat de polissen in orde zijn. Zij hebben er echter ook belang bij om zich bij de aanvullende verzekering wat minder aan de afspraak te houden. Ik weet wel dat het niet in de wet staat en dat u er dus geen invloed op hebt, maar ik wil van u de garantie dat een en ander inclusief de aanvullende verzekering is en dat zorgverzekeraars zich daaraan gaan houden. Als dat niet gebeurt, dan krijgen wij echt een probleem bij mensen die nu al een selectie aan hun broek krijgen. Ik stel de salarissen van de directeurs van de zorgverzekeraars aan de orde, omdat ik voorzie dat daar een probleem gaat ontstaan. Vorige week kwam in het nieuws dat men bezig is met de code voor salarissen van directeurs in de zorg in het algemeen. Daarin komt te staan dat men niet het salaris van de minister-president, maar een salaris van maar liefst € 220.000 normaal vindt als maximum. Ik heb niet begrepen dat de minister daarop al heeft gereageerd. Dat zou wel een dezer dagen gaan gebeuren; Misschien kan de minister het vandaag doen. Ik maak mij daardoor ook zorgen over de salarissen bij de zorgverzekeraars. Daarvoor hebben wij niets geregeld, en zij vallen niet onder de code. Wij kunnen wel denken dat het allemaal niet zo'n vaart zal lopen, maar daar denk ik dus helemaal niet zo over. Wat de zorgaanbieders betreft, hebben wij geprobeerd om via de WTZi te regelen dat de minister eisen stelt aan maximumsalarissen door middel van een vergunningstelsel. U vond dat toen niet nodig. Vindt u het nog steeds niet nodig, nu men toch andere normen denkt te hebben dan een meerderheid in de politiek en u zelf hanteren? Daarop ontvang ik graag een reactie. Zouden wij in deze wet de maximumsalarissen niet ook moeten koppelen aan een vergunning? Ik ben bang dat het op dit gebied de spuigaten uit zal lopen. Als ik dan in de beantwoording van de minister zie dat zelfs openbaarmaking bij zorgverzekeraars niet verplicht is, dan vind ik dat toch echt achterhaald. Ik vind dat wij op zijn minst alsnog zouden moeten regelen dat de salarissen bij de zorgverzeke-

ringen openbaar worden gemaakt en ik vind zelfs dat wij een maximum moeten koppelen aan de vergunningen. Dat is nu niet geregeld. De ontwikkelingen rondom de code tonen aan dat zij het zelf absoluut niet van plan zijn. Ik verwacht het van de zorgverzekeraars ook niet. Ik heb nog geen amendement, maar ik ben er wel over aan het denken om er een voor te bereiden. Het zou natuurlijk nog mooier zijn als de minister zelf bewoog op dit punt.

De **voorzitter**: Dit was mevrouw Kant van de SP-fractie.

Mevrouw **Kant** (SP): O, ik vergeet de zorgtoeslag.

De **voorzitter**: Even een punt van algemene orde. Ik heb toch het idee dat langzamerhand niet alleen de zorgverzekering en de zorgtoeslag, maar ook andere elementen naar voren worden gebracht. Enkele leden hebben flink wat tijd genomen voor deze twee blokjes. Ik stel voor om in ieder geval te proberen, het derde blokje ook maar te doen en om dan de lunchpauze te gebruiken voor overleg. Dan kunnen wij van een tot twee lunchpauze houden en om twee uur verdergaan met het antwoord van de minister in eerste termijn. Dan zal ik zo dadelijk alvast de spreektijd noemen die u allen nog rest voor uw tweede termijn, zodat u zich daar op kunt voorbereiden. Heeft dat uw instemming?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik probeer het nog te begrijpen. U stelt dus voor dat degenen die nog niet over de zorgverzekeringsaspecten hebben gesproken, nu alsnog het woord gaan voeren over blok 3? Dan gaan wij gewoon weer het rijtje langs?

De **voorzitter**: Ja. Ik denk dat dit niet veel tijd zal kosten, omdat sommige leden hun spreektijd nagenoeg helemaal benut hebben. Laten wij dus proberen om van de nood een deugd te maken. Ik besef volledig dat ik niet in staat ben geweest om de blokken strikt te scheiden, maar het zij zo.

Mevrouw **Schippers** (VVD): U zegt dat wij dan rond een uur klaar zijn. Dat betekent dat wij iets minder dan een halfuur hebben voor de betogen van alle partijen over de Zorg-

verzekeringwet. Dat lijkt mij niet voldoende.

De **voorzitter**: Nee, nee. Ik maak een inschatting van de duur gelet op de spreektijden en gelet op wat u in tweede termijn nog wenst. Dan zou het maximaal tot een uur kunnen zijn. U bent het daar niet mee eens? Ik zou toch maar een begin willen maken. De heer Vendrik bijvoorbeeld heeft in totaal nog drie minuten spreektijd, inclusief tweede termijn.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Volgens mij hebben wij toch nog wel wat punten. De minister is in zijn beantwoording meestal to the point. Daarna hebben wij een stevige tweede termijn, waarin wij ook alle andere punten meenemen en dan eindigen wij met de tweede termijn van de minister.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb het in mijn algemene deel algemeen gehouden. Alle punten van de Zorgverzekeringswet moet ik nog doen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ik zou wensen dat u het oude voorstel handhaaft. Dat betekent in dit geval dat mevrouw Kant nog de gelegenheid krijgt de zorgtoeslag van commentaar te voorzien en dat dan de minister aan het woord is, al dan niet na een korte pauze. Vervolgens kunnen wij een tweede ronde hebben.

Minister **Hoogervorst**: Het wordt op deze manier wel heel lastig voor mij. Misschien kunnen wij het zo doen dat mevrouw Kant haar betoeg eerst afmaakt. Het lijkt mij wenselijk dat de Kamer alles afrondt voordat ik ga antwoorden, want dan kan ik alles tegelijk doen. Daarin kunnen wij echter een pauze hebben, wat mij betreft. Wij kunnen na mevrouw Kant kort pauzeren voor de lunch, dan de Kamer haar eerste termijn later afmaken en dan neem ik een halfuur de tijd om in mijn eerste termijn direct alles in een keer mee te nemen.

De **voorzitter**: Dat is een tussenvoorstel. In ieder geval zal de minister pas antwoorden na de inbreng van de Kamerleden in eerste termijn. De vraag is dus alleen nog of wij lunchpauze houden na mevrouw Kant, of dat wij het afmaken voor de lunchpauze en de

lunchpauze tevens als pauze voor de minister benutten. Zegt u het maar.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het laatste lijkt mij het meest logisch: na het betoeg van mevrouw Kant houden wij een pauze van een minuut of vijf om even bij te komen en dan komt er een soort tweede ronde voor alle fracties.

De **voorzitter**: Mijnheer Vendrik, ik ben als was in uw handen. Dat gebeurt u niet vaak. Mevrouw Kant rondt haar betoeg af. Daarna hebben wij vijf minuten pauze en dan ronden wij de rest van de inbreng van de Kamer af. Vervolgens gaan wij lunchen en daarna gaat de minister antwoorden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik was gekomen bij de zorgtoeslag. Hoe alle inkomenseffecten ook worden bekeken, de groepen met de hoge inkomens worden minder getroffen dan de mensen met lagere inkomens. Zij gaan er zelfs op vooruit. Ik vind het een groot probleem dat deze groepen relatief te weinig bijdragen aan de zorg. Dat heeft alles te maken met de keuze voor niet-inkomensafhankelijke premies. Ik ga niet alles herhalen wat anderen al hebben gezegd over de koopkrachteffecten. Ik sluit mij aan bij de kritische vragen die daar al over zijn gesteld, ook die over de groepen die erop vooruit gaan. Ook de gevolgen voor de groepen die mevrouw Smits noemde, dus de Wajong'ers en de studenten, baren mij zorgen. Ik hoop dat de minister daarop ingaat in zijn antwoord. Ik vind het nog steeds gek dat er bij de berekening van de koopkrachteffecten vanuit wordt gegaan dat mensen hun no claim terugkrijgen. Was dat maar waar. Hierdoor ontstaat ook een groot verschil tussen groepen verzekeren. Wij waren niet voor de zorgtoeslag en die bureaucratie die deze oplevert, dat mag duidelijk zijn. Wij hadden al vanaf begin problemen met het vaststellen van de toeslag op basis van de gemiddelde standaardpremie. Die gemiddelde premie wordt berekend op basis van de gemiddelde premie min de no claim. Wat is een gemiddelde premie in het stelsel dat wij gaan krijgen? Is die reëel? Mogen wij dat eigenlijk wel doen? Ik heb bij de behandeling van de Wet op de zorgtoeslag al uitgebreid gediscussieerd met de minister over de vraag of er een

gemiddelde kan worden genomen of dat kan worden uitgegaan van de premie die mensen daadwerkelijk betalen. Dat is eerlijk want dan heeft iedereen maximale keuzevrijheid en wordt de keuze niet bepaald door de dikte van de portemonnee. Als de zorgtoeslag lager is doordat een gemiddelde premie wordt genomen in plaats van de premie die mensen zouden willen betalen voor een bepaalde polis bij een bepaalde verzekering, worden zij beperkt in hun keuzevrijheid omdat zij die premie wellicht niet kunnen betalen. Wij hebben daar uitgebreid over gediscussieerd. De minister vond het geen goed idee. Ik heb vervolgens geopperd om een gemiddelde van de aanvullende verzekering bij de premie op te tellen omdat mensen met lage inkomens er anders op basis van de zorgtoeslag niet voor kunnen kiezen om een aanvullende verzekering af te sluiten. Dat vond hij ook geen goed idee. Ik denk daar anders over, maar laten wij de discussie niet opnieuw voeren. Ik blijf toch zitten met de vraag of het reëel is om een gemiddelde van alle polissen te nemen. Er komen straks ook duurdere polissen zoals restitutiepolissen, polissen met extra service en polissen met extra keuzevrijheid die sommige mensen wel kunnen betalen en andere niet. Als wij dan op het gemiddelde gaan zitten, kan het zijn dat mensen in de problemen komen. Er komen immers ook extra goedkope polissen, zoals polissen met een hoger eigen risico. Er zitten dus wat extremen in die het gemiddelde mede gaan bepalen. Ik zou er eigenlijk voor willen pleiten om een soort normpolis te gaan hanteren, dus een polis met een goede service waar mensen goed mee uit de voeten moeten kunnen, en om op basis daarvan de toeslag te bepalen. Een gemiddelde premie kan namelijk heel anders uitpakken dan de premie die moet worden betaald voor een polis die normaal is voor een normaal gezin. De minister zegt dat het allemaal op tijd kan worden geregeld met de Belastingdienst. Ik heb daar een hard hoofd in. Ik wil dat de minister bevestigt dat dit mogelijk is en dat hij er garant voor staat. Het aanbod van de zorgverzekeringen is 16 december. Daarna moet alles nog worden berekend en moet worden uitbetaald. Mensen moeten de toeslag nog aanvragen en deze moet nog worden uitbetaald. Ik neem

tenminste aan dat mensen de zorgtoeslag van te voren krijgen zodat zij hun premie kunnen betalen. Dat zal een hele heksentoer worden. Volgens mij kan dat helemaal niet. Ik wil graag weten hoe dat volgens de minister mogelijk is. Tellen volwassen thuiswonende kinderen ook mee in het gezinsinkomen? Als die kinderen bijvoorbeeld alleen een bijbaantje hebben, zou dat rare effecten kunnen hebben. Ik denk aan ouders die veel verdienen, maar toch zorgtoeslag ontvangen, omdat hun kind heel weinig inkomen heeft. Misschien wil de minister hier nog op ingaan. De mensen krijgen een formulier waarop al zo veel mogelijk gegevens zijn ingevuld. De rest moeten de betrokkenen invullen. Dat dekt de situatie niet en dat baart mij zorgen. Anderen die op de een of andere manier niet in het vizier van de overheid zijn, moeten zelf actie ondernemen en het formulier aanvragen. Zij moeten daarover voorgelicht worden. Dit onderdeel vormt volgens mij een groot risico. Het ondergebruik van allerlei voorzieningen bij bepaalde groepen is al bekend. Dat zal bij dit onderdeel ook gebeuren, zo voorzie ik. Ik herhaal dat ik een dergelijke ontwikkeling zeer zorgelijk vind. Hoe kan de minister ervoor zorgen dat het niemand kan ontgaan om, als hij of zij daar recht op heeft, daadwerkelijk zorgtoeslag aan te vragen? Vaak gaat dit juist mis bij de kwetsbare groepen. Zij vragen niet aan waar zij recht op hebben. Dit gebeurt om welke reden dan ook: omdat zij het niet weten of omdat zij het niet kunnen. Ik wil graag dat de minister aangeeft op welke manier dit probleem opgelost kan worden. Men vraagt ook vaak geen aftrek voor buitengewone lasten aan, bijvoorbeeld omdat men het niet wil of niet kan. Als daar niet om gevraagd wordt, komen mensen dubbel in de problemen. Immers, dan valt het norminkomen anders uit en is de zorgtoeslag relatief lager. Dat is een vervelend gevolg. Bij interruptie heb ik al aangegeven dat naar mijn mening de percentages van de zorgtoeslag in de wet geregeld moeten worden en dat die alleen per wet en niet per AMvB gewijzigd mogen worden.

De **voorzitter**: Ik geef een indicatie van de totaal resterende spreektijden, dus voor het derde blokje én de

tweede termijn:
CDA 22 minuten;
PvdA 16 minuten;
VVD 16 minuten;
SP 1 minuut blessuretijd;
GroenLinks 3 minuten;
ChristenUnie 9 minuten;
SGP 7 minuten.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik sluit mij aan bij de opmerkingen van de heer Rouvoet. Ik doe namelijk mijn uiterste best om mij aan de spreektijden te houden. Dit is wel een wetgevingsoverleg. Het is voor mij onmogelijk om in 1 minuut mijn betoog te houden.

De **voorzitter**: Het zijn ook indicatieve tijden. Misschien kunt u onderling wat met de spreektijden schuiven.

De vergadering wordt van 12.30 uur tot 12.35 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik heropen de vergadering. Wij gaan nu over naar het derde blok over de zorgverzekeringsaspecten.

3. Zorgverzekeringsaspecten

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Voor de onverzekerden is de CDA-fractie tevreden over de gekozen oplossing van een negatieve optie. Minder tevreden zijn wij over de term, die nogal negatief klinkt. Misschien zouden wij dit de automatische optie moeten noemen. Dit lijkt de aangewezen weg om te voorkomen dat mensen op 1 januari 2006 onverzekerd zijn. Voor alle duidelijkheid wijs ik erop dat deze optie wat ons betreft geldt voor elke verzekerde, of hij nu verzekerd is via het ziekenfonds, een particuliere verzekering of een publiekrechtelijke regeling. Graag krijg ik daarvan een bevestiging van de minister. Dan kan de regeling ook volledig werken naar ons idee. Deze automatische optie geldt alleen voor de basisverzekering, niet voor de aanvullende verzekering. Hoe wordt hiermee in de praktijk omgegaan? Wat gebeurt er bijvoorbeeld als iemand op 6 januari naar zijn tandarts stapt – die in het aanvullende pakket zit – en dan per 1 februari een naturapolis kiest, terwijl hij in januari bij een dokter is geweest die niet gecontracteerd is? Wat gebeurt er in het algemeen als een zorgverzekeraar de brief op

16 december niet tijdig op de deurmat heeft?

De wettelijke regeling lijkt hierin heel zorgvuldig, maar is het ook goed afgedekt wanneer mensen impliciet akkoord blijken te gaan met het aanbod, bijvoorbeeld door betaling van de acceptgirokaart? Gaat een eventuele bestaande automatische incasso door, maar dan met een veel hoger bedrag, namelijk de nieuwe nominale premie? Hoe wordt hierop toezicht gehouden?

Speciale aandacht vragen wij voor dak- en thuislozen en andere zorgmijders, niet alleen bij de overgang maar ook daarna. Hetzelfde geldt voor bijstandsgerechtigden. De minister zal in overleg treden met de VNG om zaken te regelen voor mensen uit kwetsbare groepen, waarbij misschien van alles mis gaat met de verzekeringsplicht en de zorgtoeslag. Wat is precies de inzet van de minister? Moet bijvoorbeeld ook de mogelijkheid worden overwogen om een automatische incasso door gemeenten en automatisch overmaken van de zorgtoeslag aan gemeenten in een speciale regeling vast te leggen, en kunnen wij dat doen? Het meest elegant is het om dit via de VNG te regelen. Wij krijgen graag de toezegging van de minister dat hij het aantal verzekerden tot praktisch nul zal reduceren.

In de nota naar aanleiding van het verslag staat dat ouders, curatoren, bewindvoerders en dergelijke verantwoordelijk zijn voor de verzekering van hun kinderen. De schuldhulpverlening is hier al eerder naar voren gekomen. Wat gebeurt er als een bewindvoerder hierin tekortschiet?

Een zorgverzekeraar mag wanbetalers uiteindelijk royeren. Een tweede zorgverzekeraar heeft een acceptatieplicht en zal zo iemand gewoon moeten accepteren. Welke maatregelen kan hij nemen om zijn premie betaald te krijgen? Ziehier ook het spanningsveld tussen de privacy van de geroyeerde verzekerde en de zekerheid van de verzekeraar om premiebetaling veilig te stellen. Hoe gaan wij hiermee om?

Iemand zegt voor 1 maart de verzekering op, heeft tot 1 mei de tijd om een keuze te maken en maakt deze keuze op 29 april. Hoe is hij intussen verzekerd en wat gebeurt er met zijn aanvullende verzekering? Wat verzekerden in het buitenland betreft, heeft de CDA-fractie begrip

voor de onrust die is ontstaan over verzekerden elders in Europa die te maken krijgen met het stopzetten van de specifieke AWBZ-zorg ingevolge de Europese verordening, die Europawijd het woonlandbeginsel voorschrijft. Wij vinden de overgangsmaatregel die de minister heeft aangekondigd voor de huidige gebruikers goed en duidelijk, en wij steunen hem daarin. De CDA-fractie heeft ook nagedacht over mensen die nog geen AWBZ nodig hebben en die dus buiten de overgangsregeling vallen. Kan de minister aangeven waarom hij de overgangsregeling heeft gekozen en waarom hij die heeft beperkt tot mensen die nu al gebruik maken van de zorg en niet ook als overgangsregeling voor mensen die op dit moment in het buitenland wonen en al dan niet vrijwillig AWBZ-premie betalen? Wij hebben ook een vraag over de toewijzing van de AWBZ. De verzekerde moet de noodzaak van de zorg aannemelijk maken, zulks ter beoordeling van het CVZ. Dat is wat vaag. Wat wordt precies van de verzekerden verwacht? Hoe weten zij dat?

Hoe kunnen mensen die nu in het buitenland wonen en een buitenlanddekking hebben, waardoor zij een behandeling in Nederland ondergaan, die behandeling ook voortzetten? Is voor deze mensen een soortgelijke overgang mogelijk als voor de mensen die thans in de AWBZ zitten? Een in België woonachtige oude dame bijvoorbeeld heeft een buitenlanddekking van haar verzekering en bezoekt in Nijmegen een hematoloog in verband met een ziekte. Zij wil dit graag voortzetten. Kan dat?

Wat betreft de aanvullende verzekering zijn wij tevreden met de gedragscode die de zorgverzekeraars hebben afgesproken bij de overgang. Wij hebben daar ook nadrukkelijk voor gepleit. Dat de non-selectie acceptatie voor de aanvullende verzekering niet alleen geldt bij de eigen zorgverzekeraar, maar ook als de verzekerde kiest voor een andere, staat ons aan. Ons zorgenkindje blijft de aanvullende verzekering na de overgang. Wil iemand gemakkelijk kunnen overstappen met het standaardpakket en bij de nieuwe verzekering een aanvullende verzekering afsluiten, dan moet die toegankelijk zijn. Hoe kunnen wij realiseren dat de zorgverzekeraars vooral op het meest eenvoudige

aanvullende pakket niet te zwaar gaan selecteren? Dit is vooral een grote vrees van ouderen en chronisch zieken. Hetzelfde geldt vanaf volgend jaar voor elke jongere die achttien jaar wordt. Is het niet mogelijk deze non-selectie te accepteren voor het eenvoudige aanvullende pakket? Er zullen steeds weer jongeren achttien jaar worden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit is een pikante materie. Mevrouw Smilde spreekt over een eenvoudig aanvullend pakket. Wat zit daar in?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Er zijn verschillende typen aanvullende pakketten. In het meest simpele aanvullende pakket is bij wijze van spreken de zorg opgenomen die iedereen naast zijn standaardpakket nog zou willen hebben. Ik doel dus niet op dure aanvullende pakketten waarin dure cosmetische operaties of laserbehandelingen kunnen worden bijverzekerd, maar pakketten waar bijvoorbeeld de tandartszorg in is opgenomen. Je hebt bijvoorbeeld AV, AV-plus en AV-plus-plus.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Moet de minister als het aan het CDA ligt regelen dat voor eenvoudige aanvullende polissen er een soort permanente gedragscode komt? Ik vraag mij af of het kan. Ik denk dat de minister er helemaal niets over te zeggen heeft. Als het kan, moet dan de eenvoudige aanvullende polis niet worden opgenomen in het basispakket? Ik beluister toch goed dat het uitgangspunt van het CDA is: geen selectie?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is het uitgangspunt. Ik begrijp heel goed dat de minister dit stuk niet kan regelen. Ik vind echter dat de Kamer een signaal moet geven. Als zorgverzekeraars breed niet sterk gaan selecteren op dat meest eenvoudige aanvullende pakket, zal dat andere verzekeraars aanmoedigen om ook niet zwaar te selecteren. Ik zou een soort evenwicht willen. Is dat bespreekbaar voor de minister?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Mevrouw Smilde vraagt naar de bekende weg. Het is niet de eerste keer dat zij het vraagt. De vraag is al in eerdere debatten gesteld. De minister heeft in alle eerdere debatten duidelijk antwoord

gegeven. Er is een vrije markt, dus daar hebben wij niets over te zeggen. Als de Kamer wil dat iets wettelijk afgedwongen wordt, moet dat in het basispakket worden geregeld. De vragen die mevrouw Smilde nu stelt heeft zij al eerder gesteld. Het antwoord is al duidelijk.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Daar ben ik mij zeer van bewust. Wij zijn nu echter in het stadium waarin de invoeringswet wordt geregeld. Ik vind dat ik de minister best namens de fractie van het CDA mag aanspreken en dit ook de ether in mag slingeren, naar de zorgverzekeraars. Het is voor ons een bron van zorg. Waar veel verzekeringsmaatschappijen onderlinge verzekeringsmaatschappijen zijn, mag een stukje maatschappelijk ondernemen worden verwacht op dit punt. Ik realiseer mij heel goed dat dit niet wettelijk vast te leggen valt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het kenmerk van een vrije markt is dat er geen marktafspraken mogen worden gemaakt. De NMa zal dat tegenhouden. Er is nu een overgangsregeling. Voor de minister is het onmogelijk om het af te dwingen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik weet dat het onmogelijk is om het af te dwingen, maar dat neemt niet weg dat de politiek dit signaal mag afgeven. Je hebt zorgverzekeraars die bij wijze van spreken geneigd zijn om bij selectie het onderste uit de kan te halen en je hebt zorgverzekeraars die menen niet zozeer te hoeven selecteren. Ik wil die match graag maken en bij de zorgverzekeraars neerleggen: selecteer daar niet te sterk op, maar doe dat bij uitgebreidere aanvullende pakketten. Ik ben het helemaal met u eens dat er geen acceptatieplicht is, dat het niet mag en dat je er voorzichtig mee moet zijn. Ik wil puur en alleen dit signaal afgeven, omdat ik het belangrijk vind.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Sorry dat ik niet aanwezig was bij het vorige debat, maar bedankt, mevrouw Schippers, dat u mij bijlicht dat dit kennelijk al een rondje heeft gehad, meerdere keren zelfs. Dat had ik overigens ook wel gelezen. Voor het CDA is nu het uur U. Of het zegt: so be it, er wordt geselecteerd; slecht gebit, geen aanvullende verzekering. Of het CDA zegt in dit

debat: dat is ons een stap te ver, dat pikken wij niet. Dan zit er maar een ding op: basispakket. Ja of nee?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij hebben vastgesteld wat op dit moment in de basisverzekering zit. Wij gaan daarmee akkoord; dat is conform het ziekenfondspakket. Er kunnen collectieve contracten worden gesloten. Het gaat mij er puur en alleen om, op dit moment dat signaal af te geven. Ik heb vanochtend meer zaken gehoord die ook bij de Zorgverzekeringswet zijn gemeld. Het lijkt mij dat ik dit signaal nog eens mag afgeven bij deze invoeringswet.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik ben er altijd voor om een signaal af te geven op belangrijke punten. Maar is de conclusie dan dat de CDA-fractie, wetende dat het niet kan worden geregeld, op voorhand genoeg neemt met het afgeven van een op zichzelf loos signaal? U weet dat het niet kan worden afgedwongen. U geeft het signaal nog een keer af, maar u bent niet bereid om te bekijken of de Kamer dat in het basispakket kan regelen. Waarom kiest u alleen voor het appel, voor het signaal en niet voor de mogelijkheid voor de mede-wetgever om stappen te nemen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik kies voor het appèl, omdat een groot aantal zaken via collectieve contracten kan worden geregeld. Groepen chronische patiënten zitten in de collectieve contracten. Het kan aantrekkelijk zijn voor zorgverzekeraars om hun aanvullende pakketten daarop af te stemmen. Dat leg ik nu neer. Ik wil het niet regelen, want het kan niet worden geregeld. Ik kom bij de overgang van de publiekrechtelijke regelingen. De CDA-fractie heeft vragen gesteld over het risico voor een soepele invoering van een zorgverzekeringswet, wanneer het arbeidsvoorwaarden-overleg in de publiekrechtelijke sector, waar ook deze ziektekosten-regelingen altijd deel van uitmaken, niet tot overeenstemming leidt. De minister geeft aan dat hij er vertrouwen in heeft. Dat vrouwen hebben wij ook, omdat er vroeger of later wel overeenstemming komt op het terrein van de arbeidsvoorwaarden. Maar het gaat nu om de overgang bij de Zorgverzekeringswet. Hoe ziet de minister dat?

Vervolgens kom ik bij de overgang van de ggz. De uiteenzetting over de knip tussen de zorg ingevolge de Zorgverzekeringswet en de AWBZ is duidelijk gemarkeerd door het al dan niet inzetten van een behandeling. De vraag is of het begrip "behandeling" eenduidig wordt geïnterpreteerd. Zo ja, is die regeling dan duidelijk?

Dezelfde vraag geldt voor de duiding van de aard van de zorg. De minister schrijft dat hij afwentelingsgedrag wil voorkomen. Dat lijkt mij terecht, maar welk afwentelingsgedrag voorziet hij en hoe wil hij dat voorkomen?

Dan kom ik bij de geschillencommissie. De vragen van de CDA-fractie over een eventuele eigen bijdrage zijn uitvoerig beantwoord. Een deel van onze zorg is weggenomen, wanneer de minister de eigen bijdrage die kan en niet moet worden teruggevraagd, vergelijkt met het griffiegeld in bijvoorbeeld een bezwaarprocedure van de Algemene wet bestuursrecht. Hoe kan toch worden geregeld dat het geen drempel vormt en dat eventueel een bescheiden bedrag wordt gevraagd? Wanneer zal de geschillencommissie in werking treden?

De Kamer is volop bezig de poortwachtersfunctie van de huisarts te regelen. Dat zou de huisartsen kunnen aanmoedigen in de overtuiging dat wij hun rol zeer waarderen. Dit zou hen wellicht kunnen brengen tot een opener en minder bevooroordeeld idee over de nieuwe wet dan wij nu lezen. Mijn fractie is tevreden over de nota van wijziging waarin zowel voor de verwijzing naar de medisch specialist – de motie-Schippers/Smilde – als voor de poortwachtersfunctie – de motie-Van der Vlies c.s. – conform de toezegging van de minister in het VAO een wijziging is aangebracht. Wij gaan ook akkoord met de redenering over de verankering van de poortwachtersfunctie zoals omschreven in de nota. Wel willen wij de vinger aan de pols houden ten aanzien van de vraag of de gekozen route inderdaad het gewenste resultaat oplevert. Ik verwijs naar de toezegging van de minister in de Eerste Kamer om desnoods het eerste lid van artikel 12 aan te passen. Bij de gekozen oplossing blijft verwijzing door de bedrijfsarts mogelijk, zo begrijpen wij.

Mijn fractie had een groot aantal vragen over het gebruik van de privacygevoelige gegevens. Het College Bescherming Persoonsgegevens lijkt akkoord met de gedragscode van ZM en is tot overleg bereid. Is dit overleg al geweest? Wat zijn precies de bezwaren van het CPB? Welke extra gegevens worden ingevolge de zorgverzekeringswet gevraagd, vergeleken met het huidige stelsel. Privacy enhancing technologies in het proces van risicoverevening en bij de controle van de administratie kunnen de noodzaak van het gebruik van het sofi-nummer wegnemen. Kan de minister dit verduidelijken? Dat zou een aanzienlijk stap vooruit betekenen in het kader van de bescherming van de privacy.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Deze minister wil voor de verevening het sofi-nummer benutten. Dat levert een hoop gedoe met de bescherming van de privacy op. De Kamer kan dit voorkomen door deze minister te beletten het sofi-nummer hiervoor te gebruiken. Wat vindt de CDA-fractie daarvan?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik wacht graag eerst de reactie van de minister af. Overigens zien wij de noodzaak daarvan niet in. Uit de stukken blijkt heel duidelijk dat de gegevens zoveel mogelijk geanonimiseerd worden. In een aantal gevallen is het sofi-nummer nodig, maar dat geldt ook in de huidige situatie. Ik wil eerst van de minister weten of er ten aanzien van de privacybescherming sprake is van een verslechtering. Het blokkeren van deze mogelijkheid kan ongewenste gevolgen hebben voor mensen met zeldzame aandoeningen die via het vereveningsfonds gecompenseerd moeten worden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De hamvraag is of je daar het sofi-nummer voor nodig hebt. Wij laten eerst het gebruik daarvan toe in het vereveningssysteem om vervolgens een anonimiseringsoperatie toe te passen. Dat is toch merkwaardig?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat ben ik niet met u eens. Ik hoorde van iemand die een of twee keer per jaar zeer dure medicijnen tegen een ernstige ziekte nodig heeft dat zij er geen bezwaar tegen heeft om daarvoor een formulier bij de

verzekeraar in te dienen. Het belangrijkste is dat zij die medicijnen krijgt. Bovendien is een- en andermaal benadrukt dat alles met de KNMG en het CPB wordt afgestemd. Ik heb de minister dan ook naar de stand van zaken gevraagd.

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. Er is een verschil tussen de elementen die meetellen voor de no claim en de elementen die meetellen voor het eigen risico. Straks kan men de no claim houden, terwijl het vrijwillige eigen risico – daar kies men tenslotte zelf voor – moet worden betaald. Dat is vrij moeilijk uit te leggen. Waarom gelden niet dezelfde uitzonderingen voor het vrijwillige eigen risico en de no claim?

Het is mogelijk om een terugbetaalde no claim alsnog terug te vorderen, bijvoorbeeld als een DBC nog niet is afgelopen en later wordt gedeclareerd. Dit lijkt ons ongewenst. Kan het niet zo geregeld worden dat men of zijn no claim definitief terugkrijgt of dat de verzekeraar bij brief meldt dat er nog iets openstaat? Op die manier wordt voorkomen dat de uitbetaalde no claim moet worden teruggestort. Een goede verzekeringsadministratie is voor de uitvoering van deze wet van belang. Iedereen in Nederland is verplicht verzekerd, met uitzondering van gewetensbezwaarden, militairen en gedetineerden. De CDA-fractie is dan ook verbaasd om te lezen dat de verzekeringsadministratie bijvoorbeeld niet wordt gekoppeld aan een nieuwe administratie van de Wet Walvis Wfsv. Uit de memorie van toelichting blijkt dat ziekenfondsen in die wet daaraan wel zullen worden gekoppeld. Van die administratie zal een loonadministratie onderdeel uitmaken die up-to-date is. Daarbij komt dat daarin alle gegevens van de Nederlanders zijn opgenomen. Dat is nog belangrijker. Dat systeem is gekoppeld aan de gemeentelijke basisadministratie en het bevindt zich compleet in het publieke domein. Dat is ook belangrijk in relatie tot de opmerkingen van de heer Vendrik over de waarborging van de privacy. Wij begrijpen dan ook niet waarom de verzekeringsadministratie niet in dat systeem wordt opgenomen. Graag vernemen wij van de minister hoe dat alsnog mogelijk kan worden gemaakt. De mogelijkheid bestaat om mensen die

enige tijd onverzekerd zijn na een paar maanden aan te schrijven en hen erop te wijzen dat zij zich moeten verzekeren. Het is bijvoorbeeld ook mogelijk om een gemeente te waarschuwen als blijkt dat iemand die recht heeft op een WWB-uitkering onverzekerd rondloopt.

Niet alle mensen willen graag een formulier invullen om voor de zorgtoeslag in aanmerking te komen. Veel mensen hebben daarmee moeite. Daarbij valt te denken aan bepaalde groepen ouderen. Er zijn ook groepen die zijn uitgezonderd van het doen van belastingaangifte. Kan de minister nogmaals duidelijk uitleggen waarom het uiteindelijk doen van een aanvraag voor zorgtoeslag niet kan meegaan met de belastingaangifte en de oplegging van de aanslag? Men krijgt de zorgtoeslag dan weliswaar achteraf uitbetaald, maar dit is een andere vorm van subsidie. Deze subsidie is namelijk gerelateerd aan een verplichte verzekering waaraan men zich niet mag onttrekken.

Het punt van de administratieve lasten blijven wij met belangstelling volgen. Met de motie-Schippers wensten wij namelijk een duidelijk signaal aan de regering te geven: administratieve lasten mogen onder het nieuwe stelsel niet toenemen en het is daarom belangrijk de vinger aan de pols te houden.

De minister vermoedt dat de lasten niet zullen toenemen, maar ik vraag mij af waarop dat vermoeden is gebaseerd. Is het mogelijk de Kamer een niet al te dikke rapportage over de administratieve lasten voor te leggen? Graag willen wij een realistische schatting van de administratieve lasten van de burgers. Ik vermoed namelijk dat ik niet in staat ben om binnen twintig minuten een beslissing te nemen over het soort verzekering dat ik zal nemen, ondanks het feit dat ik redelijk goed ben geïnformeerd over het nieuwe zorgstelsel.

Het vereveningsstelsel is een hoeksteen van het nieuwe stelsel. Verzekeraars kunnen iedereen dezelfde premie aanbieden, omdat zij door middel van een bijdrage uit het Vereveningsfonds worden gecompenseerd voor het aantal zieken in een populatie. Dat maakt het stelsel zeer sociaal. Vorig jaar heeft de Kamer in een motie duidelijk aangegeven dat het aantal ziektes waarvoor wordt gecompenseerd nu

te gering is. De minister heeft in de nota naar aanleiding van het verslag aangegeven dat hij ook Diabetes II compenseert. Dat is heel positief en de verzekeraar biedt op dit moment al een collectief contract voor die mensen aan. Voor dure, zeldzame aandoeningen geldt echter dat verzekeraars een voorspelbaar verlies leiden van vele duizenden euro's per patiënt. Die groep mensen en hun patiëntenverenigingen zullen op dit moment dus nog niet actief door verzekeraars worden geworven. Dat zal wel gebeuren als blijkt dat de ex-post-verevening de komende tijd perfect werkt. Reeds vorig jaar heeft de Kamer aangegeven dat zij het wenselijk vindt dat de zojuist door mij genoemde groep wordt meegenomen. Naar ons oordeel kunnen de volgende aandoeningen direct worden opgenomen: multiple sclerose, cystische fibrose, ziekte van Kahle en de ziekte van Crohn. Deze ziektes zijn goed te definiëren. Het zijn dure ziektes, maar indien wordt behandeld volgens de juiste protocollen, zal sprake zijn van een zeer grote winst. Ik spreek dan over winst op zowel het financiële vlak als op dat van de gezondheid.

Wij zien met belangstelling de rapportage tegemoet over de integratie van BU en TBU met de zorgtoeslag. Beide zijn gericht op het maximeren van de zorgkosten die een huishouden kwijt kan zijn. Waarom wordt de BU in de wet vastgelegd en waarom de TBU een AMvB? Dat is belangrijk omdat de minister aankondigt de AWBZ-premies te verlagen. Er wordt ook aangekondigd dat de heffingskortingen volgend jaar worden verhoogd. Dat betekent dat een grote groep Nederlanders uit de belastingheffing zal worden getrokken. Dat is positief, maar wij moeten dan wel uiterst zorgvuldig omgaan met deze verzilveringsregel.

Verzekeraars kunnen verzekerden royeren voor de basisverzekering en de aanvullende polis. Daarvoor moeten zij wel een waarschuwing hebben verstuurd. Welke straf ondergaat een verzekeraar die ten onrechte royeert? Hoe wordt dat bepaald?

Het CDA wil dat verzekeraars hun best doen om iedereen op een goede manier verzekerd te laten zijn. Het is tegen een soort nieuwe standaardpakketpolis voor mensen die verzekeraars niet willen verzekeren. Welke maatregelen neemt de

regering om dat in het nieuwe stelsel te voorkomen? Hoe zal de minister voorkomen dat verzekeraars onderling gegevens van wanbetalers gaan uitwisselen? Welke sancties staan daarop als zij dat toch gaan doen? Wat is de mening van het College Bescherming Persoonsgegevens? Die wordt niet gegeven in de nota naar aanleiding van het verslag. Worden betalingsachterstanden geregistreerd bij het BKR in Tiel? De motie over alimentatiegerechtigden is misschien nog te kort geleden aangenomen om goed uitgewerkt te zijn. Toch begrijpt de CDA-fractie niet waarom bij nieuwe gevallen wel een dubbele premie betaald moet worden. Kan de minister toezeggen dat de Kamer uiterlijk 15 september zal horen hoe de motie wel zal worden uitgevoerd, opdat gescheiden mensen niet geconfronteerd worden met een dubbele premie? De Wet financiële dienstverlening lijkt onverkort van toepassing op de zorgverzekeraars. Wat betekent dat voor zorgverzekeraars die mensen actief informatie aanbieden over hun polissen? Wat betekent dat overigens voor de informatie die het ministerie zelf gaat verschaffen? Valt die daar ook onder? Moeten zij een logboek bijhouden van elke verzekerde die belt?

Mevrouw Kant heeft al gerefereerd aan de modelovereenkomsten. De overeenkomsten over de functiegerichte zorg zijn toegezegd. Die hebben wij nog niet gezien. Kunnen wij die zo snel mogelijk tegemoet zien? Welke status hebben zij? Dan kom ik op de premieberekening waarop de zorgtoeslag wordt gebaseerd. In de nota naar aanleiding van het verslag over de Zorgverzekeringswet hebben wij gelezen dat de korting die wordt gegeven op basis van productiviteit en het aangaan van een vrijwillig eigen risico niet wordt meegenomen bij de berekening van de gemiddelde premie. Daar zijn wij zeer content mee. Graag horen hiervan een bevestiging.

De heer **Heemskerk** (PvdA): In het debat over de Zorgverzekeringswet kondigde het CDA aan dat het ervan uitging dat er nog wel een veegwet kwam. Als ik het CDA zo hoor, lijkt mij dat er nog heel wat punten openstaan. Vindt de heer Omtzigt dat er nog steeds een veegwet dient te komen, of gaan wij dit allemaal in

nota's van wijziging regelen en dergelijke?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik hoop op een uitgebreide en heldere beantwoording van de minister, zoals wij dat van hem in dit dossier gewend zijn. Een snelle nota naar aanleiding van het verslag bij dit wetsvoorstel, waarin onze vragen voor 80 of 90% goed beantwoord werden binnen vier dagen, is een voorbeeld van een minister die de Kamer goed informeert. Er blijven nog vijf punten openstaan. Bij een wet die minstens vijftig materiewetten wijzigt, ben ik daar niet ontevreden over. Ik heb niet het woord "veegwet", maar "veegwetje" in de mond genomen. Ik sluit niet uit dat wij vandaag een of twee punten niet oplossen, maar ik hoop wel de hoofdpunten vandaag en in de plenaire afronding aanstaande woensdag wel opgelost te krijgen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik begrijp dat de CDA-fractie in de Eerste Kamer, bij monde van mevrouw Van Leeuwen, een groot nummer heeft gemaakt van het verschil tussen natura- en restitutiepolicies bij de vrije artskeuze. Daar is een motie over ingediend, als ik het goed heb onder aanvoering van de VVD, maar de naam van mevrouw Van Leeuwen staat er ook onder. In feite komt die motie erop neer dat er geen verschil mag zijn in premie tussen een restitutie- en naturapolis. Ik vraag nu naar de opinie van de CDA-fractie in de Tweede Kamer. Vindt die hetzelfde als mevrouw Van Leeuwen? Of moet ik dat aan mevrouw Smilde vragen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De Eerste Kamer heeft de motie aangenomen. Voor mensen die zijn aangewezen op een restitutiepolicis, moet die goed toegankelijk zijn. Het antwoord luidt dus: ja.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb uit de toelichting van de minister in de Eerste Kamer begrepen dat hij dat deel van de motie in ieder geval niet gaat uitvoeren. Neemt de CDA-fractie in de Tweede Kamer daarmee genoegen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij willen eerst kijken hoe de precieze uitwerking is. Wij nemen alles wat in de Eerste Kamer is aangenomen natuurlijk niet één op één over. Wij

gaan dus even kijken hoe de uitwerking in de komende dagen in het debat zal verlopen. Daar kan ik nu nog niet zoveel over zeggen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het was voor de CDA-fractie in de Eerste Kamer een meer dan aangelegen punt. Er is zelfs een motie tegenaan gegooid om deze minister tot helderheid te dwingen. Wat vindt de CDA-fractie in de Tweede Kamer hier nu van? Moeten wij dat vandaag regelen? De tijd van zien, bekijken en vragen stellen is misschien nu toch wel een keer aan z'n einde gekomen. Of vergis ik mij daarin?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat denk ik ook. Wij gaan deze uitvoeringswetten behandelen en wij gaan overwegen wat wij hiermee gaan doen. Daar heb ik op dit moment nog geen antwoord op.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Dat is toch een interessante observatie van de heer Vendrik. Mevrouw Van Leeuwen vecht als de gebruikelijke leeuw en dient een motie in en de Tweede-Kamerfractie van het CDA weet nog niet wat dat nu precies allemaal betekent.

Ik ben in mijn algemene inleiding ingegaan op de drie hoofdpunten van onzekerheid over de invoeringswet. Stijgt het aantal onverzekerden, hoe ziet het cadeautje voor de particuliere verzekeraars er precies uit, wat zijn al die risico's van de privaatrechtelijke vormgeving en vallen die nog wel terug te draaien in een publiekrechtelijke vorm? Wij gaan nu de techniek en de diepte even in. Dat lijkt soms wel heel specifiek doorvragen van de Kamer, maar het zijn dus echt de problemen waarmee mensen vanaf 1 januari 2006 te maken hebben. Er komt een bombardement aan voorlichting, maar de gecontracteerde zorgaanbieders staan niet in een polis. Hoe kom ik er dan achter of mijn huisarts, mijn tandarts, de naburige ziekenhuizen en alle academische ziekenhuizen door mijn geprefereerde verzekeraar gecontracteerd zijn? Als je op 2 januari 2006 achttien wordt, informeert de overheid je dan dat je een eigen polis moet gaan afsluiten of gaat dat vanzelf?

Ik heb ook een vraag over de automatische optie. Dat is dus niet meer de negatieve optie, maar de automatische optie. Die leggen wij

nu wettelijk vast. Daarmee voldoen wij aan de Wet financiële dienstverlening. Mag een verzekeraar die marktleider is in Rotterdam en dus goede prijzen heeft afgesproken met het Erasmus MC, alle omwonenden in Rotterdam een standaardcontract opsturen, met een apart hokje "verder maak ik de polismutatie in orde"? Dat lijkt mij een heel aantrekkelijke propositie. Ik hoor graag of dat kan.

Is een arboverzekering belangrijker dan een collectieve zorgverzekering? Mijn fractie meent van niet. De minister kan zich goed voorstellen dat dergelijke collectieve contracten onderdeel van overleg vormen met de ondernemingsraad. Maar wil de minister tegemoetkomen aan een verzoek van FNV, CNV en MHP om dit recht voor de ondernemingsraad alsnog wettelijk te verankeren en dat te doen in lijn met de wijze waarop aan ondernemingsraden instemmingsrecht over de arbozorg is verleend? Er is veel gesproken en er is veel onrust over de privacy. Als mijn fractie het goed snapt, zijn twee onderdelen van belang. Er komt een ministeriële regeling waarin wordt vastgesteld welke persoonsgegevens zorgverleners moeten en mogen doorgeven aan de zorgverzekeraars. Mijn fractie hoort graag de toezegging van de minister dat die ministeriële regeling er in ieder geval voor 1 januari 2006 is. Het andere onderdeel van de privacydiscussie betreft de vraag, wie die gegevens mogen inzien bij de zorgverzekeraars zelf. Het Verbond van Verzekeraars heeft daarover een gedragscode opgesteld. Die is goedgekeurd door het CBP. En er is een appendix over de zorgverzekeraars, maar daar is nog steeds geen overeenstemming over. Mijn vraag aan de minister luidt: zit de heer Wiegel nu al achterop die fiets bij de heer Overmars en kunt u ons in ieder geval toezeggen dat ook die bekrachtiging door het CBP in ieder geval geschiedt voor 1 januari 2006? Ik sluit mij aan bij de vragen van het CDA over de geschillencommissie. Ik verwacht een enorme toestroom van het aantal geschillen. Moet ik nu wel of niet bijbetalen? Wat zit er nu wel of niet in die functionele omschrijving? Met welke aantallen en termijnen houdt de minister rekening? Dit zal ongetwijfeld worden gemonitord. Hoe wordt hierover gerapporteerd?

Ik ben het eens met de heer Omtzigt dat het uiterst raar is dat de minister in de nota naar aanleiding van het verslag schrijft dat de polisadministratie van het UWV geen informatie bevat over het wel of niet verzekerd zijn in het kader van de Zorgverzekeringswet. Er komt bij de verzekeraars een sectoraal aanspreekpunt zorg dat de verzekeraars gaan bijhouden en waar de verzekerden in zitten. Dat levert de gegevens op ten behoeve van het vereveningsfonds en de zorgtoeslag. Waarom kan dat niet worden opgenomen in de polisadministratie van het UWV? Dan heb je beter zicht op bepaalde kwetsbare groepen. Als men zich uiteindelijk toch niet wil verzekeren, heeft de overheid in ieder geval zicht tot het uiterste ingespannen om hen erbij te betrekken.

Als men te laat is met het afsluiten van een verzekering en het is niet verwijtbaar – bijvoorbeeld omdat men er geestelijk niet toe in staat is – krijgt men geen boete. Dat is goed nieuws, maar welke criteria worden gehanteerd en welke partijen zijn daarbij betrokken? Als men niet verwijtbaar onverzekerd was, wie betaalt dan in voorkomende gevallen de ziekenhuisrekening?

De zorgverzekeringsrechten van gepensioneerden en gezinsleden van mensen die werknemer zijn in Nederland maar in het buitenland wonen, worden minder sterk. In België dient men bijvoorbeeld de kosten van het ziekenhuisverblijf apart te verzekeren. Erkent de minister dit probleem en aan welke oplossing denkt hij? Welke extra voorwaarden gelden voor iemand die in het buitenland woont, maar in Nederland een bezoek aan een arts brengt of nu al intramurale zorg krijgt?

Wat betreft de pgb-houders – het gaat met name om mensen die activerende begeleiding krijgen – verwijst de minister voortdurend naar de restitutiepolis. Een dergelijke polis is echter niet hetzelfde als een geëmancipeerde zorggebruiker kan bereiken via een pgb waarin hijzelf nieuwe zorgvormen gaat creëren. Hoe denkt de minister dit probleem op te lossen? Kan hij toezeggen dat, als er onderdelen van de AWBZ overgaan waarin het pgb mogelijk was, er in ieder geval geen bijbetaling nodig is bovenop de restitutie?

De **voorzitter**: Ik vind het jammer

dat er zoveel gedetailleerde vragen op de minister worden afgevuurd. A.s. woensdag hebben wij de plenaire afronding. Ik laat het graag aan de minister over, maar het moet natuurlijk wel behapbaar zijn vanmiddag. Het lijkt mij dat die technisch-inhoudelijke vragen beter schriftelijk hadden kunnen worden gesteld.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Mijn fractie is volstrekt coöperatief om de gestelde termijnen te halen en heeft er begrip voor dat de regering het proces voor het zomerreces wil afronden. Maar ik stel nu vragen die de mensen in het land ook stellen. Het is natuurlijk aan de minister om die vragen schriftelijk of mondeling te beantwoorden.

De **voorzitter**: Dat laatste bewijst dat u inderdaad erg coöperatief bent. Daarover geen misverstand.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij hebben toch tijd genoeg? De vergadering is uitgeschreven tot 23.00 uur.

De **voorzitter**: Dan hebt u de jongste convocatie niet gelezen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. In de Zorgverzekeringswet is de risicosolidariteit goed verankerd. De acceptatieplicht en de sterke beperking van de premiedifferentiatie liggen in deze wet vastgelegd. De risicoverevening is de ruggengraat van deze solidariteit. Wij hebben daarover al veel gesproken tijdens de behandeling van deze wet. Het moet zich nu in de praktijk bewijzen en al gaandeweg moeten eventuele aanpassingen, als die verbeteringen betreffen, worden doorgevoerd. Ik ben daarover voor dit moment uitgesproken. Graag wil ik de minister de volgende punten nog voorleggen.

De Kamer heeft bij de Zorgverzekeringswet een VVD-motie aangenomen die de minister verzoekt, nader in te gaan op de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget in deze wet. De minister heeft ons een brief geschreven waarin hij het PGB in de Zorgverzekeringswet afwijst, omdat deze wet de restitutiemogelijkheid kent en dus keuzevrijheid garandeert. Dat zou een PGB overbodig maken. Nu is het PGB niet alleen een instrument om keuzevrijheid te maximaliseren. Het draagt

ook bij aan het innovatieve vermogen en geeft grotere kansen aan nieuwe toetreders. Daarnaast zie ik ook zeker mogelijkheden voor de chronische zorg; denk bijvoorbeeld aan nierdialyse. Ik wil dan ook pleiten voor een experimenteerartikel waarmee een opening wordt geboden aan het PGB in de Zorgverzekeringswet. Dat artikel moet ingaan als de op genezing gerichte ggz wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2007.

Het CVZ constateert dat er voor ongeveer 5000 personen gevolgen zullen zijn als de geneeskundige ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld. Deze personen verliezen dan hun pgb voor activerende begeleiding uit de AWBZ. Het pgb heeft mijns inziens een belangrijke functie in de AWBZ. Ik ben het met de minister eens dat de belangrijke motivatie voor een pgb, de keuzevrijheid, in de Zorgverzekeringswet is gegarandeerd door de restitutiemogelijkheid. Ook leent maar een bepaald deel van de zorg zich voor een pgb. Dat ligt in de "cure" echt anders dan in de "care". Het gaat om langdurige voorspelbare behandeling. Vooral voor chronische aandoeningen heb ik echter veel vertrouwen in de innovatie die van het pgb kan uitgaan. Door een experimenteerartikel kan daarmee ervaring worden opgedaan. Ik heb hierover een amendement in voorbereiding.

De nota van wijziging op de I&A-wet regelt onder andere de overgang van verzekerden naar de Zorgverzekeringswet. Ter voorkoming van onverzekertheid wordt hierin geregeld dat de huidige verzekeraar een aanbod met "negatieve optie" mag doen. Ik heb daar eerder met mijn collega's in de Kamer om gevraagd. Ik ben blij dat dit nu ook juridisch mogelijk blijkt te zijn. Ik heb nog wel vragen over de manier waarop wordt geregeld hoe en van wie degenen die nu een ambtenarenregeling hebben – IZA, IZR en IZZ – dit aanbod krijgen.

IZA, IZR en DGPV zijn geen verzekeringen, maar regelingen. Voor deze groep wordt bepaald dat een rechtsopvolger wordt aangewezen die het aanbod met negatieve optie doet. Wat mij betreft verdient dit geen schoonheidsprijs. Het recht om een dergelijke aanbieding te doen is geld waard, gezien de omvang van de portefeuille. Dit wordt nu min of

meer onderhands aan een eventueel nog op te richten verzekeraar toebedeeld. De VVD-fractie heeft de voorkeur om dit anders te regelen, namelijk door openbare aanbesteding door de werkgevers, de gemeenten en provincies. In het geval van de IZA gaat de gemeente en in het geval van de IZR de provincie zelf zoeken naar een verzekeraar die voor hun populatie ambtenaren het beste aanbod doet. Ik heb begrepen dat de DGPV ook voornemens is om dit aan te besteden. Is dit juist? Kan de minister vertellen wat de NMa vindt van zijn voorstel in de nota van wijziging? In hoeverre is een open aanbesteding nog fatsoenlijk en zorgvuldig te realiseren? Wil de minister in zijn beantwoording reageren op de brief van de VNG waarin op dat krappe tijdschema wordt gewezen? Ik zou ook graag een reactie willen op de brief van de VNG waarin een termijn van drie jaar wordt genoemd waarop men denkt te kunnen aanbesteden. Dat lijkt mij een bijzonder lange termijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben blij dat mevrouw Schippers aan deze brief refereert, want om die openbare aanbesteding nog voor 1 januari door te voeren.... Stel dat een verzekeraar er een enorm verzekerdenbestand erbij krijgt, die ook allemaal voor 16 december zijn brief op de deurmat moeten hebben, wat dan?

Ik heb eigenlijk een ander probleem. Mevrouw Schippers zegt dat gemeenten kunnen aanbesteden. Er wordt al een NV IZA ingericht, een rechtspersoon. Dat mag ook. Dat zijn toch die publiekrechtelijke regelingen waarvoor werknemers al die jaren in hun arbeidsvoorwaardenoverleg geld hebben gespaard? Waarom moet dit ineens worden aanbesteed in plaats van dat zij zelf een rechtspersoon mogen inrichten? Ik zie er geen bezwaar tegen dat het geld nu opeens vrij op de markt komt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind dat het geen schoonheidsprijs verdient, maar zie wel in dat het moeilijk wordt om voor de invoeringsdatum een alternatief te vinden. De VNG heeft goede argumenten voor een termijn van drie jaar om als werkgever te gaan aanbesteden. Een werkgever heeft natuurlijk het recht om een collectiviteit op te richten en andere verzekeraars te benaderen.

Drie jaar is echter een wel erg lange termijn; het moet sneller kunnen. Bij de IZZ ligt het weer net een slag anders. Dit is wel een verzekering, maar de ziekenfondsverzekerden zijn per instelling bij een bepaalde verzekeraar verzekerd. In het huidige voorstel zullen zij een negatieve optie krijgen aangeboden door VGZ. Zie ik dit goed, of gaat het anders? Kan de minister ook hier aangeven wat de NMa ervan vindt en wat, gezien het strakke tijdspad, de alternatieven zijn?

Als een Nederlandse afgestudeerde er nog een jaar aan wil vastplakken en op eigen kosten bijvoorbeeld een MBA in het buitenland gaat volgen, kan deze persoon dan verzekerd blijven onder de Zorgverzekeringswet? Het gaat dan om iemand zonder studiebeurs. In het kader van internationale uitwisseling en onze kenniseconomie is het zaak dit soort initiatieven te stimuleren. Mocht deze student geen recht hebben op een verzekering onder de Zorgverzekeringswet, moeten wij dat dan toch niet mogelijk te maken, bijvoorbeeld door het te koppelen aan het hebben van een collegekaart?

In artikel 2 en 3 staan teksten die de zorgverzekeraar de keuze laten of hij de AWBZ wenst uit te voeren. Betekent dit dat de zorgkantoren niet meer het alleenrecht hebben op de uitvoering van de AWBZ, maar dat iedere zorgverzekeraar dat zelf kan doen voor zijn verzekerden, of is dit wishful thinking? Iedere zorgverzekeraar kan zich immers bij het CVZ melden. Mijn fractie zou dit een grote verbetering vinden. Nederlandse burgers in het buitenland die onder de Zorgverzekeringswet vallen, kunnen hun rechten laten gelden op het woonlandpakket, dus gelijk hun buitenlandse burens. Zij sluiten geen ziektekostenverzekering in hun woonland af maar in Nederland. Datzelfde principe zou ook moeten gelden voor buitenlanders die in Nederland wonen. Nu lijkt zich daar een probleem voor te doen. Ik word ineens benaderd door behoorlijk wat gepensioneerden van de Europese instellingen. Die zijn verplicht bij deze ziekenkas aangesloten. Zij of hun rechthebbenden moeten dus niet gedwongen om daarnaast een verzekering met dezelfde dekking bij een Nederlandse zorgverzekeraar af te sluiten. Dat is hun bovendien niet eens toegestaan. De minister schrijft in de nota naar aanleiding van het verslag dat de

Nederlandse regering hierover afspraken heeft gemaakt met internationale instellingen, die betrekking hebben op de werknemers van internationale instellingen, hun partners, kinderen en gepensioneerden. Zij kunnen worden uitgezonderd van de Nederlandse sociale verzekeringen. Kan de minister nader ingaan op de zorgen van de mensen die mij benaderen? Als er een probleem is, hoe gaat hij dat dan oplossen? Kan de minister aangeven of nog meer groepen – die nog niet wakker zijn geworden – soortgelijke problemen hebben en hoe hij deze gaat oplossen? Er is terecht bij de behandeling van het wetsvoorstel voor de Zorgverzekeringswet veel gesproken en schriftelijk uitgewisseld over de privacy. Het is belangrijk dat dit goed is geregeld. De VVD-fractie hecht eraan dat het klip en klaar is wie, wat, wanneer met welke gegevens mag doen. Dit is in het nieuwe stelsel beter geregeld, want preciezer omschreven dan nu. De losse eindjes die er nog zijn, moeten snel worden gehecht, het liefst ruim voor de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet. Gaat de minister dat redden?

Op pagina 7 geeft de minister aan dat hij betwijfelt of verzekeraars mogen doorgeven dat een verzekeringsplichtige wegens wanbetaling is geroyeerd. Hij verwijst in dezen naar de Wet bescherming persoonsgegevens. Opvallend is echter dat dit wel is toegestaan als mensen worden geroyeerd voor andere verzekeringen. Waarin ligt het verschil in behandeling? Is het niet handiger om dit soort gegevens toch uit te wisselen? Er bestaat een acceptatieplicht; iemand mag niet worden geweigerd. In zo'n geval kunnen echter wel vooraf afspraken worden gemaakt over de betaling, bijvoorbeeld door gebruik te maken van automatische afschrijving.

Op blz. 32 stelt de minister dat onderzocht wordt of de huisarts zich kan beperken tot een contract met 2 à 3 zorgverzekeraars. Daarover wordt nu met de NMa overlegd. Ik neem aan dat dit overleg betrekking heeft op alle beroepsbeoefenaren, dus bijvoorbeeld ook fysiotherapeuten en verloskundigen. Ik vraag mij overigens af of je zorgverzekeraars kunt dwingen om zich bij zo'n contract aan te sluiten. Dat lijkt mij niet; het past ook niet in het systeem dat wij nu opzetten. Wij komen

hierop bij de behandeling van het wetsvoorstel inzake de marktordering in het najaar nog terug. De minister heeft bij de toezeggingen gedaan bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet, aangegeven gebruik te maken van het 6e lid van artikel 18 Zorgverzekeringswet, om bij AMvB nadere of afwijkende regels aan collectieve contracten te kunnen stellen. Ik zou graag op de hoogte worden gesteld van eventueel gebruik van deze bevoegdheid. Ook zou ik graag willen dat de ontwikkeling van de collectiviteiten wordt gemonitord. Wat voor en hoeveel collectiviteiten ontstaan er? Beide zaken kunnen in een voortgangsrapportage worden meegenomen. Het is interessant om te zien of en hoe deze markt zich ontwikkelt.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ook over de Zorgverzekeringswet zal ik geen algemene beschouwing houden, maar ik wil namens mijn fractie een aantal aanvullende opmerkingen maken. Als eerste kom ik te spreken over het aanbod voor een nieuwe polis dat verzekeraars vóór 16 december moeten doen. Het aanbod geldt tot 1 maart 2006 en heeft terugwerkende kracht. Wanneer burgers vóór 1 mei 2006 nog geen nieuwe verzekering hebben afgesloten, kunnen zij een boete krijgen. Hoe kijken wij aan tegen zorgverzekeraars die toch niet voldoen aan die verplichting tot dat aanbod? Gaan wij er blindelings vanuit dat zij dat aanbod allemaal vóór 16 december gedaan zullen hebben? Er zit natuurlijk ook eigenbelang achter en dat is op zich niet verkeerd. Of moeten wij ook in de richting van verzekeraars denken aan maatregelen of sancties als dat niet gebeurt? Wij moeten natuurlijk niet alleen naar de verzekerden kijken die niet op tijd een aanbod accepteren.

Op pagina 29 van de nota naar aanleiding van het verslag antwoordt de minister op een vraag van mijn fractie dat het aanbod voor een nieuwe polis dat zorgverzekeraars vóór 16 december moeten doen, zoveel mogelijk overeen moet komen met de huidige verzekering van hun verzekerden. Wanneer verzekerden aanvullend verzekerd zijn, worden zij ook geaccepteerd voor een nieuwe aanvullende verzekering. De minister schrijft vervolgens in antwoord op vragen van mijn fractie dat hij van zorgverzekeraars begrepen heeft dat

verzekerden zich ook zonder risicoselectie aanvullend kunnen verzekeren bij hun huidige verzekeraar, terwijl zij hun basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten. Ik vind het van belang dat wij hierover meer zekerheid krijgen, want de zinsnede alleen "ik heb van verzekeraars begrepen dat" is mij net iets te mager bij de behandeling van een wetsvoorstel met zulke ingrijpende consequenties. Ik zou graag de zekerheid krijgen dat het inderdaad zo zal gaan.

Een volgend punt betreft wanbetalers. Ik heb daar eens over nagedacht. De minister schrijft in de nota naar aanleiding van het verslag naar aanleiding van vragen van onder meer de CDA-fractie dat een tweede zorgverzekeraar die er kennis van draagt dat een verzekeringsplichtige geroyeerd is wegens wanbetaling, deze moet accepteren. Er is nu eenmaal een acceptatieplicht en dat is ook logisch. De verzekeraar mag hem niet weigeren, maar hij kan wel andere maatregelen treffen, zoals automatische incasso en rechtstreekse betaling van de eventuele zorgtoeslag. De verzekeraar kan ook andere afspraken maken met de verzekerde. De vraag is hoe verzekeraar B weet dat het een royement wegens wanbetaling betrof. Er is gezegd dat een zwarte lijst waarin alle verzekeraars inzage kunnen hebben, niet voor de hand ligt. De heer Omtzigt heeft terecht gevraagd hoe wij voorkomen dat verzekeraars onderling overleggen over wanbetalers. Daar zitten immers ook nadelen aan vast in verband met de persoonsgegevens van betrokkenen. Een consequentie van het systeem die ik wil afdichten, is dat een verzekerde die niet betaalt en wordt geroyeerd, vervolgens naar verzekeraar B. gaat, daar geaccepteerd moet worden, niet betaalt en uiteindelijk eindeloos door kan gaan zonder ooit echt onverzekerd te zijn. Weliswaar kan deze verzekerde tegen een beperking van zijn rechten lopen, maar hij kan hieruit de consequentie trekken dat hij naar een volgende verzekeraar moet overstappen. Zo kan hij zonder ooit premie te betalen verzekerd zijn. Dat zou een heel rare consequentie zijn. Welke mogelijkheden zijn er, met behoud van de acceptatieplicht, om dit soort consequenties te voorkomen? Dat lijkt misschien theoretisch, maar ik kan uit de stukken niet anders dan

afleiden dat het wel degelijk mogelijk is.

De minister heeft tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste en Tweede Kamer onder andere toezeggingen gedaan met betrekking tot de poortwachtersfunctie, de privacy van verzekerden en de vrije artskeuze. Bij nota van wijziging van dit wetsvoorstel is de poortwachtersfunctie inmiddels in de Zorgverzekeringswet vastgelegd, maar mij dunkt dat de toezeggingen die eerder zijn gedaan over de privacy van verzekerden en de vrije artskeuze, gerealiseerd moeten zijn voordat de wet op 1 januari in werking kan treden. Hoe staat het daarmee? Hoe staat het met het overleg met de LHV? Mij staat bij dat wij de afspraak hebben dat daarover voor dit overleg uitsluitend zou komen. Ik begrijp uit mailcommunicatie dat er de afgelopen dagen heel hard is onderhandeld. Zo zou er misschien wel overeenstemming zijn bereikt over het niet op de factuur vermelden van diagnoses en dergelijke. Dit zou niet in de wet, maar in een convenant moeten worden geregeld, maar het beroepsgeheim zou door alle partijen worden gerespecteerd. Ik wil graag weten hoe het ermee staat. Het lijkt mij voor dit overleg essentieel om te weten of de minister er over de relevante punten uit is met de LHV. Eén uitspraak van de minister in de nota naar aanleiding van het verslag is mij in het bijzonder opgevallen. De minister antwoordt op een vraag over de wettelijke reserves dat ziekenfondsen die deel uitmaken van een concern met particuliere verzekeraars die de Zorgverzekeringswet zonder winsttoegmerk willen uitvoeren een afzonderlijke rechtspersoon moeten handhaven om de wettelijke reserves te kunnen meenemen. Dit heeft de instemming van mijn fractie en ik begrijp de ratio daarvan. Even later antwoordt de minister op een vraag over de sterke regionale positie van ziekenfondsen dat naar verwachting de invoering van de Zorgverzekeringswet in veel gevallen een samenvoeging in één rechtspersoon van het voormalige ziekenfonds en de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraar met zich zal brengen. Betekent dit nu dat de minister er inderdaad van uitgaat dat de meeste ziekenfondsen ervoor zullen kiezen om de nieuwe zorgverzekeringswet in een nieuwe rechtspersoon samen met een

particuliere verzekeraar met winsttoegmerk te gaan uitvoeren? Wat is zijn taxatie? Anders begrijp ik de toevoeging "in één rechtspersoon" niet. Dit verdraagt zich volgens mij slecht met zijn stelling dat, wil men de reserves kunnen meenemen, men de wet zonder winsttoegmerk moet uitvoeren. Dan moet men ook een aparte rechtspersoon handhaven. Kan de minister toelichten hoe deze twee uitspraken zich tot elkaar verhouden? Wat de privacy betreft vindt mijn fractie het van belang dat er de grootst mogelijke duidelijkheid komt over de vraag welke persoonsgegevens in welke gevallen door zorgaanbieders aan verzekeraars moeten worden verstrekt. Ik heb begrepen dat de minister dat in een ministeriële regeling zal vastleggen en de Kamer daarover zal informeren. Hoe staat het hiermee en wanneer kunnen wij dit tegemoet zien?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Dit voorjaar heeft Price Waterhouse Coopers onderzoek verricht naar de vraag of de verzekeraars klaar zijn voor de wet. Moet de wet wel op 1 januari 2006 worden ingevoerd? Hoe beoordeelt de minister het onderzoek? Ik heb een vraag over de motie-Swenkers c.s. van de Eerste Kamer, want ik kom er niet goed uit. In die motie wordt de regering verzocht, "erop toe te zien dat deze keuzevrijheid voor de patiënt ook daadwerkelijk gegarandeerd blijft zonder extra premiebetalingen". Ik kan dat niet veel anders lezen dan dat de premie voor een naturapolis en de premie voor een restitutiepolis gelijk zijn. Anders is er een verschil, en dan is restitutie duurder. Dat beoogt deze motie niet. Het kan wel betekenen dat in het kader van de restitutie de vergoeding niet 100% bedraagt. De motie laat dat open. De minister zei toen – ik denk dat het ongeveer vijf voor half twaalf 's avonds was – in de Eerste Kamer over die motie: "Gezien de bijdrage in eerste termijn van mevrouw Swenker, vat ik dat als volgt op. In het huidige systeem zijn er restitutiepolis; die zullen er ook zijn in het nieuwe systeem. Hoewel de premiëstelling wat gaat veranderen door het nieuwe systeem, zou je kunnen verwachten dat er sprake moet zijn van ongeveer hetzelfde kostenniveau. Als daaronder

naturapolis ontstaan met selectieve contractering, wat de bedoeling is en wat gaat gebeuren, is de verwachting dat er een korting op het premieniveau van de restitutie ontstaat". Mijn vraag is: wordt hier nu een vierkante cirkel getekend? Volgens mij wordt er geen uitvoering gegeven aan de motie.

Minister **Hoogervorst**: De indienst van de motie heeft dit in het debat als uitleg van de motie geaccepteerd. Ik heb haar nog aangekeken, in de trant van: is dit wat u bedoelt? Welnu, dat was wat zij bedoelde.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het wisselen van een blik kan ik niet controleren, maar dat geloof ik.

Minister **Hoogervorst**: Zij is er verder niet op teruggekomen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat verbaast mij ook. De vraag is dan of de kwestie van tafel is. Het punt van mevrouw Van Leeuwen leek mij volstrekt terecht. Zij zegt dat geld of een verschil in premiebetaling eigenlijk geen reden mag zijn voor een bepaalde artskeuze. Dat was het punt, niet alleen hier in de Tweede Kamer, maar ook in de Eerste Kamer. Mensen moeten zelf hun arts kunnen kiezen en geld mag daarin geen rol spelen. Als er toch een premieverschil ontstaat, zoals de minister dat uitlegt, dan is de motie wellicht uitgevoerd, maar daarom is het probleem toch niet van tafel? Mensen met een smalle beurs zullen natuurlijk sneller kiezen voor een goedkope polis. Kijk wat er bij de aanvullende verzekering voor de tandartsen gebeurt. Wie heeft er geen aanvullende verzekering? Nou, dat konden wij wel uitrekenen, dat zijn de mensen met de laagste inkomens. Onderhand kun je aan de toestand van het gebit zien hoeveel iemand verdient. Dat lijkt mij een type samenleving waar wij niet naartoe willen, maar dat gaat dus hier ook gebeuren. De vrije artskeuze wordt beperkt voor de groep die het minder kan betalen. Dat was toch de positie van onder andere de CDA-fractie in de Eerste Kamer? Dat probleem acht ik niet opgelost met de uitleg die de minister geeft in de Eerste Kamer aan deze motie. Graag uitleg op dit punt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De kern

van dit systeem is dat de zorgverzekeraar geprikkeld wordt om goede zorg voor een redelijke prijs in te kopen. Daar drijft dit systeem op. Als ik uw betoog volg, krijgt de zorgverzekeraar daar helemaal geen prikkel meer toe. Waarom zou hij dan nog zijn best doen om goede contracten te sluiten, als hij iedere restitutierekening gewoon moet betalen? Dan gaat de aanbieder toch achteroverzitten en denken: nou ja, ik hoef geen goede aanbieding meer te doen, want die patiënten komen toch wel? Het wordt toch betaald.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik vind het heel prettig dat u naar mijn opvatting vraagt, maar daar gaat het nu even niet over. Ik ben even niet belangrijk. Belangrijk is dat er hier een motie ligt. Er is door de CDA-fractie vooral in de Eerste Kamer een kwestie op tafel gelegd, namelijk dat de vrije artskeuze niet ingegeven mag worden door geld en niet door een verschil in premie. Zo heb ik de CDA-fractie in de Eerste Kamer gehoord. Dat wordt vastgelegd in een motie. Daarover komt een uitleg die daar haaks op staat, want er ontstaat dus wel degelijk een premieverschil. Dat betekent, begrijp ik heel erg goed van mevrouw Van Leeuwen, dat mensen met een laag inkomen snel zullen kiezen voor een wat goedkopere naturapolis bij een selecte groep van aanbieders. Daarmee wordt de artskeuze wel degelijk gelimiteerd als gevolg van een polis die minder geld kost. Voor mensen met een lager inkomen is dat misschien ook wel de enige optie. Het gaat niet om wat ik vind. Volgens mij wordt hier of een vierkante cirkel getekend, of het is met elkaar te rijmen, maar dat laatste geloof ik niet en daarom vraag ik de minister uitleg. Is vrije artskeuze nu gegarandeerd zonder premieverschil of niet?

Voorzitter. Ik sluit mij kortheidshalve aan bij wat mijn collega's gezegd hebben over de bestaande publiekrechtelijke verzekeringen IZA/IZR. Wat het punt van de privacy betreft, heb ik net al even gezegd dat het sofi-nummer voor de verevening eigenlijk niet nodig is. Volgens mij heeft het College Bescherming Persoonsgegevens dat ook gesuggereerd. Dit mag dan ten dele de huidige praktijk zijn, maar wij gaan naar een nieuw stelsel met op termijn zeker een ander type verzekeraar. Daar wordt veel van

verwacht. Dat maakt deze kwestie extra gevoelig. Mijn vraag blijft: waarom zijn sofi-nummers nodig in het kader van het vereveningsstelsel? Ik zie die noodzaak niet, ik zou ook niet denken dat het nodig is. Het biedt geen meerwaarde.

De stapeling van eigen risico en no claim is in de Eerste Kamer eveneens uitgebreid aan de orde geweest. Later komen daar nog bij, ik zei het al, integratie, TBU en de buitengewone uitgavenregeling. Nu wordt de minister verzocht om daar een opvatting over ten beste te geven. Ik blijf toch vasthouden aan het punt dat wij die eigenlijk vandaag moeten hebben. Het lijkt mij namelijk nogal wezenlijk. Als je bijvoorbeeld de omvang van het vrijwillige risico gaat beperken of inruilen voor no claim of voor een hogere no claim, dan kan dat nogal consequenties hebben voor het systeem waarover wij hier spreken. Ik hoop op dit punt vandaag nog op een heldere toezegging en ik hoop dat wij niet wachten totdat deze wet in oktober in de Eerste Kamer ligt.

Voorzitter. Ik sluit mij van harte aan bij wat de collega's over onverzekerden hebben gezegd. Wij maken ons daar buitengewoon veel zorgen over. Het punt van de ondernemingsraden en de collectieve contracten is een mooi punt. Ik ben blij dat de heer Heemskerk erover is begonnen. Ik vind dat wij dat moeten regelen vandaag en anders maken wij daar een mooi amendement van. Ik kijk indringend naar de heer Heemskerk en hij kijkt even indringend terug. Mijn vrees is dat de uitleg van mevrouw Schippers over de aanvullende polissen klopt, dus dat er sprake is van een vrije markt en dat er niets aan te doen is. Als iemand een slecht gebit heeft, moet hij veel premie betalen of geen aanvullende polis nemen. Veel makkelijker kan ik het niet maken. Klopt deze uitleg? Ik vrees dat dit het geval is. Als wij wel willen dat bepaalde typen eenvoudige zorg die nu in de aanvullende verzekering zitten voor iedereen toegankelijk zijn, dus geen selectie, moeten die in het basispakket worden opgenomen. Meer smaken zijn er niet. Wat vindt de minister hiervan?

Hoe zit het met de huisartsen? Er is wat gedoe over. Ik las een brief in de krant. Die viel niet helemaal goed. Hoe staat het er vandaag voor? Ik dacht dat de minister daar vandaag meer over zou zeggen. Ik ben razend

benieuwd. Hier zien wij de nieuwe Zorgverzekeringswet immers al een beetje in uitvoering. Als dit elke keer tot dit soort brieven in de krant leidt, wordt het toch echt een beetje een rotzooi. Dat moeten wij niet willen. Er is € 5 mln. uitgetrokken voor het versterken van de positie van patiënten en consumenten. Wat gaat er met dat geld gebeuren? Wij pinnen de minister niet vast op het bedrag. Het mag ook hoger zijn. Ik ben benieuwd naar het bestedingsvoorstel.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De overgang van de oude naar de nieuwe verzekeringen moet zo vlekkeloos mogelijk passeren. De datum van 16 december is cruciaal. Er is al gevraagd of alle mensen dan een aanbieding op schrift in huis zullen hebben. Staan de verschillen tussen oud en nieuw dan op papier? Is de informatie allemaal te lezen? Is er een vergelijking te maken? De vraag of er vormvoorschriften zijn, dringt zich ook op. Ik sluit mij aan bij de vragen die zijn gesteld over de negatieve optie en de onverzekerden. Overstappen naar een andere verzekeraar moet zonder te grote consequenties kunnen plaatsvinden. Hoe verloopt het proces voor mensen die voor 28 februari al met een therapeutisch traject zijn gestart? Er is nog wat verdere verduidelijking nodig op dit terrein. Ik sluit mij aan bij vragen die zijn gesteld over de aanvullende verzekering. Ik heb in mijn eerste blokje al iets gezegd over de huisartsen, namelijk over vrije artskeuze en privacy. Ik vind dat de toezeggingen per 1 januari 2006 met invoering van de wet moeten zijn nagekomen.

Er is nog iets dat de andere woordvoerders hebben laten liggen en dat vooral op mijn bordje ligt, namelijk de gemoedsbezwaarden. Ik ben de minister en de Kamer er erkentelijk voor dat er steun was voor het ontwerpen van een regeling daarvoor. Die moet echter nog wel worden uitgewerkt. Dat gaat bij ministeriële regeling. Hoe staat het ermee? Ik weet dat eraan wordt gewerkt. Er zit geen spoor van verwijt in de vraag hoe het ermee staat. Ik wil niet suggereren dat er niets van terecht is gekomen. Ik ben er nieuwsgierig naar. Betrokkenen hebben net als alle andere patiënten en cliënten recht op helderheid over dit punt. Ik vind dat zij moeten kunnen meeliften met de algemene

voorlichtingscampagne. Voor het opstellen van een ministeriële regeling bestaat een apart staatsrechtelijk traject. Ik ben er echter wel nieuwsgierig naar en ik zou ernaar willen kijken voordat deze van kracht wordt. Over de samenloop van gemoedsbezwaren ten opzichte van de AWBZ en de Zorgverzekeringswet hebben wij al diverse keren gesproken. Die koppeling blijft problematisch en dat probleem wordt nu niet opgelost.

In het debat over de Zorgverzekeringswet heb ik herinnerd aan een amendement van mij bij de behandeling van wet Hoz over de continuïteit bij naturopolissen. Bij die wet vonden wij het verstandig om dit onderdeel mee te nemen als veiligheidspal. Is dat hier nodig? De minister vindt van niet. Ik ben er toch nog niet helemaal van overtuigd dat dit niet als veiligheidspal opgenomen kan worden. Op mijn interruptie antwoordde de minister dat er geen overbodige bepalingen in de wet moeten komen. Ik vraag mij af of een dergelijke bepaling echt overbodig is. Kan de minister uitleggen dat er wat dit betreft helemaal niets mis kan gaan? Een nota van wijziging of een amendement voor dit kleine onderdeel is zo gemaakt. Ik verwijs naar het voorbeeld van de andere wet.

Over privacy zijn al vragen gesteld in de context van de toezeggingen bij het huisartsendossier. Ik wil daar de vinger bij leggen. Overigens heb ik hierover geen nieuwe, aanvullende vragen.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant is in haar inbreng ingegaan op alle drie de blokjes.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik heb nog wel wat op te merken.

De **voorzitter**: Ik dacht dat u dat had gezegd.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee hoor. Ik beschouw dit als maandagochtendgeklier. Ik zie dat u lacht, voorzitter, dus ik heb gelijk.

De **voorzitter**: Probeert u zich te beperken.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik doe erg mijn best.

Voorzitter. Het is wel duidelijk dat er geen draagvlak voor deze wet is. Toch voeren wij hier al weer een

debat waarin wij niet spreken over de vraag of het wetsvoorstel wel gewenst is, maar over de wijze waarop de verandering wordt ingevoerd. Ik blijf mij dan ook grote zorgen maken over het draagvlak van vooral de mensen die er de gevolgen van ondervinden. Ik denk aan de patiënten, die dit helemaal niet zien zitten. Ik noem ook de mensen die het wetsvoorstel moeten uitvoeren, dus degenen die in de zorg werken. Misschien kan de minister toch een bespiegeling geven van zijn mening. Het is namelijk niet de eerste keer dat het kabinet er iets doordrukt wat eigenlijk niemand ziet zitten. Zoals ik al heb aangegeven, lijkt mij dit voor degenen die dit wetsvoorstel moeten uitvoeren, een groot probleem.

Ons bezwaar tegen dit voorstel is steeds geweest dat het niet solidair is. Ik ga in dit verband nog in op de no claim en het extra opvoeren van een eigen risico in de polissen. Afgezien van het feit dat beide aspecten niet zo'n goed idee zijn, is de combinatie daarvan helemaal een slecht idee. Als je echt rampen wilt, moet je beide aspecten invoeren. Dat is voor de betrokkenen ook niet te volgen: eerst loopt de no claim vol en daarna kan men nog een rekening krijgen vanwege het eigen risico. Dat wordt een toestand, want de mensen verwachten het niet. Bovendien kunnen zij het niet bevatten. Volgens mij leidt dit tot grote problemen bij degenen die hebben gekozen voor een polis met een eigen risico, die het toch niet kunnen betalen. Zo ontstaat er een nieuwe vorm van onverzekertheid.

Ik heb begrepen dat de no claim tot een jaar na uitbetaling teruggevorderd kan worden, wanneer er rekeningen van zorgaanbieders worden ontvangen. Als ik het goed zie, is dit niet het probleem van de patiënten. Wanneer deze kosten te laat geadministreerd worden, moet de rekening niet bij de patiënt komen. Het is jammer met het oog op de administratief late reactie. Het moeten niet de patiënten zijn die de no claim moeten terugbetalen. Anders lijkt mij dit een slechte zaak. Misschien wil de minister hier nog op ingaan.

Het volgende onderwerp gaat ook over solidariteit. Er is al weer het nodige gezegd over het pakket: het is te smal, te klein, er zijn te veel eigen betalingen, die vervolgens weer te hoog zijn. Daardoor komen mensen

wel degelijk in de knoop. Er is dan inderdaad het probleem van het ontbreken van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering. Immers, nu al blijkt dat dit een probleem is. Onlangs is uit een onderzoek van de Universiteit van Tilburg gebleken dat mensen om financiële redenen van zorg afzien. Ik wil graag dat de minister ingaat op dat onderzoek.

De **voorzitter**: Wij spreken nu over een technische invoering van de Invoerings- en aanpassingswet. Veel collegae hebben al allerlei items aangedragen. Het eerste deel van uw betoog wordt overlapt door vragen die in dit debat gesteld zijn. Dat gebeurde toen u hier even niet was. Nu begint u nota bene te spreken over het algemene principe van de zorgverzekeringswet. Ik heb gevraagd of u zich wilt beperken, mede met het oog op het feit dat andere woordvoerders hun uiterste best doen om binnen de beschikbare tijd hun betoog te houden. Ik vraag hetzelfde van u. In ieder geval vraag ik u uw bijdrage te beperken tot de bespreking van de Invoerings- en aanpassingswet.

Mevrouw **Kant** (SP): Het laatste blok heeft als kopje: algemene aspecten. Het heet ook niet voor niets aanpassingswet. Ik stel vragen over wat mijns inziens de nodige aanpassing behoeft. Ik wijs weer op het aanvullende pakket. Vandaar, nogmaals, mijn vraag om een reactie op een onderzoek van de Universiteit van Tilburg.

Voorzitter. Anderen hebben ook al gesproken over de keuzevrijheid. De mogelijkheid dat men een restitutiepolis kan afsluiten, verandert dit probleem niet. Inderdaad zullen dergelijke polissen hoogstwaarschijnlijk duurder zijn. Om die reden zijn deze polissen niet voor iedereen weggelegd. Wanneer er wordt uitgegaan van het gemiddelde, krijgt men vervolgens maar een deel terug. Men moet het dus zelf betalen. Het gaat dus wel degelijk om het probleem van de vrije artskenkeuze, dat nog steeds vol overeind staat. Laat de minister dan in ieder geval erkennen dat dit zo is. Bijvoorbeeld bij doorverwijzing naar een bepaalde specialist komen mensen erachter dat zij daarvoor niet verzekerd zijn, terwijl hun arts heeft geadviseerd naar die specialist te gaan.

Over de macht van de zorgverzekeraars, waar dus nog meer macht komt te liggen, ook op dit punt, maak ik mij grote zorgen. Ik heb een hele reeks casussen van wat er nu al gebeurt als het gaat om de macht en de bemoeienis van zorgverzekeraars. Dat wordt echt een groot probleem, bij hulpmiddelen en geneesmiddelen waarvoor een machtiging moet worden afgegeven en waarbij men steeds vreemder capriolen uithaalt. Eén voorbeeld noem ik hier toch, en wel van katheters die niet mochten worden verstrekt bij iemand in de stervensfase, terwijl de arts had gezegd dat zij nodig waren voor de toediening van morfine. Het kan toch niet dat zorgverzekeraars dat weigeren, en dat er dan geen katheter komt?

Bij de bespreking van het zorgstelsel heb ik al een groot punt gemaakt van de positie van patiënten. Hoe verder wij komen, des te groter lijkt dit probleem te worden. Vandaar dat ik opnieuw heb gemeend een amendement te moeten indienen om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars patiënten niet hierbij kunnen maar moeten betrekken, bijvoorbeeld via een raad. Ik neem aan dat de minister zal reageren op dit amendement.

Ik zie door de bomen het bos bij de privacy niet meer. Daarover zijn de nodige vragen gesteld. Er komt een regeling. Ik neem dat wij daarover vandaag van de minister meer duidelijkheid krijgen.

Wat de bureaucratie betreft, heeft de minister met betrekking tot de huisartsen al iets toegezegd, maar er zijn natuurlijk niet alleen huisartsen in het zorgveld. Er zijn veel meer zorgaanbieders die hiermee de nodige problemen krijgen. Ik ben ook heel benieuwd hoe het er met de huisartsen op dit moment voor staat.

De vergadering wordt van 13.55 uur tot 15.00 uur geschorst.

De **voorzitter**: De minister heeft voor zijn antwoord aan de Kamer tien blokken samengesteld:

1. publiekprivaat
2. negatieve optie onverzekerden
3. vergunningen en solvabiliteit
4. zorgtoeslag koopkracht
5. polisvoorwaarden
6. buitenlandse kwesties
7. invloed patiënten
8. privacy
9. voorlichting
10. overige onderwerpen.

Mijn voorstel zou zijn de minister eerst per blok te laten antwoorden, waarna de leden telkens de gelegenheid krijgen nadere vragen te stellen. Ik stel vast dat zij hiermee akkoord gaan.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de uitvoerige inbreng in eerste termijn en voor de snelheid waarmee wij de behandeling van dit wetsvoorstel kunnen laten plaatsvinden. Uit de aard van de vragen van de leden blijkt dat de snelheid niet ten koste is gegaan van de grondigheid. Ik zal proberen om zo volledig mogelijk te antwoorden. Ik wil ook proberen een schriftelijke ronde te vermijden, wellicht met uitzondering van een of twee onderwerpen waarover ik nog even wil nadenken. Daarover zal ik dan voor het plenaire debat antwoorden. Ik zie op dit moment even af van allerlei algemene beschouwingen over het stelsel. Die discussie hebben wij in feite al gevoerd, al zal ik het op onderdelen niet kunnen laten om al het fraais dat het wetsvoorstel bevat nog eens toe te lichten, met speciale aandacht voor de heer Vendrik, die natuurlijk toch veel heeft moeten missen. Ik heb aan zijn bijdrage gemerkt dat hij dat gemis door een grondige voorbereiding ruimschoots heeft kunnen goedmaken. Meer fundamentele vragen zal ik zeker proberen te beantwoorden.

Ik begin met de kwetsbaarheid die al dan niet het gevolg zou kunnen zijn van het privaatrechtelijke karakter van de verzekering en met name de Europese invalshoek. Ik heb van meet af aan gesteld dat wij met geen enkel stelsel 100% zekerheid kunnen verkrijgen, omdat het uiteindelijk de Europese rechter is die beslist over de rechtsgeldigheid van een bepaalde regeling. Dan moet er natuurlijk wel eerst iemand zijn die naar de rechter gaat om iets aan te vechten. Tot nu toe heb ik geen enkele partij in de markt gezien, geen enkele private verzekeraar, die het voorstel zo'n schandelijke aantasting van zijn private rechten vindt, dat hij alvast aankondigt dat hij zich tot de Europese rechter zal wenden. Gelet op de brief die wij hebben gehad van de Europese Commissie, van de heer Bolkestein, en gelet op de beschikking van de Commissie, die heeft bekeken of het vereveningsstelsel te rijmen was met de concurrentievoorwaarden in de

Europese markt, meen ik dat zelden een wetsontwerp naar de Tweede Kamer is gegaan waarover wij meer zekerheid hadden. Ik ben echt van mening dat wij hiermee heel weinig risico lopen, al erken ik dat je nooit zonder risico bent. Dat zouden wij echter waarschijnlijk ook niet zijn geweest als wij er een publiekrechtelijk systeem waarin wij verzekeraars met elkaar hadden laten concurreren van hadden gemaakt. Wij hebben in ieder geval niets nagelaten om op het Europese vlak maximale zekerheid te verkrijgen. Ik voel mij daar heel erg comfortabel bij. Mijn indruk is dat ook de markt zich daar heel comfortabel bij voelt. Het is sowieso niet mijn gewoonte om bij het indienen van een wet meteen allemaal maatregelen te nemen voor het geval de uitvoering van die wet helemaal mislukt; je geloof erin of niet. Daarom ben ik ook nog niet bezig met allerlei onderzoek naar de kosten voor het geval het kleine risico dat het misgaat, werkelijkheid wordt. Er is zelfs voor de Europese grondwet geen plan B, maar dat vraagt men nu wel van mij, terwijl alle seinen hierbij op groen staan. Er zijn recente uitspraken van het Europese Hof die genoopt hebben tot aanpassing van nationale regelingen, ook op het gebied van de sociale zekerheid. Maar daarbij heeft de Europese rechter altijd rekening gehouden met de stand van zaken in het betrokken land, met de vraag hoe ingrijpend zijn beslissing zou zijn. Hij geeft een land in ieder geval voldoende tijd voor aanpassingen. Dus behalve de omstandigheid dat ik het al erg druk heb met plan A, vormt dit een reden voor mij om voorlopig maar even niet aan plan B te beginnen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vind dit heel onverstandig. U kunt wel zeggen dat u heel sterk in het nieuwe stelsel gelooft, maar daar gaat het niet om. U hebt in het debat over het stelsel nadrukkelijk gezegd dat wij bij problemen terug kunnen vallen op een publiekrechtelijk stelsel. Dit hebt u niet voor niets gezegd, want er kan aanleiding toe zijn, ook al acht u de kans erop niet groot. Maar ik wil wel even weten of dat terugvallen op een publiekrechtelijk stelsel mogelijk is, hoe het kan en welke plannen u daarvoor hebt. Het gaat me nu niet om de details – daarover dien ik straks nog een motie in – maar u stapt nu wat gemakkelijk over de

problemen heen die anderen zien, omdat u ze niet ziet. Daaruit concludeert u dan dat u geen plan B nodig hebt.

Minister Hoogervorst: Ik vrees dat het toch enigszins een herhaling van zetten wordt. Ik ga geen energie steken in iets wat op dit moment totaal niet te verwachten is. Ik heb mijn handen vol aan het ordelijk invoeren van deze nieuwe wet en ik ga mezelf echt niet vermoeien met allerlei theoretische opties, zoals dat er over drie jaar wellicht een uitspraak van de rechter zal komen dat een onderdeel van de wet ergens niet helemaal aan voldoet. Nogmaals, ik heb alleen maar wettelijke en meer beoordelende uitspraken van de Europese Commissie die mij groen licht geven.

Mevrouw Kant (SP): Dat kunt u wel vinden, maar ik vind het nogal van belang voor het oordeel van de Kamer om te weten wat de mogelijkheden zijn om terug te vallen op een publiekrechtelijk systeem, mocht dat nodig zijn. Ik neem aan dat dit bijvoorbeeld ook voor de CDA-fractie geldt.

Minister Hoogervorst: Maar u wilt geen plan B als achtervang voor plan A, u bent sowieso tegen plan A en u hebt liever een plan B.

Mevrouw Kant (SP): Dat is waar, maar het is een oneigenlijke manier van vragen beantwoorden. Ik erken dat het nieuwe systeem tegen mijn zin wordt ingevoerd, maar u hebt zelf gezegd dat het mogelijk zal blijven om in een noodgeval terug te vallen op een publiekrechtelijk systeem. Dan moet u ook aangeven hoe dat zou moeten, vind ik.

Minister Hoogervorst: Bijna bij elke wet die wij maken, is er wel een kans dat een Europese rechter zich erover uitsprekt en ons misschien op onderdelen dwingt tot aanpassingen. Ik weet niet hoe vaak dit is voorgekomen, maar dit betekent toch niet dat wij altijd een plan B zouden moeten maken? Wij zijn gehouden om ons ervoor in te spannen dat wetten die wij maken, in overeenstemming met de Europese wetgeving zijn. Dat heb ik gedaan, ik heb er zelfs veel meer voor gedaan dan wat er wordt gedaan voor het gros van de wetgeving, omdat het om zo'n grote stelselwijziging gaat. Dan is het toch

vreemd om van mij te eisen dat ik allerlei terugvalscenario's ontwikkel?

De heer Vendrik (GroenLinks): Als het zo'n belangrijke stelselwijziging is dat het hele Nederlandse volk er belang bij heeft, dan is een beginnetje van een plan B toch helemaal niet zo'n slecht idee. Maar stel dat de Europese grondwet zou zijn aangenomen; ik neem aan dat uw departement toch even heeft geanalyseerd wat dat voor de stelselherziening zou hebben betekend. Zou u dan zekerder van uw zaak zijn geweest?

Minister Hoogervorst: Nee.

De heer Heemskerk (PvdA): De minister heeft het zo goed mogelijk onderzocht. Dat is logisch, want hij zoekt de grenzen van de schade-richtlijn op in de publieke randvoorwaarden die wij aan dit stelsel plakken. Vandaar dat je drie keer een waarborg hebt. Als dat wordt afgeschoten, heeft de opvolger een lijkje in de kast. U heeft heel duidelijk gemaakt: als er wordt gemorrelt aan de acceptatieplicht, dan maakt u het publiekrechtelijk. Dat is de kern van de wet. Hoe zit dat met de contracteerplicht? Tegen de Eerste Kamer heeft u gezegd: die leg ik op; als het verschil tussen restitutie en naturapolis groot wordt, dan dwing ik hen te contracteren. Ik verwacht dat een verzekeraar dan naar het Hof stapt: hier word ik te veel beperkt in mijn winstgevende mogelijkheden.

Minister Hoogervorst: Ook die mogelijkheid heeft van meet af aan in de wet gezeten. Ik zie daar geen problemen uit voortkomen. Ik zal het met terughoudendheid gebruiken. Nogmaals, veel meer comfort dan ik van de Europese instanties heb gekregen kun je volgens mij echt niet krijgen.

De voorzitter: Ik stel voor dat wij overgaan naar de negatieve optie onverzekerden.

Minister Hoogervorst: Voorzitter. Er zijn veel vragen over gesteld. De hele Kamer is blij met de positieve optie, de automatische overgang, het geenbezwaarsysteem of hoe je het ook wilt noemen. Het is heel goed, omdat het de overgangsproblematiek voor de verzekerden heel overzichtelijk maakt. Je mag voor een andere verzekeraar kiezen, maar de grote

meerderheid zal bij de eigen verzekeraar willen blijven. Door deze vondst verzekeren wij ons ervan dat de overgang soepel zal verlopen en dat er niet een heel grote groep van onverzekerden dreigt te ontstaan, doordat men vergeet een formulier-tje in te vullen. Dat legt een additionele zekerheid onder de overgangssituatie die heel veel mensen en zeker mij veel hoofdpijn zal schelen. Ook voor de verzekeraars is het plezierig om te weten dat zij zonder een gigantische inspanning en papierwinkel de grote meerderheid van hun verzekerden kunnen meenemen naar het andere stelsel.

Hiermee geef ik meteen een antwoord op de vraag of er niet een sanctie moet komen voor die verzekeraars die er niet in slagen om voor de 16de dat integrale non-selecte aanbod aan hun verzekerden te doen. De sanctie is dat zij de negatieve optie kwijtraken. Zij raken het administratieve vehikel kwijt waarmee zij hun verzekerden kunnen vasthouden. Reken maar dat dit een gigantische motivatie is voor verzekeraars om de boel op orde te krijgen en op tijd het non-selecte aanbod aan hun cliënten te doen. Wij zitten nu bijna wekelijks aan tafel met verzekeraars. Ik ben best bereid om de voortgang die door verzekeraars moet worden geboekt nauwlettend in de gaten te krijgen. Ik kan het mij eigenlijk niet voorstellen, maar stel dat er bij een verzekeraar een groot probleem zou ontstaan. Dan moeten wij dat eigenlijk al half november weten. Wil men voor half december het hele bestand verzekerden bereikt hebben, dan zal men al half november aan de slag moeten. Mocht er ergens een probleem ontstaan, dan hebben wij dat snel in de smiezen en kunnen wij maatregelen nemen om te voorkomen dat grote groepen verzekerden door het ijs zakken. Ik wil dat graag met verzekeraars bekijken. Nogmaals, hun eigenbelang om dit goed te doen is van fenomenale grootte. Het probleem van de onverzekerden hebben wij dan in ieder geval beheerst in de overgang van het oude naar het nieuwe stelsel. Tot nu toe is dit probleem nog te overzien, maar ik zal de komende jaren nauwlettend blijven volgen hoe zich dit ontwikkelt. In de loop van volgend jaar wil ik samen met verzekeraars en uitkerende instanties nagaan welke suggesties voor het

koppelen van bestanden wellicht overgenomen kunnen worden. Als onverzekerden op die manier worden geïdentificeerd, kunnen zij daar direct op aangesproken worden. Het systeem mag uiteraard niet te kostbaar of te tijdrovend zijn. Ik denk aan een simpele uitdraai met alle gegevens. Ik zeg toe dat ik dit de komende tijd zal bestuderen en wellicht kan er dan op 1 januari 2007 een nieuwe stap gezet in het verder terugdringen van dit probleem. Mevrouw Smilde heeft gevraagd waarom de negatieve optie niet kan gelden voor degenen die niet verzekerd zijn. Betrokkenen hebben geen verzekeraar die daarvoor aangewezen kan worden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik had het niet over de onverzekerden. In de brief van de VNG staat dat verzekerden bij publiekrechtelijke regelingen buiten de negatieve optie zouden kunnen vallen.

Minister **Hoogervorst**: Daar kom ik later op terug.

Voor de aanvullende verzekering wordt een non-select aanbod gedaan. Iedereen kan naar het nieuwe systeem met een pakket dat zoveel mogelijk overeenkomt met het huidige.

Er is sprake van een impliciete acceptatie van het aanbod als de verzekerde voor 1 januari 2006 een machtiging tot incasso van de premie of een acceptgiro voor de premie heeft ondertekend. De automatische overgang geldt alleen voor degenen die niet reageren. Mevrouw Smilde vroeg hoe iemand tot 1 mei 2006 is verzekerd als hij voor 1 maart zijn huidige verzekeraar heeft opgezegd en zich pas 19 april opnieuw verzekert. In dat geval zal de nieuwe verzekeraar alle verplichtingen met terugwerkende kracht op zich moeten nemen.

De heer Heemskerk heeft gevraagd of een verzekeraar in Rotterdam alle Rotterdammers een aanbod kan doen. Dat mag. De verzekeraar kan gewoon het adressenbestand kopen. In antwoord op een vraag van de heer Omtzigt meld ik dat een zorgverzekeraar in zijn aanbod dat hij voor 16 december 2005 moet hebben gedaan, een andere zorgverzekeraar als zijn opvolger kan aanwijzen. Mevrouw Kant heeft gevraagd wat de sanctie is op het niet non-select accepteren van een aanvullende verzekering. De betrokken zorg-

verzekeraar leidt dan forse reputatieschade. De ombudsman zal hier scherp op letten. Zorgverzekeraars Nederland heeft al aangekondigd dat leden die zich niet aan deze code houden, geroyeerd worden. Ik geloof niet dat een verzekeraar in de overgang naar een nieuw systeem op dergelijke publiciteit zit te wachten. Gevraagd is wie op de risicoselectie let. Dat zal natuurlijk het CTZ doen. Het CTZ richt zich in principe natuurlijk niet op de aanvullende verzekering. Ik begeef mij nu enigszins op glad ijs, maar ik wil wel onderzoeken of het voor het CTZ mogelijk is om in deze overgangsfase na te gaan of men zich houdt aan het totale non-selecte aanbod. Het is mij niet bekend of men dat daar aankan, maar ik ben bereid om daarover met hen te spreken.

Er is door verschillende woordvoerders gevraagd wat er gebeurt als mensen voor 1 mei 2006 van zorgverzekeraar wisselen en hoe de verzekeraars dat onderling zullen afhandelen. Voor de verzekerde is het van belang dat hij daarmee niets te maken krijgt. De verzekeraars moeten dat dus onderling doen. Als het voor de verzekeraars een bende wordt, zal de verzekerde daarmee niet worden geconfronteerd in de zin dat hij bij een andere verzekeraar snel een rekening moet lospeuteren. Dat is wettelijk geregeld.

De heer Omtzigt heeft gevraagd of de incasso voor de nieuwe hogere nominale premie zomaar kan worden verhoogd of dat men met de verzekerden een nieuwe incasso-procedure zal moeten afspreken. Dat hangt sterk af van de termen onder welke de oude incasso van kracht is geworden. Dat is een zaak die speelt tussen de verzekeraar en de verzekerde. Daarvoor ben ik dus niet verantwoordelijk. Toch vermoed ik niet dat die incasso in alle gevallen zomaar kan doorlopen en dat er dus nieuwe afspraken moeten worden gemaakt. De negatieve optie impliceert dus niet dat alle lopende incassoafspraken van kracht blijven. De heer Omtzigt heeft een ingewikkelde vraag gesteld, namelijk hoe het bij een restitutieverzekering werkt als een verzekerde die onder de negatieve optie viel en voor 1 maart zorgkosten had, tijdig zijn zorgverzekering ontbindt en voor 1 mei 2006 een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluit.

De heer **Omtzigt** (CDA): De vraag was nog langer, namelijk wat er zal gebeuren als hij een arts heeft geraadpleegd die onder de nieuwe naturapolis niet gecontracteerd is door de verzekeraar.

Minister **Hoogervorst**: Dat is weer een andere vraag. Ik zeg de Kamer toe dat ik deze vraag schriftelijk zal beantwoorden.

De heer Heemskerk heeft gevraagd of een ggz-instelling of een sociale dienst een collectief contract met de zorgverzekeraar kan afsluiten. Dat is inderdaad mogelijk en het behoort ook tot de mogelijkheden om daarbij korting te bedingen. Een aantal ziekenfondsen heeft dit soort collectieve contracten al en het is mogelijk dat te continueren.

De heer Heemskerk is een hardvochtige vader tegengekomen, want die heeft zijn kind uit huis geschopt ondanks het feit dat het gratis in de zorgverzekering was opgenomen. Die vader heeft zelfs de moeite genomen om hem uit zijn polis te verwijderen. De heer Heemskerk heeft gevraagd hoe het nu verder moet met dit arme kind. Ik kan mij niet voorstellen dat iets dergelijks vaak gebeurt, omdat die zorgverzekeraar toch wel zou willen weten bij wie dat kind in de polis komt. Men kan zich afvragen of het niet een plicht is voor de ouders om dat kind in de polis op te laten nemen. Het is niet mogelijk om het zomaar uit de polis te verwijderen, tenzij het komt te overlijden. Behalve het pesten van het kind, heeft de ouder er geen enkel financieel belang bij om dit te doen. Dat kind is immers gratis in die polis opgenomen. Ik ben dus van mening dat dit voorbeeld ver gezocht is.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Juist in de familiesfeer handelen mensen vaak irrationeel. Ik zou daarom graag weten wat de consequenties zijn voor de ouder die dit probeert. Er zijn immers woedende ouders met minderjarige kinderen die dit doen.

Minister **Hoogervorst**: Gezien het feit dat ouders verplicht zijn om kinderen onder de achttien jaar te verzekeren, zou een dergelijke ouder dan valsheid in geschrifte moeten plegen. Ik weet dat dit strafbaar is op grond van een bepaald artikel in het Burgerlijk Wetboek.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dan is

dat kind onverzekerd. Hoe gaat dat dan?

Minister **Hoogervorst**: Stel dat kind loopt rond op straat, door moeder en alles verlaten. Het krijgt een ongeluk en komt in het ziekenhuis terecht. Het ziekenhuis stelt vast dat het kind onder de achttien is. Dan is er sowieso niks aan de hand, want dan is het altijd verzekerd. Treft men niet onmiddellijk een polis aan, dan zal men op onderzoek uit moeten. Uiteindelijk komt dat kind gewoon weer op de polis van zijn ouders. Ik denk niet dat hier iets aan de hand is, al vind ik het knap gevonden. De verbinding met de polisadministratie van het UWV is een van de dingen die ik later wil bekijken. Laten we maar eens kijken hoever we komen.

De heer **Vendrik** heeft speciale aandacht gevraagd voor mensen met een schuldsanering. Bij vaststelling van een schuldsaneringsregeling wordt altijd rekening gehouden met lopende kosten zoals de kosten van huisvesting en de premie ziektekostenverzekering. Die wordt dus als een vaste last beschouwd. Er komt een beslagvrije voet en daarin zal deze nieuwe premie opgenomen moeten worden. In de nieuwe realiteit wordt er dus rekening mee gehouden dat een hogere nominale premie wordt geheven.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Wordt de zorgtoeslag daar ook in verdisconteerd?

Minister **Hoogervorst**: Dat neem ik aan van wel.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik hoop eerlijk gezegd dat dit gegarandeerd is, want deze mensen zitten drie jaar lang onder het bestaansminimum. Als zo'n zorgtoeslag er ineens tussenuitvalt of wordt geclaimd door een schuldeiser, zijn de rapen gaar. Ik ga ervan uit dat dit goed is geregeld.

Minister **Hoogervorst**: Ja, dat wordt geregeld. Er zijn tal van vragen gesteld over de wanbetalers. De situatie is in dezen toch een beetje bijzonder. Enerzijds is er acceptatieplicht, maar anderzijds is het om privacyredenen en door het feit dat het hierbij om een wettelijke regeling gaat, niet mogelijk dat zorgverzekeraars die informatie onderling uitwisselen. Het risico

waar de heer Rouvoet op wees, een soort carrouselbeweging van wanbetalers die van de ene naar de andere verzekeraar gaan, is dan wellicht enigszins aanwezig. Als iemand midden in het jaar naar een verzekeraar toekomt, heeft hij gewoon het recht om te vragen met welke reden hij naar hem toekomt. Wellicht komt de aap dan toch uit de mouw. De verzekeraar heeft ook het recht om vanaf het begin duidelijk voorwaarden voor betaling te stellen, bijvoorbeeld het cederen van de zorgtoeslag of het betalen van een premie vooraf. Dat kan men eisen, maar het is een moeizame situatie. Ik kan mij dus wel voorstellen dat wij dit nauwlettend in de gaten moeten houden opdat het niet uit de hand loopt. We zullen het tot speciaal onderwerp van de evaluatie maken. Wij kunnen in deze wet natuurlijk niet wangedrag gaan aanmoedigen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De minister zegt dat een verzekeraar iemand die zich midden in het jaar bij hem meldt, kan vragen waarom hij bij hem komt. Hij kan natuurlijk niet eindeloos wisselen. Daar worden beperkingen aan gesteld. Heeft een verzekeraar het recht om te weten waarom iemand zich meldt? Of heeft de verzekerde de mogelijkheid om te zeggen "dat gaat u niet aan"?

Minister **Hoogervorst**: Hij kan natuurlijk liegen of iets verzinnen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Precies. De nieuwe verzekeraar kan niet checken waarom iemand zich bij hem meldt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Bij andere verzekeringen kan dat wel. Ligt het puur aan de wettelijke verplichting om verzekerd te zijn dat de minister denkt dat het niet kan of heeft de minister ook getoetst of het niet kan?

Minister **Hoogervorst**: Omdat het een verplichte verzekering is, kun je die voorwaarde vooraf niet stellen. Nu ik dit, mede door de gestelde vragen, zo bij elkaar zie, vind ik dat er reden genoeg is om het goed in de gaten te houden. Stel dat het echt structureel tot ongewenst gedrag leidt, dan kan wellicht onder voorwaarden wel een zekere verzameling van gegevens worden toegelaten. Dan kunnen verzekeraars wel op tijd maatregelen nemen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb gevraagd of dat niet rechtstreeks kon en of die gegevens ook niet bij het BKR in Tiel terecht zouden komen. Daar komen immers alle wanbetalers terecht.

Minister **Hoogervorst**: Dat zijn de gegevens die verzameld zijn in niet-verplichte verzekeringen. Dat geldt dus voor een andere categorie. Dat geldt hierbij niet.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik zou niet willen uitkomen op een zwarte lijst die voor alle verzekeraars toegankelijk is. Ik kan niet veel meer dan het de minister meegeven, maar als er op den duur iets van een zwarte lijst van chronische wanbetalers gaat ontstaan, dan zou dat op een plek moeten zijn waar de verzekeraars niet bij kunnen.

Minister **Hoogervorst**: Ik denk dat wij daar nog eens goed naar moeten kijken. Deze kwestie kan wellicht nader uitgediept worden in de studie naar de gegevensuitwisseling teneinde het aantal onverzekerden terug te dringen. Ik verwacht er op korte termijn echt geen grote problemen mee, maar dat kan wellicht op lange termijn wel het geval zijn. Dan moeten wij er snel bij zijn. Het is overigens wel een aansporing voor verzekeraars om dicht bovenop gevallen van wanbetaling te zitten.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik neem aan dat er nu ook al afspraken tussen zorgverzekeraars zijn over wanbetaling. Iemand kan ingevolge de Ziekenfondswet verplicht verzekerd zijn, maar toch gewoon overal niet betalen. Laat die praktijk zich niet vertalen naar het nieuwe stelsel?

Minister **Hoogervorst**: Die problematiek in het ziekenfonds zou op zichzelf niet anders moeten zijn dan in de nieuwe situatie, behalve dan dat de nominale premie wat lager is. Maar die is natuurlijk de afgelopen jaren ook al behoorlijk verhoogd. Ik geloof niet dat daar sprake is van zwarte lijsten. Ik heb vanuit de verzekeringswereld geen signalen gehad dat hier iets aan moest worden gedaan, omdat het voor hen een groot probleem wordt. Mede door de vragen die de Kamer heeft gesteld en de samenloop van problemen die wij hier zouden

kunnen tegenkomen, lijkt het mij echt goed dat wij dit snel bekijken. De heer Heemskerk heeft gevraagd wie vaststelt of iemand niet-verwijtbaar onverzekerd is. Het CVZ stelt die criteria vast. Het CVZ besluit wanneer van een boete kan worden afgezien.

Als je op 2 januari 2006 achttien jaar wordt, wie vertelt jou dan dat je je moet verzekeren? Dat is waarschijnlijk diezelfde persoon. Die wordt gelukkig 2 januari 2006 achttien jaar. Die weet inmiddels dat hij zichzelf moet gaan verzekeren. De betrokkene krijgt informatie van zijn zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar zal iemand die achttien jaar wordt, automatisch benaderen.

Er zijn verschillende vragen gesteld over de acceptatieplicht en aanvullende polissen. Wij hebben daar zeer uitvoerig over gediscussieerd in het kader van de hoofdwet. Nu heeft meer dan 90% van de ziekenfondsverzekerden een aanvullende verzekering. Al die mensen krijgen dat non-selecte aanbod van hun zorgverzekeraars. De aanvullende verzekering beslaat ongeveer 5% van de totale zorg. Wij zien verder dat de meeste grote zorgverzekeraars een redelijk courant risicoselectiebeleid praktiseren. Met het oog op het voorgaande verwacht ik gewoon ook in de toekomst op dit gebied geen grote problemen.

Mevrouw Smilde heeft aangegeven dat het op dit moment met de problemen eigenlijk wel meevalt en dat er wettelijk in ieder geval niets kan worden gedaan. De verbetering van het risicovereveningssysteem geeft de verzekeraars veel comfort dat zij uit de kosten komen, ook met slechte risico's. Zelfs verzekeraars in gebieden met een hoog percentage slechte risico's hebben gezegd dat zij elke chronisch zieke die zich aanbiedt, accepteren. Op grond daarvan denk ik dat het in de praktijk reuze meevalt met deze problematiek.

Mevrouw Schippers zei dat de grote groep mensen – ongeveer 800.000 – in de publiekrechtelijke regelingen een forse commerciële waarde vertegenwoordigen. Zij vroeg zich of deze groep wel moet worden betrokken bij de negatieve optie. Verzekeraars zullen ongetwijfeld met een zekere gretigheid naar deze groep kijken en ik denk niet dat zij deze mensen de negatieve optie misgunnen. De vraag is veeleer of de aanwijzing van de verzekeraar niet

moet plaatsvinden via een openbare aanbesteding. Ik heb daar geen eenduidige informatie over. De VNG vindt dat niet nodig, maar meent dat het op den duur wel via een openbare aanbesteding moet worden geregeld om op die manier de beste waar voor het geld te krijgen. Men wil echter nog even wat tijd hebben om het op een ordentelijke manier te regelen. Ik meen overigens te kunnen zeggen dat de andere commerciële partijen de afgelopen jaren zich niet ongelooflijk hebben ingespannen om deze vette kluit binnen te halen. Hoewel de openbare aanbesteding een zaak is voor partijen zelf, doe ik er wellicht goed aan om met de VNG nog eens te praten over de periode die men nodig denkt te hebben. Misschien kan het iets sneller dan drie jaar. Ik heb er alle begrip voor dat het voor alle partijen erg moeilijk is om op zo'n korte termijn tot een openbare aanbesteding te komen. Niemand krijgt overigens een cadeautje, want de reserves van de publiekrechtelijke regelingen blijven in het bezit van de huidige eigenaar. Ze worden niet aan commerciële partijen overgedragen. Er is natuurlijk nu al een contractrelatie, dus wat dit betreft is er niets nieuws onder de zon. Ik heb dan ook niet de indruk dat hier iets onoirbaars gebeurt.

De **voorzitter**: Ik stel vast dat de minister het blokje "negatieve optie onverzekerden" heeft afgesloten en geef gelegenheid tot het stellen van aanvullende vragen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb gevraagd of het klopt dat de DGPV wél gaat aanbesteden en het dus wel voor elkaar heeft gekregen. Wat vindt de NMa hiervan? Bij IZZ ligt het net weer een slagje anders en ook daarover hoor ik graag de mening van de minister.

Minister **Hoogervorst**: Bij IZZ ligt het inderdaad anders. Het gaat hier niet om een publiekrechtelijke regeling, maar om een collectief contract. De DGPV is inderdaad openbaar aan het aanbesteden. Deze instantie is ermee begonnen en zag kennelijk geen beletsel. Over de kwestie of het voor de VNG een plicht is om openbaar aan te besteden, is mij geen uitspraak van de NMa bekend. De juristen van de VNG zeggen dat het niet noodzakelijk is; andere juristen hebben daarover

een andere mening. Dit is een zaak waarover ik op dit moment geen uitspraak durf te doen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Hoe gaat het nu dan verder? Grijpt de NMa in als het is gebeurd? Of gaat de NMa hierover in de loop van de komende weken iets zeggen? Er bestaat hierover dus een verschil van mening tussen juristen.

Minister **Hoogervorst**: Het gaat er natuurlijk ook om of partijen het gaan aanvechten. Daarvoor heb ik voornamelijk geen duidelijke aanwijzingen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb een vraag over de publiekrechtelijke overgang. U hebt gezegd dat u daar niet over gaat, maar dat u wel met de VNG wilt praten over een tender op termijn. Is het in principe mogelijk dat de gemeente Maastricht per 1 januari 2007 als werkgever een collectief contract afsluit met een regionale verzekeraar? Dat lijkt mij wel.

Minister **Hoogervorst**: Dat vermoed ik ook, maar ik durf dat niet zo maar te zeggen, want ik ken de aard niet van de contracten tussen de VNG en de deelnemende partijen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Kunt u ons daarover informeren?

Minister **Hoogervorst**: Ik wil daar nog wel even naar kijken.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Een werkgever kan toch gewoon een collectief contract afsluiten? Dit gaat alleen over de negatieve optie die wordt gedaan. Dan krijg je de situatie dat 90 of 95% van de mensen op de negatieve optie ingaat.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal daarnaar moeten laten kijken.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik kom even terug op het begin van uw betoog over de sancties voor verzekeraars die de overgang niet goed regelen. U zei dat dit rond half november wel in beeld zou zijn en dat u maatregelen neemt als het toch fout mocht gaan. Welke maatregelen zijn dat?

Minister **Hoogervorst**: Het lijkt mij dus zeer onwaarschijnlijk. Op dat moment zullen wij de situatie

moeten bekijken. Naar mijn gevoel wordt het zo'n probleem voor een verzekeraar als hij voor half december de gevraagde waar niet kan leveren, dat hij het echt niet zo ver zal laten komen. Ik zal het samen met de verzekeraars nauwlettend blijven volgen om te voorkomen dat het zo ver komt.

Mevrouw **Kant** (SP): U zegt geen grote problemen te verwachten met de risicoselectie bij de aanvullende verzekering, omdat het nu ook al meevalt. Voor sommige groepen valt het nu helemaal niet mee. Weigeringen komen nu al voor. Ik voorzie daar dus wel problemen. Wij komen nog wel terug op die problemen op het moment dat zij zich voordoen, want u gaat het proces bewaken. U hebt het al gezegd, maar ik vraag het toch nog een keer nadrukkelijk. Het integrale aanbod gaat ook over de aanvullende verzekering. Geldt de sanctie voor de negatieve optie ook als men het niet bij de aanvullende verzekering doet?

Minister **Hoogervorst**: De negatieve optie gaat alleen over het basispakket.

Mevrouw **Kant** (SP): Daar was ik al bang voor. De sanctie is dan alleen reputatieschade, zoals u zegt. Dat vind ik jammer. Waarom is dat niet het geval?

Minister **Hoogervorst**: Omdat dit niet over aanvullende verzekeringen gaat. Dat zien de verzekeraars natuurlijk als één pakket. Als men erin slaagt om het basispakket aan te bieden, zal men er ook in slagen om een aanvullend pakket aan te bieden.

Mevrouw **Kant** (SP): Natuurlijk wil men iedereen graag in de basisverzekering houden, hoewel ik daar in de toekomst problemen voorzie, maar juist bij de aanvullende verzekering zal men chronische patiënten eruit willen selecteren. Daar zit het probleem.

Minister **Hoogervorst**: Wie zich niet houdt aan de gedragscode, moet op de blaren zitten. De verzekeraar loopt namelijk grote reputatieschade op, wat voor hem een heel akelige zaak is. Bovendien zal ZN zo'n verzekeraar royeren.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat gebeurt in het kader van de

overgang en is eenmalig. Behalve Hans Wiegel af en toe lief aankijken als het fout gaat, hebt u dus geen mogelijkheden om iets te doen indien er op grotere schaal geselecteerd zou gaan worden in het aanvullende deel van de verzekeringsmarkt.

Minister **Hoogervorst**: Dat zijn een hoop "zous". Ten eerste heb ik bij alle maatregelen rond aanvullende verzekeringen gekeken naar de maatvoering. Ten tweede blijkt uit de praktijk van de afgelopen jaren dat er niet op grote schaal wordt geselecteerd. Het vindt wel plaats – dat zal ik niet ontkennen – maar niet op grote schaal.

De heer **Heemskerck** (PvdA): U ziet dus niets in de "krokodillentranenoproep" van de CDA-fractie aan de sector om soepelheid te creëren via zelfregulering?

Minister **Hoogervorst**: De sector mag zelf doen en laten wat hij wil, zolang men zich maar aan de regels van het spel houdt.

De heer **Omtzigt** (CDA): Hoe komen wij er tijdig achter als dat niet gebeurt? Ik daag u uit om één verzekeraar te noemen die de afgelopen jaren voor 1 januari bij iedereen de polis in de bus had liggen. Ik erken volmondig dat verzekeraars een enorm eigenbelang hebben, waardoor het grootste deel van de verzekeraars er waarschijnlijk in zal slagen. Maar het blijft een vervelende vraag: wat zijn de mogelijkheden als het niet gebeurt? Welke voorwaarden mogen worden gesteld bij het onverzekerd raken? Het is logisch om iemand die halverwege het jaar komt, te vragen om de premie een maand vooraf te betalen. Mag een verzekeraar echter bijvoorbeeld ook vragen om de jaarpremie vooraf te betalen? Op die manier kan toch worden geselecteerd. Zijn er grenzen aan hoever een verzekeraar mag gaan bij het stellen van voorwaarden vooraf?

Minister **Hoogervorst**: Het vooraf vragen van een jaarpremie lijkt mij weinig kansrijk. Dit valt onder de categorie "onmogelijke eisen stellen om aan risicoselectie te kunnen doen". Het CTZ zal erop moeten toezien dat dit niet gebeurt. De zorgverzekeraars hebben onderzoek laten doen – het is jammer dat

de heer Vendrik wegloopt maar dan is zijn vraag ook meteen beantwoord – door PricewaterhouseCoopers. De onderzoeksvraag was: kunnen wij het op tijd leveren en wat moet daarvoor nog gebeuren? Het antwoord was: u kunt het op tijd leveren als de datum voor het opleveren van de offerte wordt verschoven naar uiterlijk 15 december en de invoeging van de ggz een jaar wordt uitgesteld. Beide zaken zijn gebeurd, dus ik ga ervan uit dat men erin zal slagen. Op basis van mijn werkbezoeken bij verschillende verzekeraars weet ik dat er met man en macht wordt gewerkt om dit op orde te krijgen. Er heerst geen sfeer van paniek: het is hard werken maar wij hebben er vertrouwen in.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De vraag achter de krokodillentranen is natuurlijk: waarom zouden zorgverzekeraars geen gedragscode willen opstellen als er toch nauwelijks wordt geselecteerd?

Minister **Hoogervorst**: Er zijn nu al grote zorgverzekeraars die adverteren met: wij doen niet al te moeilijk, dus kom bij ons. Dat past in een gezonde concurrentie tussen zorgverzekeraars. Stel dat in de toekomst ongewenste zaken ontstaan, dat grote groepen mensen zich niet meer aanvullend kunnen of willen verzekeren waardoor ongewenste gezondheidsklachten ontstaan. In dat geval moet je als politiek besluiten: wij passen het basispakket aan. Ik heb dat nog niet gezien en ik voorzie dat ook niet in de komende jaren. Als politiek moet je daar altijd zorgvuldig naar blijven kijken. Naar mijn idee verzekeren de Nederlanders zich eerder te veel voor allerlei onzin die ook in die pakketten zit, dan dat zij dat te weinig doen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb een heel andere vraag die de minister eventueel ook schriftelijk mag beantwoorden, samen met de rebus van de heer Omtzigt. Wat gebeurt er als een zorgverzekeraar het contract met een zorgaanbieder verbreekt terwijl een patiënt nog bij de betreffende zorgaanbieder in behandeling is?

Minister **Hoogervorst**: Ik neem dat geval ook even mee.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister overgaat naar blok 3: vergunningen en solvabiliteit.

Minister **Hoogervorst**: De heer Heemskerk heeft gevraagd hoe hard de nieuwe solvabiliteitseis van 8% voor de zorgverzekeraars is. Deze eis is afgeleid van de Europese schaderechtlijnen en is dus hard. Nieuwe Europese regels zijn wat meer risicogerelateerd. De solvabiliteitseisen zijn afhankelijk van het financiële risicoprofiel van een individuele zorgverzekeraar. Dit wordt echter in belangrijke mate afgevangen door het vereveningssysteem. Voorlopig vormt de 8%-eis het uitgangspunt. De heer Van der Vlies heeft gevraagd wat er gebeurt met de wettelijke reserve van een ziekenfonds met een particuliere ziektekostenverzekeraar. Zij kunnen samen een nieuwe juridische entiteit vormen, maar als zij die reserve willen behouden, dan mag deze entiteit niet winstbeoogend zijn.

De **voorzitter**: Ik moet de heer Van der Vlies verontschuldigen wegens privé-omstandigheden.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal de vragen van de heer Van der Vlies toch beantwoorden. Hij heeft gevraagd of de verzekerden adequaat worden beschermd tegen het faillissement van zorgverzekeraars. Dat is de taak van de Nederlandse Bank. Indien er sprake is van een faillissement van een zorgverzekeraar, dan voldoet het CVZ de vorderingen van de verzekerden bij deze verzekeraar. De heer Heemskerk heeft gevraagd waarom ik niet wat beter heb onderhandeld over de vrijvallende reserves van € 2,5 mld. bij de particuliere zorgverzekeraars. Daarover valt natuurlijk niet te onderhandelen, want die zijn gewoon van de particuliere zorgverzekeraars. Dat geld is in de private markt verdiend. Bovendien is er geen sprake van zomaar vrij besteedbare vrijval van reserves. Bovenop de minimale solvabiliteit zullen voldoende buffers nodig blijven. Het is niet mogelijk om zomaar aan premiedumping te doen met die reserves. De heer Omtzigt heeft gevraagd wat wij met fusies doen zolang de Wet marktordening gezondheidszorg er nog niet is. Ontstaat er in die periode dan geen gat? Hierover hebben wij het verschillende keren gehad. Het toezicht blijft geheel dekkend, want het CTZ blijft toezicht houden. Per 1 januari 2006 komt de NMa beter in

beeld dan nu, want nu mag de NMa eigenlijk nog niet toezien op ziekenfondsen. Op 1 januari 2006 mag dit wel binnen de privaatrechtelijke sfeer. Ik heb tegen zowel de Eerste als de Tweede Kamer gezegd – dit keer eerder in de Tweede dan in de Eerste Kamer – dat ik afzie van nieuwe marktinitiatieven en verdere liberalisering van de gezondheidszorgmarkt zolang de Zorgautoriteit er niet is. Dit betekent dat er geen vergroting van het B-segment plaatsvindt zolang de Zorgautoriteit er nog niet is. Dat is het belangrijkste voornemen dat ik op dit moment zou hebben. Er valt dus geen gat. Vorige week hebben wij nog uitgebreid gedebatteerd over de fusies. De NMa is exclusief bevoegd op dit terrein. Ik heb niet de bevoegdheid om fusies tegen te houden. Het mooie is dat de NMa in elk geval bevoegd is op het gebied van de particuliere verzekerings. Ziekenfondsen hebben allemaal aanvullende verzekeringen. Die zijn particulier, dus de NMa kan daarop toezien. De NMa heeft wat dat betreft dus een hefboom. Verder heb ik met de NMa afgesproken dat er sprake zal zijn van prospectief toezicht. Men houdt dus al rekening met de situatie vanaf 1 januari 2006. Als zich een fusie zou voordoen tussen nu en 1 januari of het moment waarop de Wet op de zorgautoriteit in werking treedt, controleert de NMa dit. Ook als de zorgautoriteit er eenmaal is, blijft de NMa de enige instantie die bevoegd is op dit terrein. Er ontstaat dus geen gat in het toezicht. Ik zie geen noodzaak voor additionele maatregelen en heb daarvoor ook geen bevoegdheden. Het kan zijn dat er enkele fusies aankomen, maar ik heb daarvoor geen enkele aanwijzing, want men vertelt mij dat niet. Het kan echter zijn dat er een fusie aankomt die marktversterkend is in plaats van marktverzwakkend. Er gaan dus geen gaten vallen en er is geen enkele reden om te wachten op de zorgautoriteit. Dit heb ik ook vanaf het begin duidelijk gemaakt aan de Kamer. Ik hoop nog steeds dat een en ander per 1 januari kan doorgaan, maar als het wat langer zou duren, is dat geen drama.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De minister zegt dat de NMa nu, maar ook straks, bevoegd is op het gebied van fusies en overnames binnen wat dan de zorgmarkt gaat heten. Daarmee is eigenlijk al een voorschot genomen op het principiële debat

over de marktordening in de zorg. Daarbij gaat het om de vraag waar het gangbare mededingingsrecht op van toepassing is, inclusief het toezicht op fusies en overnames. Tevens gaat het om de vraag waar sectorspecifieke bepalingen nodig zijn die in een wetsvoorstel marktordening worden neergelegd. Dat vind ik nogal wat. Ik heb het wetsvoorstel nog niet gezien en het debat daarover is, voorzover ik kan nagaan, nog nauwelijks gevoerd. Nu ligt echter kennelijk al vast dat de NMa toezicht kan uitoefenen op weg naar 1 januari 2006, omdat ook het mededingingsrecht dan volledig toepasbaar is in de zorg.

Minister **Hoogervorst**: Over de WMG komen wij nog te spreken. Dan kunnen wij het hebben over de precieze afbakening van bevoegdheden. Ik denk dat het prettig is om te weten dat de NMa voor de komende zes maanden gerechtigd is om zaken te beoordelen en dat wij geen lacune hebben waarin er geen mededingingstoezicht zou plaatsvinden. De NMa kijkt nu ook al naar fusies van ziekenhuizen. Dat is heel normaal en ik ben blij dat iemand het doet. Ik zie dus het probleem niet.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): In het mededingingsrecht gaat het steeds tussen algemeen en specifiek toezicht en specifieke regels. Daar gaat het natuurlijk om. Wie er toezicht houdt, maakt mij niet zoveel uit. Relevant is, welke regels gelden. De minister zegt dat de NMa tot 1 januari 2006, en daarna, verantwoordelijk is voor het toezicht op het particuliere deel van de markt en op de hele markt als het gaat om fusies en overnames. Daarmee geldt automatisch dat het algemene mededingingsrecht van toepassing is op de zorg. Het debat over de vraag welk type marktordening wij willen, is volgens mij tamelijk fundamenteel. Het gaat erom of wij specifieke marktregels willen instellen of niet. Nu komt er een konijn uit de hoge hoed.

Minister **Hoogervorst**: Wat ik heb gezegd weet de Kamer al lang, want het staat in een notitie over de zorgautoriteit die ik naar de Kamer heb gestuurd. In grote lijnen staat daarin beschreven hoe ik dat zie. Wij hebben daarover al met elkaar gesproken. Straks is de wet beschikbaar en kunnen wij met

elkaar bezien of het een wenselijke situatie is of niet. Daarover zullen wij nog een zware politieke discussie voeren. De heer Omtzigt vroeg of er nu sprake is van een gat, en dan zeg ik: nee, er is geen gat. Het is niet zo dat zorgverzekeraars zomaar ongehinderd met elkaar kunnen fuseren zonder dat iemand daarop toeziet.

De heer **Omtzigt** (CDA): De minister stelt mij gerust. In het debat dat wij hier gehad hebben over een mogelijke fusie tussen twee zuidelijke zorgverzekeraars gaf hij aan dat er een prospectieventoets is en dat er een hefboom is. Daar ben ik blij mee. Wij hadden toen echter ook nog een discussie over het juridische kader daarvan. Die discussie is volgens mij nog niet af. De minister zegt dat de NMa de toetsing zal doen. De minister van EZ was daar ook bij en bevestigde dat. Hoe zit het echter met de bezwaren beroepsmogelijkheden? Als de rechter zegt dat er geen wettelijk kader voor is, dan kun je de NMa-toets hebben en alsnog verworpen worden. Dan had de NMa daar dus geen invloed op. Is de minister in geval van een negatief advies van de NMa bereid, de fusie van de ziekenfondsen te blokkeren?

Minister **Hoogervorst**: Ik denk niet dat ik dat kan. Hoe zou dat in de praktijk moeten gaan? Er volgt een uitspraak van de NMa. Dan zou er juridisch verzet aangetekend moeten worden door de ziekenfondsen. Dat zie ik niet snel gebeuren. De NMa doet dat uit hoofde van de Mededingingswet. Dat is het juridische kader. Dan moeten ziekenfondsen met een particuliere poot een juridische procedure beginnen. Voordat deze is opgestart, is het volgens mij allang 1 januari 2006. Met de nieuwe wet vallen de ziektekostenverzekeraars allemaal duidelijk onder de NMa. Ik voorzie echt geen problemen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik denk dat zij nog onder het oude juridische kader vallen op het moment dat de beroepszaak zich eventueel ook ná 1 januari voordoet. Ik probeer hier geen spijkers op laag water te zoeken

Minister **Hoogervorst**: Nee, dat begrijp ik.

De heer **Omtzigt** (CDA): Is het voor een zorgverzekeraar die nog een keer wat wil, handig om nu een grote fusie aan te kondigen en op die manier onder de nieuwe voorschriften uit te komen? Dat is plat gezegd wat wij hier willen voorkomen. Het gaat ons niet om een fusie van twee kleine regionale verzekeraars. De topdrie moeten niet bij elkaar gaan zitten, laten wij dat helder hebben.

Minister **Hoogervorst**: Ik wil daar nog wel eens goed over nadenken. Misschien dat ik er op weg naar het plenaire debat nog eens juridisch naar kan laten kijken. Mijn gevoel is dat door de prospectieve toets waartoe de NMa gerechtigd is, geen gevaar is dat er hier een aantal zorgverzekeraars zomaar door de mazen van de wet kunnen sluipen, maar ik zal mij nog eens met de NMa hierover verstaan.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Wat die fusie betreft, brengt de heer Vendrik terecht de onderverdeling naar voren tussen Zorgautoriteit en NMa. Daar heeft de minister een opvatting over, maar het is uiteindelijk in de Wet marktoordening waarin de Kamer dat bekrachtigt. Als je al hoort dat die hele stelselherziening kan ingaan zonder dat de Zorgautoriteit er is, dan ga je je afvragen waar wij die hele Zorgautoriteit überhaupt voor nodig hebben. Maar goed, mijn vraag gaat over die fusies. Het is een simpele vraag. Waarom kan de minister wettelijk niet fusies tussen ziekenfondsen tegenhouden, maar via de standstill wel fusies van ziekenhuizen?

Minister **Hoogervorst**: De standstill is ook een juridisch wrak. Die moet ook weg. Dat was niet meer dan een gezaghebbende uitspraak van mijn voorganger. Of die onder mij nog gezaghebbend is, is dus zeer de vraag.

De **voorzitter**: Voorlopig gaan wij ervan uit dat de standstill nog steeds bestaat.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Op het laatste punt zou ik bijna zeggen: breekt u de discussie daarover nu niet open, anders gaan wij zeker tot elf uur door. Ik had nog een uitgestelde vraag over de wettelijke reserves van het ziekenfonds. Ik snap het systeem. Als

je de wettelijke reserves mee wilt nemen en geen winstoogmerk hebt, dan moet je, als je met een particuliere ziektekostenverzekeraar fuseert, een aparte rechtspersoon houden voor dat gedeelte. Alleen had ik een uitspraak van de minister uit de stukken geciteerd, waarin hij zegt dat er naar verwachting in veel gevallen sprake zal zijn van een samenvoeging in één rechtspersoon van een voormalig ziekenfonds en een voormalige ziektekostenverzekering. Daarom was mijn vraag: verwacht hij inderdaad dat veel fusies tot één rechtspersoon zullen leiden en dus ook tot winstoogmerk en dus ook tot het verlies van wettelijke reserves? Dat is dan immers een logisch patroon. Dat zou ik graag willen weten.

Minister **Hoogervorst**: Ik verwacht dat het niet winstbeogend zal worden in dat geval.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat kan toch niet? Als zij in één rechtspersoon fuseren, kan die toch niet zonder winstoogmerk zijn?

Minister **Hoogervorst**: Dat kan toch een waarborgmaatschappij zijn?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dan werkt het dus de andere kant op?

Minister **Hoogervorst**: Ja.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dan heb ik het inderdaad verkeerd begrepen.

Minister **Hoogervorst**: Het bijzondere van deze situatie is dat de zorgverzekeringswereld voor het grootste deel niet winstbeogend wordt. De verzekeraars worden wel door iedereen afgeschilderd als vreselijke geldwolven die de arme zorgaanbieders allemaal poten uit het lijf zitten te rukken, maar voorlopig zijn de zorgaanbieders de enige die winstbeogend zijn in deze wereld.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik snap het al.

Minister **Hoogervorst**: Het kan niet vaak genoeg worden gezegd.

Mevrouw **Kant** (SP): Volgens mij was het laatste antwoord meer op

mij gericht, maar ik zal er niet op ingaan.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het was een antwoord op mijn vraag.

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, dat weet ik wel, maar ik zag de minister toch nadrukkelijk in mijn richting kijken. Ik heb een praktische vraag. Misschien heb ik iets gemist bij de blokken-indelingen. Ik had bij de vergunningen ook vragen gesteld over de salarissen en over buitenlandse zorgverzekeraars en vergunningen.

Minister **Hoogervorst**: Op beide punten kom ik nog terug.

Minister **Hoogervorst**: Ik kom nu op hoofdstuk vier: koopkracht/zorgtoeslag. In reactie op opmerkingen van mevrouw Smits wil ik op zich erkennen dat er in de afgelopen jaren verschillende maatregelen zijn genomen die de eigen verantwoordelijkheid meer hebben benadrukt en daardoor tot enige inperking van de risicosolidariteit hebben geleid. Het opschonen van het pakket en de introductie van de no claim hebben tot een zekere reductie van de risicosolidariteit geleid. Ik ben van mening dat ik met deze wet de inperking ruimschoots goedmaak. Wat er gebeurt met de inkomens van mensen is ingrijpend en ingewikkeld en het resultaat zal niet voor iedereen op nul of hoger uitkomen. Er zullen ook mensen een duidelijke min ervaren. De heer Heemskerck heeft daar een paar goede voorbeelden van gegeven. Als ik echter de grote lijnen van het voorstel bezie, ben ik ervan overtuigd dat het leidt tot een versterking van de risicosolidariteit en ook tot een versterking van de inkomenssolidariteit. Er is sprake van een versterking van de risicosolidariteit doordat alle particulier verzekerden een wettelijk verzekerd pakket krijgen. Dat hebben zij nu niet. Daarnaast komt een acceptatieplicht. Veel particulier verzekerden, die lang niet allemaal een vreselijk hoog inkomen genieten, hebben er echt last van dat die er nu niet is. Dat geldt bijvoorbeeld voor chronisch zieken en voor ouderen met een standaardpakketpolis. Dat is dus echt een belangrijke uitbreiding van de risicosolidariteit. In de discussie over de zorgtoeslag wordt één ding door velen over het hoofd gezien. De ziekenfondsen zijn opgericht in een tijd dat iedereen

nog eenverdiener was en moeder thuis in de keuken stond. De Ziekenfondswet berust nog helemaal op het oude kostwinnersdenken. Het gevolg daarvan is dat bij tweeverdiemers van wie één partner een ton verdient en de andere partner een half dagje in de week werkt, die laatste partner voor € 300 per jaar is verzekerd in het ziekenfonds. Er is dus een heel vreemde inkomenssolidariteit ontstaan doordat iemand met een heel klein baantje voor een appel en een ei in het ziekenfonds kan zitten terwijl het totale gezinsinkomen veel meer eigen verantwoordelijkheid mogelijk maakt. Dat wordt met deze wet ingrijpend veranderd. De zorgtoeslag is niet gebaseerd op het individuele inkomen, maar op het gezinsinkomen. Het verzamelinkomen van het totale gezin wordt als basis voor de toeslag genomen. Hierdoor verdwijnen een hoop scheve verhoudingen. Een ziekenfondsverzekerde met twee kinderen die vreselijk hard heeft gewerkt en een promotie maakt die € 1000 per jaar oplevert, hoeft niet meer als dank daarvoor ineens € 1500 of € 2000 per jaar extra te betalen omdat hij zich particulier moet verzekeren. Ook dat is weg. Dit geldt ook voor de oudere die particulier verzekerd is en die misschien net iets meer heeft dan de ziekenfondsgrens. Die persoon hoeft dus niet meer de standaardpakketpolis te betalen, maar wel de € 1100 of welk bedrag het ook wordt. Er is dus sprake van een veel evenwichtiger spreiding van lasten. Tegen de heer Vendrik zeg ik dat het inderdaad een grof schandaal is dat van mensen met twee kinderen, die net boven de ziekenfondsgrens zitten, die kinderen voortaan gratis meeverzekerd zijn. Ik stel het op prijs dat ook de PvdA heeft gezegd dat zij, als zij een nieuw systeem zou kunnen maken, het ook zo zou doen. Zij vindt het namelijk ook goed dat de middeninkomens met kinderen, die vaak heel hoge lasten hebben, hun kinderen gratis bijverzekerd hebben. Kortom, er zitten heel veel elementen van inkomenssolidariteit in dit systeem, die iemand van linkse signatuur ook zou moeten kunnen aanspreken.

De **voorzitter**: Dat vraagt natuurlijk om een weerwoord. Ik zie dat de heer Vendrik wat wil zeggen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De minister heeft in het kader van

risicosolidariteit gezegd dat het grote voordeel van een brede volksverzekering met name voor de particuliere sector geldt, dus degenen die tot op heden daar verzekerd zijn. Dat geldt voor de hogere-inkomensgroepen. Ik vind dat heel goed, want ook in die groep zijn chronisch zieken. Het is dus heel goed dat dit geregeld is. Vervolgens krijgen zij nog een cadeautje. Als je in de hogere-inkomensgroepen valt en je hebt kinderen, wordt het niet 1%, maar 5%, 6%, 7% van het besteedbaar inkomen. Bij drie keer modaal wordt het veel erger. Dat gaat om substantiële bedragen. Waarom het tweede cadeau gegeven moet worden, ontgaat mij. Graag wil ik dat de minister dit uitlegt. Daarbij komt dat het ongelooflijk veel geld kost. Ik hoor de minister van Financiën niet anders roepen dan dat er nergens geld voor is in dit land. Waarom doen wij dit dan? Daar zitten de mensen toch niet op te wachten?

De **voorzitter**: Ik was te goed van vertrouwen en gaf u de gelegenheid om een kort weerwoord te geven, maar u gaat nu een hele filosofie verkondigen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het was geen filosofie: het waren twee constatering en een vraag. Ik vroeg om een reactie hierop van de minister. Ik ben dan klaar.

De **voorzitter**: Ik stel mij voor dat de minister zijn antwoord over dit blokje afrondt.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Dit was mijn algemene inleiding bij dit onderwerp. Inderdaad zijn er enkele heel duidelijke winnaars: de particulier verzekerden met kinderen, de chronisch zieken en de ouderen met kinderen. Dit geldt overigens niet voor alle ouderen, maar daar kom ik straks nog even op terug. Vooral gehuwde ouderen die nu twee keer de volle mep betalen in de particuliere verzekering en die vaak helemaal niet zo'n vreselijk hoog inkomen hebben, gaan er ook gigantisch op vooruit. Dit vloeit voort uit de gekozen systematiek: of je laat alle kinderen betalen of je laat geen van de kinderen betalen. Wij hebben voor het laatste gekozen. Er komt wel eens een meevallertje bij middengroep die in de afgelopen jaren heel zware klappen heeft gehad. Dat vind ik dan niet erg. Die

groep is er namelijk veel meer op achteruit gegaan dan de overige inkomensgroepen. Wat dat betreft kan de oppositie zich al weer verheugen op allerlei leuke toestanden. Natuurlijk zullen er door deze operatie, omdat de individuele situatie van niemand gelijk is, grote inkomensspreidingen ontstaan. Als het Centraal Planbureau in augustus weer puntenwolken gaat maken, zal men weer grote uitschieters naar beneden en naar boven zien. Ik heb enkele voorbeelden van uitschieters naar boven genoemd en een voorbeeld van een uitschieter naar beneden. Dat is de tweeverdiener met een partner met een heel klein inkomen, die voor een appel en een ei in het ziekenfonds zit. Op Prinsjesdag zal duidelijk worden dat het kabinet netto € 900 mln. lastenverlichting heeft gespaard voor deze operatie, omdat het wist dat er zich grote inkomensuitslagen zouden voordoen. Het kabinet verwachtte dat het nodig zou zijn om daarvoor extra geld in te pompen. Grosso modo zal dat de koopkracht positief beïnvloeden. Ik geef echter geen enkele garantie af over de uiteindelijke resultaten. Ik herhaal dat ik dat niet doe, omdat de spreiding zo groot is. Wij hebben binnen het pakket dat beschikbaar was om deze operatie te begeleiden een duidelijke verschuiving aangebracht van fiscale lastenverlichting naar versterking van de zorgtoeslag. Het grote voordeel daarvan is dat die zorgtoeslag beter geschikt is om aan de onderkant van het inkomensgebouw reparatie te geven dan fiscale lastenverlichting. Veel mensen aan de onderkant van het inkomensgebouw betalen immers al bijna geen belasting. Dat is het mooie van de zorgtoeslag. Daarmee kun je gewoon geld gaan uitkeren. Wij hebben besloten om de percentages zodanig aan te passen dat zij beter herkenbaar zijn en betere effecten opleveren aan de onderkant. Daardoor hebben wij aan de onderkant ook het een en ander kunnen repareren. Wij zullen in augustus, september zien hoe dit uiteindelijk wordt. De economie is nog steeds in beweging. De laatste koopkrachtbeelden waren weer minder gunstig dan die waarvan wij enkele maanden geleden uitgingen. Hopelijk is de situatie over enkele maanden weer wat beter. Er zijn door uw Kamer twee groepen genoemd waarvan ik mij ook afvraag of het zo kan, te weten de

Wajong'ers en de alleenstaande 65-plussers, net boven de ziekenfondsgrens. De Wajong'ers aan de onderkant hebben een duidelijke min, in sommige gevallen meer dan 2%. Men kan zeggen dat dit bijna nooit mensen zijn die een zelfstandig huishouden hebben en die meelopen in het totale huishoudinkomen. Dan is het nog maar de vraag of dat werkelijk zo dramatisch is. Toch zal ik nog eens goed deze situatie bezien. Mevrouw Schippers wees op de positie van de alleenstaande ouderen, net boven de ziekenfondsgrens. Volgens het laatste beeld dat ik de Kamer heb laten zien bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet dachten wij dat zij rond de -2% zitten, maar zij dreigen daar nu toch nog wat onder te schieten. Ook de situatie van deze groep zal ik nog een keer bezien. Ik zal de Kamer nog voor het debat nader berichten hoe ik dit probleem zie. Over de MOOZ is gevraagd waarom wij de benodigde naheffing over 2006 niet hebben opgelegd. Dat zou een drama zijn geweest. Dan zouden wij hebben moeten naheffen over particuliere patiënten die niet meer bestaan. Wij hebben dit gewoon in het pakket kunnen meenemen. Daardoor zag het er allemaal weer wat minder dramatisch en wat fleuriger uit. Wat de gevolgen voor de armoedeval betreft, heb ik daarnet al enkele voorbeelden gegeven waarin het echt goed uitpakt. Wij hebben hierover reeds gesproken bij de behandeling van het nieuwe zorgstelsel. De gewijzigde percentages in de Wet op de zorgtoeslag veranderen dit beeld niet wezenlijk.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De bewindslieden van SZW en van Financiën hebben bij de behandeling van het wetsvoorstel Awir onder druk van de Kamer toegezegd dat zij fundamenteel het probleem van de armoedeval zouden bezien. Daarin loopt de zorgtoeslag ook mee. De minister bevestigt wat ik al vermoedde. De herziene vormgeving wijkt niet wezenlijk af op het punt van de armoedeval. Wat gaat hiermee nu gebeuren?

Minister **Hoogervorst**: Wij zullen de vastgestelde percentages in het komende traject handhaven. Wij hebben hierover de vorige keer al gediscussieerd. Ik herinner mij daarvan dat de beelden niet

dramatisch waren. De armoedeval werd er niet door versterkt en op andere onderdelen deed zich een verbetering voor. Het staat mij niet bij dat het totale beeld zou verslechteren.

Er komt een zorgtoeslag, maar tegelijkertijd valt de inkomensafhankelijke ziekenfondspremie, die natuurlijk ook een effect heeft op de armoedeval, helemaal weg. Dat is nog een heel behoorlijke premie.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mijn vraag was vooral procedureel. Sinds het debat waarnaar de minister verwijst, heeft in de plenaire zaal het grote debat over de Awir plaatsgevonden. Het kabinet heeft de Kamer daarin toegezegd dat het zo snel mogelijk komt met een brede aanpak van de armoedeval. Dat betreft ook de zorgtoeslag. Hoe zit het? Gaan wij gewoon door met de zorgtoeslag? Wordt die nog heroverwogen? Gaan wij de zorgtoeslag invoeren en daarna pas nadenken? Waar is de toezegging van het kabinet gebleven? Het lijkt mij een belangrijk probleem. De hele Kamer viel over beide bewindslieden heen, vanwege de grote urgentie, enz.

Minister **Hoogervorst**: Wij gaan door met de zorgtoeslag, want zonder zorgtoeslag kunnen wij de wet niet uitvoeren. Dat is totaal onmogelijk. Als mijn collega's bij de behandeling van een ander wetsvoorstel hebben toegezegd dat zij nog eens goed naar de armoedeval zullen kijken, zullen zij dat zeker doen. Dat zal dan plaatsvinden bij de voorbereidingen van Prinsjesdag, waarbij de effecten van alle regelingen samen voor de armoedeval zullen worden bekeken. Niet om het van mij af te schuiven, maar dat is dan primair de verantwoordelijkheid van mijn collega van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De heer Omtzigt heeft gewezen op het oplopen van de werkgeverslasten van 5,96% naar 6,25%. Dat is juist, maar dat wordt gecompenseerd via een verlaging van de WAO-premie. De totale werkgeverslasten worden niet verhoogd. Mevrouw Smits heeft een garantie gevraagd voor de genoemde kwetsbare groepen. Ik heb al gezegd dat ik geen garantie geef voor wie dan ook. Ik heb echter wel oog voor de kwetsbare groepen. Ik heb er zojuist nog twee genoemd waar wij even specifiek naar willen kijken. Wij

hebben het probleem van de jongeren onder de 23 jaar goed getackeld door de verhoging van de zorgtoeslag.

Mevrouw Smits heeft voorts gevraagd wat de inkomensontwikkeling van chronisch zieken en gehandicapten in de afgelopen tien jaar is. Ik heb niet goed begrepen of zij mij vroeg om daar een onderzoek naar te laten doen. Ik weet wel dat er in het najaar een onderzoek van het Nivel komt, met een overzicht van de meest recente inkomensontwikkeling van chronisch zieken en gehandicapten. Ik heb begrepen dat de Kamer poogt het beschikbaar komen van de uitkomsten te bespoedigen, zodat zij nog voor Prinsjesdag beschikbaar zouden zijn.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik heb gevraagd of het Sociaal en Cultureel Planbureau in samenwerking met het Nivel een onderzoek over een langjarige periode zou kunnen opzetten, juist om te vermijden dat men alleen het zicht heeft op de laatste maatregelen.

Minister **Hoogervorst**: Mag ik daarover nadenken? Ik zou er wellicht ook over moeten spreken met mijn collega van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, om te kijken of het in ons onderzoeksprogramma past. Ik heb het SCP altijd zeer hoog, maar ik weet niet of het de meest uitgelezen partij zou zijn om ons daarbij van dienst te zijn. Ik kom er graag nog op terug. De zorgtoeslag is niet gebaseerd op de werkelijk betaalde premies. Ik ben niet doctrinair geweest met de zorgtoeslag, zoals de heer Vendrik zei. Ik heb het advies van de SER voor 90% gevolgd. Als ik doctrinair was geweest, had ik het voor 100% gevolgd. Dan had ik niet gestreefd naar een nominale premie van € 1100, maar naar een nominale premie van € 2200. € 1100 is maar de helft van de totale kosten. Ik ben er vrij pragmatisch in geweest: dit is al moeilijk genoeg, dus dit hakken wij doormidden; wij laten de werkgevers de helft betalen en dan blijft er nog een mooi bedrag over dat in ieder geval tot meer kostenbewustzijn zal aanzetten. Dat kostenbewustzijn moet ertoe leiden dat de mensen op zoek gaan naar de verzekeraar die de beste kwaliteit voor de laagste prijs levert. Die prijs laat zich redelijk goed vergelijken. Als wij de werkelijke premie zouden

vergoeden, dan zouden zij geen enkele incentive hebben om op zoek te gaan naar een goedkopere zorgverzekeraar. Waarom zou je dat dan doen? Je krijgt toch alles vergoed. Vergelijk het maar met de huursubsidie. Je hebt geen inkomensafhankelijke huren. Je laat mensen de volle huur betalen en je geeft subsidie om die kosten te bestrijden, maar zij houden wel een incentive om niet in de allerduurste woningen te gaan wonen.

Mevrouw **Kant** (SP): De hoogte van de huursubsidie is niet afhankelijk van de gemiddelde huur. Daar zit de pijn.

Minister **Hoogervorst**: Maar er zit wel een kwaliteitskorting in, zodat er nog altijd een prikkel is om niet te duur te gaan wonen. Daarom baseren wij de zorgtoeslag op het gemiddelde van de reële premies in de markt. Dat wordt berekend. Wie bereid is meer te betalen, moet dan zelf als het ware op de blaren zitten. Wie onder dat gemiddelde kan zitten, heeft lagere zorglasten dan anderen. Dat is precies de bedoeling van het systeem. Het is denkbaar dat wij die gemiddelde premie te laag inschatten. In het voorjaar wordt nog eens gekeken naar de daadwerkelijke premieontwikkeling. Ik geef even een extreem voorbeeld: stel het is 20% meer geweest dan wij hadden geraamd. Dan wordt er alsnog een correctie op de zorgtoeslag aangebracht en zitten wij op de blaren. De gemiddelde premie zal op alle verschillende soorten verzekeringen gebaseerd zijn. Er wordt geen rekening gehouden met de collectiviteitskorting, dus dat is gunstig voor de mensen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dus er wordt in de berekening van die gemiddelde premie ook geen onderscheid gemaakt tussen restitutie- en naturapolissen, wat in de Eerste Kamer nog even heeft gespeeld? Alle polissen voor het basispakket worden naar een gewogen gemiddelde gebracht en dat is uitgangspunt voor de zorgtoeslag, zo begrijp ik.

Minister **Hoogervorst**: Ja. Thuiswonende kinderen boven de achttien gelden als zelfstandig huishouden in het kader van de

zorgtoeslag. Zij liften niet mee met het huishoudinkomen.

Gaat de Belastingdienst de tijdige uitvoering hiervan trekken? Ik heb hen heel indringend aangekeken en gevraagd of dit zal lukken, want ik begin niet aan iets wat niet lukt. Men heeft mij verzekerd dat het gaat lukken. Zo gaat het in het leven. Zolang ons werk nog niet door computers wordt gedaan, zal ik op organisaties en hun leiders moeten kunnen vertrouwen. Als dat niet lukt, dan hebben wij een groot probleem.

Mevrouw **Kant** (SP): "Lukken" betekent dat mensen in december hun geld kunnen krijgen.

Minister **Hoogervorst**: Ja, je moet voor 1 november het formulier inleveren en je krijgt in december de eerste zorgtoeslag nog voordat je de eerste premie hebt betaald. Wij zetten natuurlijk alles op alles om zo veel mogelijk mensen te bereiken. Vrijwel iedereen zal een formulier krijgen. De meest kwetsbare groepen zullen een voorbedrukt formulier krijgen met daarop ingevuld het verzamelinkomen. Het is verstandig om dat nog na te lopen, maar men hoeft niet veel meer te doen dan een handtekening te zetten. Het is voor mij een enorme geruststelling dat de meest kwetsbaarste groep op die manier bereikt wordt. De heer Vendrik heeft begrip voor de aanpassing van de drempel van de buitengewonelastenregeling, maar vroeg zich af of die aanpassing niet te ruw is. Wij zijn van mening dat wij het één op één hebben overgezet. Daarbij is wel uitgegaan van gemiddelde premies. De variëteit daarin is echter niet zodanig dat je dat ruw kunt noemen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter.

De **voorzitter**: Gaat u echt om vijf uur weg of niet?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Die garantie heeft u. U bent mij om vijf uur kwijt, voorzitter!

De **voorzitter**: Dan mag u een vraag stellen.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Mag ik dan de volgorde van mijn beantwoording omdraaien?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): U bent mij om vijf uur echt kwijt. Is het niet verstandiger om dit bij het Belastingplan te regelen, ook omdat er nog een groot debat loopt met de staatssecretaris van Financiën of de aftrek voor buitengewone uitgaven voor chronisch zieken en gehandicapten wel doet wat hij moet doen? Daarin speelt de premie voor de ziektekosten immers ook een belangrijke rol. Wij krijgen daarover nog een breed debat met de staatssecretaris van Financiën. Is het niet verstandiger om dit punt dan even te parkeren en het dan in één keer mee te nemen? Anders wordt het toch wel erg hapsnap en met name voor chronisch zieken en gehandicapten willen wij dat echt niet.

Minister **Hoogervorst**: Het heeft mijn voorkeur om dit zo snel mogelijk te doen, zodat men bij de Belastingdienst weet waaraan men toe is. Het is ook niet meer dan een technische aanpassing. Ik heb de Eerste Kamer toezeggingen gedaan met betrekking tot onderzoeken naar de zorgtoeslag en TBU-integratie. Die onderzoeken vinden in 2006 plaats maar niet de uitvoering. Ik zal daarbij natuurlijk de Tweede Kamer betrekken. Ik heb de Eerste Kamer toegezegd dat ik tijdig verslag zal uitbrengen over dit onderwerp, zodat er nog wijzigingen aangebracht kunnen worden in het Belastingplan 2007. Voor 2006 is dit echt niet mogelijk.

De heer **Omtzigt** vraagt waarom de TBU in een AMvB wordt geregeld en de zorgtoeslag in een wet. Deze wet geeft de mogelijkheid om de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven via een AMvB te regelen. In die AMvB zal echter voor de inhoud van de regeling in belangrijke mate worden verwezen naar de vormgeving in de inkomstenbelasting van de buitengewone uitgavenregeling en die is weer vastgelegd in een wet, net als de zorgtoeslag. Het geeft enige flexibiliteit maar de hoofdzaak is nog steeds in de wet geregeld.

De heer **Omtzigt** (CDA): Aan welk soort afwijkingen moet ik dan denken en welke controle heeft het parlement daarop?

Minister **Hoogervorst**: De Kamer krijgt die AMvB te zien. Volgens mij

is de tegemoetkomingsregeling een één-op-éénweergave van de wet.

De heer **Omtzigt** (CDA): Wij krijgen die AMvB graag te zien.

Minister **Hoogervorst**: Verder heeft de heer Omtzigt gevraagd waarom de aanvraag voor de zorgtoeslag niet tegelijk met de belastingaangifte kan plaatsvinden.

De zorgtoeslag is iets heel anders, het is daarbij geen kwestie van innen maar van uitkeren. De dienst die dat doet, hanteert een heel ander systeem dan de Belastingdienst. Bovendien vindt belastingaangifte plaats na afloop van een kalenderjaar. Mensen die een zorgtoeslag ontvangen, kunnen vaak niet wachten tot het einde van het jaar. Als iemand voor november de zorgtoeslag niet heeft aangevraagd, wil dat niet zeggen dat hij nooit meer daarvoor in aanmerking komt. De zorgtoeslag kan altijd nog worden aangevraagd. Om dit met de belastingaangifte te laten meelopen, lijkt mij een heel slechte gedachte. De heer Omtzigt stelde voor om zorgkosten die niet meetellen voor de no-claimteruggaaf, ook niet onder het vrijwillige eigen risico te laten vallen. Dat lijkt mij geen goed idee. De mogelijkheid van het eigen risico wordt er behoorlijk mee ingeperkt. Bovendien is het een vrijwillig eigen risico, dus mensen hoeven het niet te lopen. Ik verwacht dat het met de transparantie reuze zal meevallen. In de Eerste Kamer heb ik toegezegd om volgend jaar te bekijken tot welke problemen de samenloop van beide regelingen mogelijk leidt. De evaluatie van de no claim zal ik zo snel mogelijk houden. Als er problemen zijn, kunnen wij ze alsnog aanpakken. De heer Omtzigt heeft ons nog tot september gegeven om de dubbele premie bij alimentatie te bekijken. Het lijkt mij vooral een kwestie voor collega Wijn.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb gevraagd of die 6,25% is meegenomen in de koopkrachtplaatjes. De minister antwoordt dat de verlaging van de WAO-premie een en ander compenseert. Dat is een antwoord op een ander plaatje, want de koopkrachtplaatjes betreffen alleen de effecten van het stelsel. Ik ben benieuwd of de WAO-wijziging nu ook betrekking heeft op het stelsel. Daarnaast zijn er natuurlijk mensen

die geen WAO-premie betalen. Ouderen betalen wel de werkgeversbijdrage, maar zijn niet meer WAO-plichtig.

Ik heb ook gevraagd naar de belangrijkste wijzigingen in het compensatiepakket. Komt dat nog een keer terug?

Minister **Hoogervorst**: Het pakket is nog in beweging. Het uiteindelijke resultaat zal op Prinsjesdag gepresenteerd worden. De verhoging naar 6,25% heeft een koopkrachteffect, met name voor ouderen. Het is de belangrijkste oorzaak waarom zij wat verder zijn weggezakt. Ik heb de behoefte om daar nog even goed naar te kijken. De WAO-premie heeft natuurlijk geen effect op de koopkracht. Dat gaat om lasten voor de werkgevers. De gepresenteerde koopkrachtcijfers zijn niet sec voor het stelsel, maar betreffen het geheel van de te nemen maatregelen.

Mevrouw **Smits** (PvdA): De minister zei bijna tussen neus en lippen door dat er een pakket ligt van € 900 mln. nettolastenverlichting. Ik vind dat nogal summier. Hoe is het pakket precies opgebouwd? Hoe pakt de vergelijking uit met het pakket dat een halfjaar geleden voorlag? Ik hoor bedragen van € 600 mln., € 300 mln. en € 900 mln. Als vanmiddag geen duidelijkheid kan worden verschaft, moet het in ieder geval vóór het plenaire debat. Waar komt het geld vandaan en waar gaat het heen? Wij hadden het over bijzondere groepen, zoals de Wajong'ers. Een halfjaar geleden was er voor deze groep een probleem. Er werd toen gezegd dat er een oplossing voor zou komen. Een generieke oplossing zou € 400 mln. kosten, terwijl dat geld dan ook nog voor een groot deel naar andere groepen zou vloeien. Volgens mij gebeurt nu hetzelfde met die € 600 mln. of die € 900 mln. Er is nog steeds niet echt een oplossing. Wajong'ers krijgen er nu € 85 bij, maar anderen krijgen een veelvoud. Krijgen we straks weer te horen dat het in het generieke beeld zit, waarna ze er een tientje bij krijgen, en de rest € 100? Graag een toelichting daarop. Ik benadruk dit, omdat het bij de Wajong gaat om een groep die te maken heeft met extreem hoge ziektekosten. Wij hebben dat een aantal malen met minister De Geus gewisseld, en met staatssecretaris Wijn. Wat heeft de minister precies in zijn hoofd? Als

het niet via de zorgtoeslag kan, hoe dan wel? Deze groep moet er echt iets extra's bij krijgen.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb de Kamer al schriftelijk laten weten dat er een verschuiving is geweest van fiscale lastenverlichting naar de zorgtoeslag. Dit punt is verder versterkt, met name om de onderkant meer te kunnen repareren. De netto lastenverlichting van € 900 mln. is niet veranderd.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Komt het niet naheffen van de MOOZ daar nog bij?

Minister **Hoogervorst**: Nee, de MOOZ zit niet in het structurele compensatiepakket. Het kabinet vindt dat uitvoeringstechnisch onmogelijk, zodat het eenmalig wordt gefinancierd uit de algemene middelen. Voor de wijziging van het percentage voor de zorgtoeslag was er een bedrag van € 2,3 mld., en een overig fiscaal pakket van € 0,7 mld. Dat is veranderd: de zorgtoeslag is € 2,9 mld. geworden, terwijl het overig fiscaal pakket is verlaagd naar € 0,1 mld., ofte wel in totaal € 3 mld.. Wat hebben we daarvoor ingeleverd? De gerichte combinatiekorting is gekort ten opzichte van het eerder aan de Kamer gepresenteerde pakket, de algemene ouderenkorting is wat minder geworden, kortom, een verschuiving van fiscaal naar zorgtoeslag.

Ik erken dat de problemen met de Wajong nog niet helemaal zijn opgelost. Daar gaan we goed naar kijken. De problemen met de minimumjeugdloners zijn goed opgelost. Bij de uitvoering van de MOOZ verdwijnen zeventien medewerkers. Dat scheelt een slok op een borrel. De twee door mij gedane toezeggingen komen vóór het plenaire debat.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Nu de minister het blok "zorgtoeslag en koopkracht" heeft afgerond, vraag ik hem of het klopt dat dit kabinet de zorgkosten niet gaat compenseren via de zorgtoeslag, maar wat de premie betreft kijkt naar gemiddelde premies, en wat overige zorgkosten betreft deze daarbuiten laat. Zie ik dat goed?

Minister **Hoogervorst**: Ja, maar de gemiddelde premies zijn geen theoretische exercitie. We kijken naar

wat er in de markt gebeurt, tellen dat op, en dan krijg je een gemiddelde premie. Dat is niet onbelangrijk, want als de premies met 10% stijgen, moet de zorgtoeslag flink omhoog. Het mooie van het systeem is dat iedereen onder vergelijkbare omstandigheden dezelfde zorgtoeslag krijgt. De één zal dat slimmer benutten dan de ander, maar ieder kan op zoek gaan naar de goedkoopste verzekeraar.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat is helder. Dit leidt ertoe dat slimme jonge mensen een wat groter vrijwillig eigen risico zullen nemen, waardoor de premie zakt. Mensen met gezondheidsrisico's daarentegen zullen daar liever niet voor kiezen en pakken die hogere premies. Zij moeten wel, anders kunnen zij het helemaal niet meer betalen. Deze mensen worden dus structureel niet gecompenseerd voor de werkelijke zorgkosten. Bovendien worden no claim, eventueel resterend eigen risico en eigen bijdrage gewoon niet gecompenseerd. Dus het hele idee dat in dit debat rondzoemt, met name gevoerd door het CDA in de Eerste Kamer, om te maximeren op de werkelijke zorgkosten, is nu definitief van tafel. Mag ik het zo zien?

Minister **Hoogervorst**: Dit is ongelofelijk slim gevonden van de heer Vendrik, maar het is wel van het begin af aan glashelder geweest.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik constateer alleen dat mevrouw Van Leeuwen twee weken geleden de minister in de Eerste Kamer een compliment maakte over de 5% en 3,5%. Dan wil ik het hebben over een verkiezingsbelofte van het CDA. Ik constateer dat die niet nagekomen wordt. Er wordt niet gekeken naar de werkelijke zorgkosten. Er worden gemiddelden genomen van de premie. Dat is iets heel anders. Het is goed om dat helder te krijgen.

Minister **Hoogervorst**: Ik ga natuurlijk niet over de verkiezingsbelofte van het CDA, maar ik denk dat het CDA met een gerust hart tegen de mensen kan zeggen dat de zorgtoeslag bescherming biedt als de zorgkosten uit de hand lopen. Dat doen wij op een verstandige manier. Als alle werkelijke zorgkosten betaald worden, zouden wij de mensen aanmoedigen om het allerduurste

van het allerduurste te nemen, met het gevolg dat de kosten helemaal uit de hand lopen. Wie staat er dan te protesteren? De heer Vendrik. Nee, dat gaan wij niet doen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb deze minister nooit inconsistentie verweten.

Minister **Hoogervorst**: Het is dus ook nooit aan de orde geweest. Dat heeft het CDA naar mijn beste weten altijd heel goed begrepen.

De **voorzitter**: Ik zou het op prijs stellen als de heer Vendrik niet op deze manier een persoon citeert die zich hier niet kan verdedigen. Ik heb zelfs gehoord dat de heer Vendrik een keer beweerde dat de zorgtoeslag achteraf betaald werd. Toen werd hij, meen ik, door dezelfde persoon die hij citeerde gecorrigeerd. Maar laten wij die discussie niet voeren. Het was tijdens een televisie-uitzending waarin de heer Vendrik samen met mevrouw Van Leeuwen op een zeker moment dat debat voerde.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Met mevrouw Van Leeuwen?

Minister **Hoogervorst**: Hij zat er samen met mij.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter, ik begrijp uw verwarring!

Minister **Hoogervorst**: Maar mevrouw Van Leeuwen waarde nog in mij rond.

De **voorzitter**: Misschien was ik daardoor in de war.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik wil één opmerking maken namens de CDA-fractie over het verkiezingsprogramma. Het CDA heeft er in het verkiezingsprogramma nooit een misverstand over laten bestaan dat het om genormeerde zorgkosten gaat waar, net zoals nu en in de toekomst, een aantal zaken buiten vallen. Dus het lijkt mij niet in strijd met elkaar.

Mevrouw **Kant** (SP): Het CDA heeft wel degelijk de suggestie gewekt dat de zorgtoeslag een oplossing biedt voor de oneerlijkheid en het niet solidaire van het systeem. Mijn vraag aan de minister gaat over de gemiddelden. Dat blijft een pro-

bleem. Het was niet onze keuze om het op zo'n niet solidaire wijze in te richten. Het systeem zou er op z'n minst op ingericht moeten zijn dat mensen, met die zorgtoeslag, niet een gemiddelde premie maar een fatsoenlijke polis moeten kunnen betalen. Dat is iets anders dan een gemiddelde. Het is inderdaad zo dat de gemiddelde premie omlaag kan gaan als veel gezonde mensen voor een goedkopere polis kiezen. Dat kan voor chronisch zieken betekenen dat het gemiddelde te laag is om een fatsoenlijke polis te kunnen kiezen. Graag een reactie van de minister hierop.

Ik ben het er overigens niet mee eens dat het toesturen van formulieren aan mensen om de belangrijkste kwetsbare groepen te traceren een goede oplossing is. Niet iedereen is namelijk in beeld bij de overheid. Ik vind dat een te lichte maatregel. Hoe gaat de minister er nu echt voor zorgen dat mensen die recht hebben op de zorgtoeslag die ook krijgen, ook mensen die niet weten dat zij de zorgtoeslag moeten aanvragen? Dat vind ik een groot probleem.

Minister Hoogervorst: Op de kwestie van voorlichting aan kwetsbare groepen ga ik straks nader in.

Iedereen krijgt een fatsoenlijke polis. Wettelijk is gegarandeerd dat de basispolis een fatsoenlijke polis is. Ik ben ervan overtuigd dat het systeem dominant een natuursysteem zal worden, met hier en daar wat restitutie-elementen. Er zullen ook restitutiepolissen worden aangeboden. Voor de verzekeraars is een naturapolis de meest efficiënte en goedkoopste oplossing, dus ook voor de verzekerden. De verzekeraars gaan echt niet heel selectief contracteren. Zij willen geen gedonder met hun verzekerden. Zij gaan breed contracteren en een breed aanbod doen. Zij hebben ook een zorgplicht waaraan zij moeten voldoen. Kortom, er komen alleen maar fatsoenlijke polissen. Ik hoop dat de kwestie van selectief contracteren eraan kan bijdragen dat de ongebreidelde kostengroei die wij in de afgelopen jaren in de zorg hebben gehad, enigszins kan worden teruggedrongen, in het algemeen belang.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik ben zeer blij dat de zorgtoeslag is verhoogd, zodat deze echt op maat is, op

huishoudniveau, in tegenstelling tot de huidige situatie. Ik ben blij dat de minister heeft toegezegd dat die solidariteit op maat op huishoudniveau is gegarandeerd, ook op basis van de premie, exclusief de collectiviteiten. Wij hebben samen met de VVD een amendement ingediend, waardoor mensen met een uitkering ook onder een collectiviteit kunnen vallen. Die korting wordt niet meegerekend bij de rekenpremie, dus het zal voor een heel grote groep in Nederland mogelijk zijn om onder die gemiddelde premie verzekerd te zijn. Er bleef nog een ding in de lucht hangen. De minister heeft in de nota naar aanleiding van het verslag bij de Zorgverzekeringswet meegedeeld dat kortingen die worden gegeven voor een vrijwillig eigen risico, niet meegerekend worden, dus die kortingen tellen ook niet mee. Dan blijft overeind dat je van deze premie op maat een goede verzekering kunt afsluiten die meer solidair is dan wij tot nu toe hebben gezien. Ik gebruik deze gelegenheid om nog een aanvullende vraag te stellen over de thuiswonende mbo'er met of zonder aanvullende beurs. Deze is nog niet beantwoord.

Minister Hoogervorst: Deze vraag kan ik pas in tweede termijn beantwoorden.

Mevrouw **Kant** (SP): Is het zo dat polissen met een extra vrijwillig eigen risico, die dus goedkoper zijn, niet meetellen voor het gemiddelde?

Minister Hoogervorst: Die tellen niet mee.

De vergadering wordt van 16.55 uur tot 17.05 uur geschorst.

Minister Hoogervorst: Voorzitter. Ik heb niet zoveel vragen gekregen over blok 5, de polisvoorwaarden. Ik zal proberen nu een beetje tempo te maken. De heer Heemskerk heeft gevraagd hoe je erachter komt welke aanbieder in de polis zit. Nu wordt er in de praktijk heel ruim gecontracteerd. Je moet het natuurlijk nakijken in de polis of op internet en als dat te moeilijk is, kun je de zorgverzekeraar bellen om het te vragen. Als de verzekeraar de verzekerde overigens niet goed heeft geïnformeerd, dan heeft hij een probleem en niet de verzekerde.

Dan zijn er vragen gesteld over een pgb in de ZVW. Mevrouw Schippers heeft gepleit voor een experimenteel artikel. Zij heeft aangekondigd dat zij daarover wellicht een amendement zal indienen. Een pgb in de ZVW zou zeker actueel worden als wij nog verder gaan met overhevelen uit de AWBZ, dus verder dan wij al gepland hebben per 1 januari 2007. Ik heb sowieso wel behoefte aan een studie naar de pgb in de ZVW voor het geval dat wij nog een stap nemen. Ik stel dan ook het volgende voor. In die studie, die overigens snel moet komen, zal ik de mogelijkheid van een experimenteel artikel in de ZVW meenemen. Ik denk echter dat wij op korte termijn geen problemen zullen hebben. Mevrouw Schippers heeft ook al gezegd dat een pgb in de ZVW anders is dan in de AWBZ.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet heb ik al gevraagd naar een studie. Toen kreeg ik een half A-viertje en dat was de studie. Ik zie niet meer met veel vertrouwen een studie tegemoet. Ik houd hier dus graag aan vast. Ik heb ook al gezegd dat het experimenteel artikel wat mij betreft een datum van 2007 heeft bij de overheveling.

Minister Hoogervorst: Ik zie het amendement wel op me afkomen en dan zal ik het becommentariëren. Voorzitter. Mevrouw Smilde heeft gewaarschuwd voor afwenteling tussen aanspraken AWBZ en ZVW. Daar moeten wij inderdaad goed op letten. Dat moeten wij voorkomen door de aanspraken zo te formuleren dat afwenteling niet kan voorkomen. Dat is zeker een aandachtspunt bij de overheveling vanuit de AWBZ. De heer Van der Vlies heeft gevraagd of verzekeraars verplicht zijn om het verschil tussen het huidige en het ZVW-pakket aan te geven. Dat is geen verplichting, maar zij zijn wel verplicht om de modelpolis te maken en die wordt getoetst door het CTZ. Er komt dus niets door het CTZ wat niet voldoet aan de letter en de geest van de wet.

Met de heer Vendrik heb ik al van gedachten gewisseld over de motie in de Eerste Kamer rond de vrije artsenukeuze. Ik verwacht echt dat er geen wezenlijke belemmering zal ontstaan voor vrije artsenukeuze, al was het maar omdat in laatste instantie de verzekerde een vrije verzekeraarskeuze heeft. Die heeft hij

nu vaak niet, maar die zal hij in de toekomst wel hebben. Ik heb in de Eerste Kamer ook duidelijk gemaakt dat de verzekeraar hulp zonder bijbetaling moet aanbieden, als je bijzondere hulp nodig hebt die niet is gecontracteerd. Dan is het een kwestie van de zorgplicht, waar ik het net over had. Daardoor moeten verzekeraars een ruim aanbod hebben. Dan zijn er ook nog de commerciële overwegingen. Verzekeraars kunnen het zich echt niet veroorloven om hapsnap te contracteren zonder een voldoende ruim aanbod. Ik heb in de Eerste Kamer ook nog gezegd: mocht er, wat ik niet verwacht, een heel rare tweedeling ontstaan tussen armeluispolissen met kleine selectieve contracteringen en rijkeluisrestitutiepolissen die veel duurder zijn, maar waarmee men alles kan krijgen wat men wil, dan kan ik in laatste instantie nog het wapen van de contracterplicht hanteren. Ik verwacht echt niet dat ik dat nodig zal hebben, maar het is belangrijk te weten dat ik dat als stok achter de deur heb. Dit was wat ik wilde zeggen over polisvoorwaarden.

De **voorzitter**: Ik merk op dat de heer Vendrik en mevrouw Smits op dit moment deelnemen aan een wetgevingsoverleg over een ander onderwerp. Ik zie dat de heren Omtzigt en Heemskerk en mevrouw Kant nog een vraag hebben over het blokje polisvoorwaarden.

De heer **Omtzigt** (CDA): Wanneer kunnen wij de brief met de modelovereenkomsten tegemoet zien en welke status hebben die modelovereenkomsten?

De heer **Heemskerk** (PvdA): De minister zegt dat je via internet kunt vinden welke instellingen zijn gecontracteerd door je zorgverzekeraar. Ik begrijp dat de zorgverzekeraar dat niet in de polis hoeft te zetten, maar er wel voor moet zorgen dat die informatie beschikbaar is voor verzekerden, en dat dan op het internet zal gebeuren.

Minister **Hoogervorst**: Er kan natuurlijk ook gebeld worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil naast de modelovereenkomsten de toetsingskaders zien. Het moet allemaal nog

gebeuren. Gaat dat allemaal op tijd lukken?

Minister **Hoogervorst**: De brief met de modelovereenkomsten en het toetsingskader zal uw Kamer binnen enkele weken bereiken. En het gaat lukken. Ik ga nu over op blokje 6, buitenlandse kwesties. De kwestie van de vrijwillige AWBZ hebben wij al besproken bij de hoofdwet waarin het in feite al geregeld is. De vraag was waarom wij de vrijwillige AWBZ zouden opheffen. Vroeger was het bestaan ervan gerechtvaardigd, omdat alleen ziekenfondsverzekerden onder de verordening en de verdragen vielen. Particulier verzekerden en niet-verzekerden hadden helemaal niets. Met de invoering van de ZVW valt iedereen onder de bescherming van de verordening en de verdragen. Dat wil zeggen dat vanaf 1 januari 2006 iedereen bescherming geniet van het land waar men is gaan wonen. Het woonlandbeginsel is soms even goed of zelfs beter dan onze AWBZ, maar in vele gevallen is het soberder, met name in Spanje waar de meeste Nederlanders wonen die ervoor in aanmerking kunnen komen. Daarom hebben wij een overgangsregeling voor de AWBZ-buitenland ontworpen. Het komt erop neer dat iedereen die er nu al zit en gebruikmaakt van de AWBZ zijn behandeling mag afmaken en die volledig vergoed krijgt. De vrijwillige AWBZ is een vrij shaky gebeuren, omdat wij geen goede methodes hebben voor de indicatiestelling in het buitenland. U kunt zich voorstellen dat bij de vrijwillige AWBZ sprake is van een sterke mate van zelfselectie. Want waarom zou je je daarvoor gaan verzekeren als je jong, gezond en krachtig bent en nog helemaal niet van de AWBZ hebt gehoord, laat staan eraan denkt? Wij zagen de kosten zich snel ontwikkelen. De premies waren lang niet kostendekkend. Er zaten elementen in waarover wij ons ernstig zorgen maakten. Bovendien was het eigenlijk alleen maar ingeburgerd in een land als Spanje. In landen als Turkije en Marokko werd er nog helemaal geen gebruik van gemaakt. Ik ben ervan overtuigd dat dit in de toekomst wel zou zijn gebeurd. Het zou dan echt een oncontroleerbaar geheel zijn geworden. Volgens mij hebben wij een goede overgangsregeling gecreëerd.

Mensen die in het buitenland wonen en nog niet in die AWBZ zitten, zullen persoonlijk worden voorgelicht. Het CVZ gaat dat doen. Niemand zal dus voor verrassingen komen te staan. De mensen die er nu wonen, weten dat als zij in de toekomst hulpbehoevend worden, zij kunnen kiezen of voor terug te gaan naar Nederland of genoeg te nemen met de diensten die in het desbetreffende woonland beschikbaar zijn. Zij kunnen kiezen, maar degenen die bijvoorbeeld nu al een zorgarrangement in Spanje hebben, kunnen dat niet meer. Velen zijn bang gemaakt dat zij alles zouden verliezen, maar dat is zeker niet het geval, maar als wij zouden zeggen dat iedereen die er op dit moment al verblijft alsnog recht krijgt op de volledige AWBZ, dan vraag ik mij niet alleen af of ik daarmee niet in strijd kom met Europese regelgeving maar ook hoe lang ik dat dan zou moeten laten voortduren. Ik ben op dit punt dus wel zeer aarzelend.

Mevrouw **Smilde** (CDA): U zegt dat de premie niet kostendekkend is, maar wij krijgen vanuit die groep nogal wat mailtjes waarin staat dat die meer dan kostendekkend zou zijn. Mijn vraag is of uw aarzeling om ertoe over te gaan alleen maar met Europese regelgeving te maken heeft, of dat er meer achter zit. Die mensen wonen er nu en je zou bijvoorbeeld ook 1 januari 2006 als markeringsdatum kunnen nemen. Waarom is die overgangsregeling dus alleen beperkt tot degenen die op dit moment al die zorg krijgen en waarom is die niet uitgebreid tot degenen die op dit moment al in de vrijwillige AWBZ zitten?

Mevrouw **Schippers** (VVD): U hebt vast gezien dat er op dat punt ook een amendement ligt en wel van mevrouw Smits. Wat is de consequentie van dat amendement, behalve dan dat het Europees gezien niet echt een solide regeling is? Zijn er nog andere consequenties aan verbonden, zoals financiële?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik zou graag wat meer over dat niet kostendekkend zijn willen horen. Over welke bedragen praten wij dan? Zullen velen niet zeggen dat het een omslagstelsel is en dat zij er hun leven lang in Nederland voor hebben betaald en er geen gebruik van hebben gemaakt, terwijl zij er nu in

het buitenland geen gebruik meer van kunnen maken? Bij omslagstelsels wordt immers geen potje opgebouwd!

Minister **Hoogervorst**: Nee, maar het algemene principe van de Nederlandse socialezekerheidsregeling is toch dat de verzorgingsstaat wordt aangeboden aan de onderdanen die in Nederland wonen. Niemand dwingt mensen om naar het buitenland te verhuizen. De kring van verzekerden beperken wij dus het liefst zoveel mogelijk tot degenen die echt in Nederland woonachtig zijn en daar ook belasting betalen. In dit geval gaat het vaak om mensen die zich echt in andere landen hebben gevestigd en daar ook belasting betalen, dus ook anderszins niet meer bijdragen aan onze verzorgingsstaat, afgezien dan van de pseudo-premie AWBZ/ziektenfonds. In het verleden hadden wij het probleem van particulier verzekerden die helemaal niets kregen als zij in het buitenland verbleven. De Tweede Kamer heeft toen gezegd dat hun die vrijwillige AWBZ zou moeten worden aangeboden. Dat zou op den duur toch een zeer problematische regeling zijn geworden. Het gaat op dit moment nog niet om zoveel mensen, maar het mooie van verplichte sociale regelingen is toch dat iedereen eraan mee moet doen, gezond, zwak, ziek, maar ook mensen die niets mankeren. Dan kan solidariteit worden afgedwongen. Bij een vrijwillige regeling kan dat niet en gaan mensen zich calculerend gedragen. Dat kan je niemand kwalijk nemen, maar iemand die op zijn 18^e jaar naar Spanje verhuist, gaat zich nu eenmaal niet voor de AWBZ verzekeren, want hij zal de eerste 50 jaar uiteraard geen klachten verwachten. Kortom, als wij bovenop hetgeen wij nu al onder de verordening aanbieden, nog een keuzemogelijkheid bieden om gebruik te maken van het woonlandbeginsel voor zowel de ziektekostenverzekering als voor de AWBZ, dan doen wij meer dan wij verplicht zijn en zal het ook een heel dure regeling worden, want mensen zullen zich er alleen maar voor verzekeren als zij verwachten dat zij er binnenkort gebruik van zullen moeten maken. Kortom ik ben niet enthousiast over het amendement van mevrouw Smits. Er blijft een basisprotectie over in de vorm van een ziektekostenverzekering woonland en AWBZ

woonland. Ik vind dat er een genereuze overgangsregeling is voor de mensen die nu al in die landen verblijven en al gebruik maken van die voorzieningen. Alle anderen hebben nog de gelegenheid om zelf een arrangement te zoeken of genoeg te nemen met het woonlandbeginsel zoals dit open blijft staan, ook voor de voormalig particulier verzekerden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Hoe zit het met de premiestelling voor de ABWZ-verzekering? Die verzekering blaast zichzelf toch op als daar door zelfselectie alleen mensen voor kiezen die duur zijn, want dan zal de premie snel omhoog gaan.

Minister **Hoogervorst**: Naast wat wij al aanbieden – dat is niet niks, want je kunt gewoon gebruik blijven maken van de ziektekostenverzekering – is er ook nog de woonland-AWBZ. Die is in bijvoorbeeld Spanje niet nihil, maar wel soberder dan hier, maar daarmee heb je dan toch ook nog een basis. Als de overheid daarnaast een vrijwillige AWBZ zou aanbieden, zal die inderdaad heel duur worden. Dit kan niet anders doordat er dan sprake zal zijn van een omslag van de kosten van uitsluitend zieke mensen. Gezonde mensen zullen er immers niet aan meedoen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De minister zegt nu tot twee keer toe dat het heel duur wordt. Daarom vraag ik hem opnieuw over welke bedragen wij nu praten. De mensen in het buitenland kunnen toch nog wel over het woonland AWBZ-pakket beschikken?

Minister **Hoogervorst**: Ja, en dit zal in het ene land beter zijn dan in het andere. Ik verwacht dat het bijvoorbeeld in Oostenrijk beter is dan in Spanje. In Spanje zijn de kosten voor het inhuren van bepaalde diensten echter weer lager. De kosten van de huidige vrijwillige AWBZ zijn nog niet zo hoog, maar zij groeien heel snel. Ik heb de gegevens nu niet bij de hand, maar ik meen dat het om een bedrag van € 9 mln. gaat. Het gaat natuurlijk om de kosten per deelnemer. De huidige vrijwillige AWBZ lift nu nog mee met de AWBZ-tarieven, maar als wij straks een aanvullende vrijwillige AWBZ zouden aanbieden, zou dit

echt een heel kostbare zaak voor de mensen worden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit is natuurlijk het verschil. Als je het mee laat lopen met de gewone AWBZ doen wij de premiestelling en dan blaast die verzekering zich niet op. Als je het inricht als een aanvullende verzekering is dit wel het geval. Wat gebeurt er als de vrijwillige AWBZ meeloopt met de premiestelling van de AWBZ?

Minister **Hoogervorst**: Dan is de verzekering gratis. Dat kan dus niet. Mevrouw Smilde heeft gevraagd of het mogelijk is dat een oudere dame die in België woont naar haar dokter in Nijmegen blijft gaan. Zij valt onder de toepassing van de verordening en mag daardoor zelf kiezen naar welke zorgaanbieder zij gaat voor extramurale zorg, dus ook naar de dokter in Nijmegen. Als zij opgenomen moet worden, zal zij toestemming moeten vragen aan haar verzekeraar in België. Nederlandse verzekerden die in het buitenland wonen, hebben op grond van de verordening recht op het woonlandpakket. Ze kunnen zich eigener beweging aanvullend verzekeren, hetzij door behoud van de bestaande aanvullende verzekeringen in Nederland, hetzij door het sluiten van een aanvullende verzekering in het woonland. Extramurale zorg over de grens mag altijd, intramuraal met toestemming van de verzekeraar, net als nu. Dat is allemaal keurig gewaarborgd in de verordening en in de jurisprudentie. Er komt echt geen vermindering van rechten. De student die een MBA gaat volgen, kan voor de ZVW verzekerd blijven. Relevant voor de verzekeringsplicht voor de ZVW zijn de bepalingen betreffende de kring van verzekerden van de AWBZ. Volgens het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden blijft een persoon die aansluitend aan het wonen in Nederland uitsluitend wegens studieredenen niet meer in Nederland woont en jonger is dan dertig jaar, verzekerd voor de AWBZ en daarmee ook voor de ziektekostenverzekering. Aangezien betrokkenen zijn verzekerd voor de AWBZ en ZVW is de vraag niet relevant of de verzekering kan worden gekoppeld aan het bezit van, bijvoorbeeld, een collegekaart. Er is dus geen probleem.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben blij dat dit geen probleem oplevert, al vraag ik mij af waarom wij hierover dan zoveel brieven met vragen krijgen. Ik wacht overigens op het antwoord op mijn vraag over werknemers van de Europese instellingen.

Minister **Hoogervorst**: Werknemers bij Europese instellingen zijn niet verzekeringsplichtig in Nederland, dus ook dat probleem bestaat niet. Er verandert in dat opzicht niets door de nieuwe wet. Meer precies is een en ander afhankelijk van de precieze overeenkomst tussen de internationale instelling en de Nederlandse staat in het vestigingsverdrag van de internationale organisatie. Als in die overeenkomst niets verandert, verandert er ook niets in de plicht; als men nu een vrijstelling geniet, heeft men die ook volgend jaar. Ik begrijp dat mensen nerveus worden van allerlei berichten in de krant over een verplichte verzekering, maar dat is in dit geval niet terecht. Mevrouw Kant heeft een amendement ingediend over de positie van patiënten. Ik denk dat ze daarmee wil schieten op een probleem voordat het probleem bestaat. Europeesrechtelijk is dit ook moeilijk te rechtvaardigen. Ik stel voor om de zaak nog even aan te zien. Ik heb afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland. Bij de totstandkoming van de Gedragscode Zorgverzekeraars heeft de commissie-Glas, ingesteld door ZN, de verzekeraars geadviseerd om adviesraden in te stellen en via die raden patiëntenorganisaties invloed te geven op het zorginkoopbeleid van verzekeraars. ZN heeft toegezegd dit advies nogmaals onder de aandacht van de leden te brengen. Ik zeg nadrukkelijk toe dat ik dit zal volgen. Als ik merk dat er geen daadwerkelijke invloed van patiënten op de zorginkoop tot stand komt, ontstaat voor mij het moment om een AMvB in stelling te brengen; niet eerder. Inderdaad heb ik de Eerste Kamer toegezegd om financiële middelen uit te trekken voor de versterking van de patiëntenverenigingen. Op dit moment overweeg ik het bedrag en de wijze van toekenning. Binnen een maand zal ik hierover een besluit nemen. Het overleg tussen ZN en het CVZ over de centrale, onafhankelijke geschilleninstantie is gestart. ZN hebben een draaiboek opgesteld dat

erop is gericht om de instantie per 1 januari aanstaande operationeel te laten worden. Zij wordt een aparte rechtspersoon, namelijk een stichting, met de naam Stichting Geschillenregeling Uitvoering Zorgverzekering. De Consumentenbond en de NPCF zouden in het bestuur moeten participeren. De verplichte advisering door het CVZ krijgt een plaats in de werkwijze van de geschilleninstantie. Kortom, het gaat wat dit betreft de goede kant op. De heer Heemskerk heeft gevraagd op welke manier hierover wordt gerapporteerd en welke aantallen worden verwacht. In de jaarlijkse verslaglegging zal onder meer een rapportage komen over de geschillenafhandeling. De geschillen zullen evenals thans bij de ziektekostenverzekering geschillen zijn over acceptatie, premiegeschillen en geschillen over aanspraken. Bij de laatste zal het CVZ een adviserende rol hebben. Ik verwacht niet dat het aantal wezenlijk zal afwijken van het huidige. Het CVZ heeft nu wel enige problemen door de pakketmaatregelen die de afgelopen jaren zijn genomen. Wat dat betreft is er nog een hobbel te verwerken. Als die problemen eenmaal opgelost zijn, zal men weer op het normale vlak terugkomen, zo verwacht ik. Met het CVZ houd ik dat goed in de gaten.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Er wordt dus vooralsnog geen extra capaciteit ingezet?

Minister **Hoogervorst**: Nee. Voorzitter. De heer Van der Vlies vroeg naar de regels over de gemoedsbezwaarden. Die zullen tijdig voor 1 januari bekend moeten zijn. Ik begrijp dat de heer Van der Vlies het met argusogen volgt. Ik weet dat het regelen hiervan voor hem en voor de heer Rouvoet van zeer zwaarwegend belang was om voor het wetsvoorstel te kunnen stemmen. Ik zie het dan ook als een ereplicht om het op een nette manier en tijdig te regelen.

Mevrouw **Kant** (SP): Wat betreft de inspraak en het niet verplicht instellen van raden zegt de minister dat er codes komen. Codes zijn evenwel vrijblijvend. Onze ervaringen met codes zijn tot nu toe niet zo goed. Je hoeft je daaraan namelijk niet te houden. Wat erin geregeld wordt, is vaak ook te vrijblijvend. Als patiënten niet genoeg betrokken

worden bij de inkoop, dan zal de minister ingrijpen met een AMvB. Zou hij evenwel niet wat verder willen gaan? Hij kan het nog iets steviger zeggen: op het moment dat zorgverzekeraars geen raden instellen waarin patiënten een vertegenwoordiging hebben, dan ga ik ingrijpen. Daaraan kunnen wij de minister in de toekomst houden.

Minister **Hoogervorst**: Als ze helemaal geen raden instellen, hebben ze natuurlijk echt een probleem, want dan kan de patiënt op geen enkele manier zijn invloed laten gelden. In zo'n geval zal ik zeker ingrijpen. Een van mijn ambtenaren zegt iets tegen mij. Het gaat niet om de precieze vorm. Het gaat erom dat men duidelijk kan maken dat patiënten inspraak hebben.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is jammer dat wij weer zo'n opletende ambtenaar hebben die u een stapje terug laat doen. Ik vond het namelijk een mooie toezegging: er moeten gewoon raden komen waarin patiënten iets te zeggen hebben en anders komt de minister met een AMvB. Waarom houdt de bewindsvan zich daar niet gewoon aan? Waarom zegt hij dat het misschien ook op een andere manier kan? Dat is echt altijd minder.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben ook altijd blij als mijn ambtenaren goed opletten. Het gaat mij niet om het middel, maar om het doel.

De **voorzitter**: Waarvan akte. Wij gaan nu door met het onderwerp privacy, dat uw aller interesse heeft.

Minister **Hoogervorst**: In dat verband is het een en ander gevraagd over de ministeriële regeling. Zij zal ruim voor 1 januari 2006 worden vastgesteld. De regeling zal gaan over het gegevensverkeer tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, op basis van artikel 87 ZVW. Zowel het CBP als de KNMG zal ik vooraf betrekken bij de conceptregeling. Ik zal er dus echt voor zorgen dat zij een goed draagvlak zal hebben. Gevraagd is waarom ik de softnummers nodig heb voor het risicovereeningssysteem. Softnummers zijn nodig om gegevens uit verschillende gegevensbronnen van bijvoorbeeld de Belastingdienst en

het UWV aan elkaar te koppelen voor het uitvoeren van de risicoverevening. Dat is in de sociale zekerheid zeer gebruikelijk. In goed onderling overleg ben ik samen met het CBP bezig te bekijken of wij met de privacy enhancing technologies kunnen bereiken dat de regeling in ieder geval geen privacyproblemen zal veroorzaken. Wij zien toch echt de noodzaak van het gebruik van het nummer. Hiermee heb ik de belangrijkste vragen over privacy beantwoord.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb nog gevraagd naar die gedragscode. Ik had het toen over Wiegel achterop de fiets bij Overmars.

Minister **Hoogervorst**: Voor het op de rekening kunnen zetten van de behandeling is het nodig dat binnen de ziektekostenverzekeraar een Chinese muur gaat ontstaan tussen degenen die de gegevens verstrekken en de overige onderdelen van de ziektekostenverzekeraar. Er wordt regelgeving voor opgesteld in de ministeriële regeling. Het gaat dus verder dan een gedragscode.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dus er wordt voorzien in een Chinese muur waardoor wordt geregeld welke mensen bij een verzekeraar wat mogen inzien? Wij hebben in de afgelopen jaren heel wat ervaring opgedaan met Chinese muren. Die waren nogal poreus, vooral in het bankwezen. Dit wordt dus wettelijk geregeld. Ik ben de minister zeer erkentelijk voor deze toezegging.

Minister **Hoogervorst**: Dat is al wettelijk geregeld.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Op dit moment is er nogal wat commotie. In hoeverre tast de Zorgverzekeringswet de privacy meer of minder aan dan het huidige systeem?

Minister **Hoogervorst**: In de Ziekenfondswet is niets geregeld met betrekking tot privacy. Die wet bevat geen artikel 87; de Zorgverzekeringswet wel. Het is heel vreemd dat nu allerlei heisa ontstaat over privacy en ten tijde van de Ziekenfondswet niet. Links en rechts stonden op de rekeningen allerlei behandelingen vermeld zonder dat er iets was geregeld. Klaarblijkelijk was dat minder bedreigend dan bij deze wet.

De **voorzitter**: Minister, ik denk dat u nu een beetje aan het uitlokken bent.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik zal het heel kort houden. Wat de minister zegt, is wel waar, maar met marktwerking en dergelijke prikkels wordt het risico natuurlijk wel groter dat men met informatie dingen doet die wij minder gewenst vinden.

Minister **Hoogervorst**: In de Ziekenfondswet bestaat nu al concurrentie tussen zorgverzekeraars zonder winstoogmerk. Dat zal in de toekomst nog zo zijn. Ook daar verandert dus niets aan. Ik heb de Kamer een brief gestuurd over de voorlichting. Ik geloof dat de heer Rouvoet heeft gevraagd of het wel verstandig was om de Belastingdienst voorlichting over de Ziektekostenverzekeringswet te laten geven, los van de algemene voorlichting die daarover wordt gegeven. Volgens hem zouden mensen zich een ongeluk schrikken van het bedrag van € 1100, zeker als zij later pas te horen kregen waar zij dat vandaan moesten halen. In de brochure die verschijnt wordt echter al gerefereerd aan de zorgtoeslag. Ook wordt erin gerefereerd aan de Belastingdienst en wordt er uitgelegd hoeveel die toeslag ongeveer zal bedragen. Het slechte nieuws wordt dus tegelijk met het goede nieuws verteld om te voorkomen dat dit onnodige schrikreacties veroorzaakt. Aan het begin van de vakantieperiode, die overigens op zeer uiteenlopende momenten begint, gaan wij inderdaad voorlichting geven. Wij konden ons geen tijdverlies meer veroorloven. Het onderzoek dat wij hebben laten doen, wijst uit dat wij genoeg mensen bereiken als wij maar continu blijven voorlichten. Wij gaan verschillende doelgroepen zorgvuldig benaderen, met name kwetsbare groepen. Dat doen wij in overleg met de VNG. Wij beseffen heel erg goed dat die mensen extra aandacht behoeven. Het is voor de kwetsbare groepen een groot comfort dat wij de formulieren grotendeels of geheel vooraf kunnen invullen, zodat deze mensen niet allerlei ingewikkelde berekeningen hoeven te gaan maken voordat zij hun aanvraagformulier kunnen opsturen. Wij zullen ons niet beperken tot spotjes op radio en televisie. Alle mensen krijgen een brief en een

brochure toegestuurd. Er zal gebruik gemaakt worden van de huis-aan-huisbladen. Van mijn eigen verzekeraar heb ik gisteren een blad toegestuurd gekregen waarin op grote lijnen heel behoorlijk wordt uitgelegd hoe de Zorgverzekeringswet in elkaar zit. Ik snapte die informatie heel goed, maar ik ben niet helemaal doorsnee, dat begrijp ik ook wel. In de komende zes, zeven maanden zullen de mensen ongelooflijk veel voorlichting krijgen, niet alleen via radio en televisie.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb wel enige verbazing over het feit dat deze zorgverzekeraar er blijkbaar niet in gelooft dat de Kamer in staat is om deze week nog iets te veranderen. Dat vind ik eigenlijk wel een beetje schokkend.

Minister **Hoogervorst**: Er stond wel bij "behoudens amendementen van mevrouw Kant". Ik weet niet meer wat de disclaimer precies was. Het CVZ zal tegelijkertijd met de algemene publieksvoorlichting ook de mensen in het buitenland informeren. Er komt een speciale buitenlandfolder.

Ik voer al geruime tijd intensief implementatieoverleg met de ZN, Consumentenbond, de NPCF en organisaties van zorgaanbieders over de Zorgverzekeringswet. Op 29 juni aanstaande zal een brede bijeenkomst plaatsvinden over de communicatiecampagne, waarvoor alle veldpartijen en stakeholders zijn uitgenodigd. Zij zullen daarop allemaal de diverse voorlichtingsinstrumenten ter beschikking krijgen voor een goede communicatie met hun leden.

Voor zowel de eerstelijns- als de tweedelijnszorgaanbieders krijgen deze bijeenkomsten een vervolg in gestructureerd overleg over de implementatie, voorlichting en knelpunten die zich bij zorgaanbieders kunnen voordoen. Mevrouw Schippers heeft gevraagd om automatisch door te verbinden met de Belastingdienst. Verzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inrichting van hun eigen communicatie. Toch sta ik welwillend tegenover deze suggestie, die ik zal meenemen in mijn overleg met de ZN. De Belastingdienst en Postbus 51 zullen ontzettend goed met elkaar gaan samenwerken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat neem ik

zonder meer aan, maar het gaat mij om de capaciteit. Ik heb hetzelfde gemerkt bij de invoering van de kinderopvangregeling. Er was toen te weinig capaciteit, omdat iedereen tegelijkertijd ging bellen.

Minister **Hoogervorst**: De experts hebben ons aangeraden om bij Postbus 51 ongeveer vijftig mensen in te schakelen. Ik heb dat voor alle zekerheid opgehoogd tot zeventig. Dat is echt een vrij massieve inzet.

De **voorzitter**: Dit was het blok voorlichting.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb nog een aantal openstaande vragen, maar ik meen dat er nog één blok komt?

De **voorzitter**: Wij hebben nog één blok, overige onderwerpen.

Minister **Hoogervorst**: Daarin zit een groot aantal vragen van de heer Omtzigt. Dat blokje heeft een hoog Omtzigt-gehalte.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb gewezen op het risico dat mensen de zorgtoeslag niet aanvragen. De minister probeert wel veel mensen te bereiken en iedereen krijgt een brief in de bus. Met name de kwetsbare groepen zullen de zorgtoeslag echter vaak niet aanvragen omdat zij dat niet willen of niet kunnen. Het dreigt bij deze groep mis te gaan en dat is toch behoorlijk ernstig.

Minister **Hoogervorst**: Om die reden praten wij specifiek met de VNG en Divosa. De kwetsbare groepen zijn nog niet eens zo zeer de zwervers, want die mensen zijn bij de hulpverleningsinstanties goed in beeld. Het gaat vooral om de mensen met een laag inkomen, misschien net boven het minimum. De meeste van deze mensen krijgen die voorbedrukte formulieren toegestuurd. Vermoedelijk zullen wij een en ander moeten herhalen. Wij houden het goed in de gaten. Het is dus niet zo dat mensen alleen in november de kans krijgen om die zorgtoeslag aan te vragen. Dat kan ook daarna nog en dan krijgt men die met terugwerkend kracht. De onderhandelingen met de huisartsen gaan nog steeds door. Ik laat dit debat daardoor niet onder druk zetten, dat zou heel erg fout zijn. Wij zijn zeer intensief aan het

praten. Ik houd mij aan het motto: als het niet gaat om extra geld, moet eruit te komen zijn. Dat moet lukken tussen redelijke mensen.

De heer Omtzigt vraagt wat de Wet financiële dienstverlening betekent voor het actief aanbieden van informatie door verzekeraars en overheid. De WFD richt zich op een goede informatievoorziening aan verzekerden door financiële instellingen. De WFD is dus wel op verzekeraars van toepassing maar niet op de overheid. De WFD regelt dat zorgverzekeraars zich duidelijk uitlaten over hun diensten. Dat geldt zowel voor de reclame-uitingen als voor de polis-informatie. Zij zullen niet buitensporig veel meer moeten doen dan normale spelers in de markt.

Mevrouw Smilde wijst er terecht op dat de arbeidsvoorwaarden publieke sector belangrijk zijn voor de ZVW. De ziektekostenverzekering is bij de publieke sector onderdeel van de arbeidsvoorwaarden. Het is dus logisch dat de koopkrachteffecten als gevolg van de invoering van de ZVW onderdeel zijn van het arbeidsvoorwaardenoverleg. De sociale partners zijn daarmee ook hard bezig. Mevrouw Smilde heeft ook gevraagd of verwijzing door de bedrijfsarts mogelijk blijft. Dat is inderdaad het geval. De nota van wijziging voorziet daarin. Wij hebben ook de positie van de huisarts steviger vastgelegd. Verschillende leden hebben gevraagd naar de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Ik probeer juist door de invoering van de Zorgverzekeringswet voor alle betrokken partijen een vermindering van administratieve lasten te realiseren. Met mijn brief van 23 mei 2005 heb ik u berekeningen ter zake toegestuurd en die tonen dat ook aan.

Voor de huisartsen is met name van belang dat wij ernaar streven om voor hen het aantal onderhandelingsmomenten met de zorgverzekeraars stevig te verminderen, van gemiddeld tien naar twee of drie. Ik ben hierover in overleg getreden met de NMa. De Mededingingswet staat dit toe. Als wij daarin slagen – en daarin heb ik alle vertrouwen – nemen de administratieve lasten voor de huisartsen in ieder geval sterk af.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat lijkt mij een bijzonder positieve ontwikkeling. Nu weet ik waar dat vermoeden vandaan kwam. Ik heb echter nog steeds de vraag of ik binnen 20

minuten de verschillende polissen moet begrijpen en daartussen moet kiezen. Ik heb de polissen nog niet gezien, maar ik denk dat ik daarmee wel enige moeite zal hebben. Hoe houdt de minister ons op de hoogte van deze administratieve lasten? Ik ben van mening dat hij de huisartsen een mooie opening geboden heeft. Er worden geen 25 verschillende contracten aangeboden die op komma's verschillen. Dat lijkt mij een heldere oplossing. Ik meen echter dat er de komende tijd meer van dergelijke oplossingen nodig zijn. Ik heb al het idee van een modelpolis geopperd. Ik heb het amendement van mevrouw Schippers over collectiviteiten mede-ondertekend. Bij collectiviteiten kijkt belangenbehartiger eens goed of een bepaalde modelpolis goed voor een bepaalde groep mensen is. Wordt bij elke implementatiestap erop gelet dat de beperking van Administratieve lasten inderdaad belangrijk is en dat het niet uit de hand loopt? Hoe houdt de minister ons daarvan op de hoogte?

Minister **Hoogervorst**: Dit moet geen eenmalige operatie zijn, want dan verwatert het binnen de kortste keren. Ik sta onder het zeer strikte regime van minister Zalm om die administratieve lasten te verlagen, maar ik wil het zelf ook niet laten versloffen. Ik zal het absoluut zeer nauwkeurig in de gaten houden. Dat geldt ook voor de administratieve lasten voor de burgers. Door het vervallen van het in- en uitschrijven voor ziekenfonds en particuliere verzekering nemen die ook aanzienlijk af. Het is een hele papierwinkel. Bovendien verdwijnt de verplichting om een wijziging van werkgever door te geven aan de zorgverzekeraar. Het gaat daarbij om 823.000 uur per jaar. Of iedereen in twintig minuten kan wisselen van zorgverzekeraar weet ik niet. Zeker in de nieuwe situatie zal het eenmalig wel wat moeilijker zijn. Het is natuurlijk ook niet zo dat iedereen elk jaar van zorgverzekeraar verandert.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Het is natuurlijk een gotspe om te zeggen dat de administratieve lasten voor de burger zullen afnemen. Als ziekenfondsverzekerde hoef je nu niet te kiezen, maar in de toekomst moet je dat wel. Je moet een zorgtoeslag-formulier gaan invullen. Mensen

worden gedwongen zich te verdiepen in de kosten van de zorg. Huisartsen en andere kleine zorgaanbieders krijgen de mogelijkheid om gezamenlijk te onderhandelen. Wil de minister dit precies uitleggen bij het wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg? Het is het dilemma van de mug die met de olifant moet onderhandelen.

Minister **Hoogervorst**: Wat voor de ene mug geldt, geldt natuurlijk ook voor de andere mug. Ik zal de Kamer graag op een nader moment inlichten hoe wij gevaren zijn met de NMa.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind het goed dat wij dit punt verplaatsen naar het wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg. Wij zullen er in het najaar uitgebreid op terugkomen. Als wij een periodieke rapportage krijgen over de voortgang van de nieuwe zorgverzekeringswet, moet daar elke keer een kopje "administratieve lasten" bij zitten. Daarin kan aangegeven worden hoe het daarmee staat voor de verzekeraars, de aanbieders en de verzekerden.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. De heer Van der Vlies heeft vragen gesteld bij de subsidieregeling voor abortus. Ik begrijp het punt vanuit zijn standpunt rond abortus. Hij zal begrijpen dat ik de regeling wens te continueren. Het gaat om kwetsbare vrouwen in een kwetsbare situatie. Als wij de subsidieregeling zouden stoppen, ben ik bang voor veel meer maatschappelijke ellende rond abortus dan er nu is. Met respect voor elkaars standpunt blijven wij toch van standpunt verschillen. Mevrouw Kant is ingegaan op de salarissen bij zorgverzekeraars. Voor de inkomens van zorgverzekeraars zal ik hetzelfde format en transparantieregime hanteren als ik nu doe voor zorgaanbieders. Ik zal hierop terugkomen als ik de Kamer in oktober rapporteer over de voortgang van het plan van aanpak topinkomens. Op de een of andere manier zal wettelijk een transparantieregime worden opgelegd, wat overigens niet wil zeggen dat de salarissen meteen omlaag zullen gaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, dat heeft tot nu toe nergens geholpen. Men schaamt zich nergens voor. Ik heb gesuggereerd om aan de vergunning

voor een zorgverzekeraar een maximumsalaris te koppelen. Waarom doen wij dat niet?

Minister **Hoogervorst**: Dan zou ik in problemen komen met allerlei recht en wetgeving, zeker met de rechter. De heer Omtzigt heeft mij gevraagd om zeldzame aandoeningen in een vereveningssysteem op te nemen. Hij sprak over MS, hemofilie en de ziekte van Crohn. Technisch is dit op korte termijn wel en niet mogelijk. Wél, omdat de voorbeelden MS, hemofilie en de ziekte van Crohn al in een risicovereveningssysteem zitten. MS valt onder de FKG neuromusculaire aandoeningen, en ook voor de ziekte van Crohn is een aparte FKG. Voor hemofilie geldt dat geneesmiddelen veelal intramuraal worden toegediend, en de ziekenhuiskosten daarvan vallen onder vaste kosten voor ziekenhuisverpleging, waarvoor de zorgverzekeraars slechts een zeer beperkt risico lopen. Dat toont aan dat het huidige systeem meer doet dan voor mogelijk wordt gehouden. Ik heb al eerder opgemerkt dat de opname van zeldzame aandoeningen in het vereveningsmodel technisch complex en tijdrovend is, zodat ik de leden vraag geduld te hebben. Ik heb de motie goed verstaan, ik ga ermee aan het werk, maar ik heb daar tijd voor nodig. We gaan een belangrijke stap zetten door diabetes 2 wel in het systeem op te nemen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dank dat het gedeeltelijk is meegenomen. Geduld is inderdaad niet mijn allersterkste kant, want dit is een heel belangrijk punt. Het bewijs of dit werkt zal zitten in het feit dat bepaalde zorgverzekeraars dit actief aan patiëntenverenigingen zullen aanbieden. De groep neuromusculaire aandoeningen is vrij breed. Ik heb hemofilie genomen, omdat de kosten van behandeling oplopen tot € 100.000 per jaar. Die kosten zitten helaas niet alleen in het intramurale gedeelte, maar ook elders. Ik hoop dat dit volgend jaar wordt meegenomen.

Minister **Hoogervorst**: We gaan er zo snel mogelijk mee in de slag. De heer Omtzigt heeft nog gevraagd of de verzekerden kunnen worden ingelicht over welke DBC's nog open staan, dit in verband met een noclaim-teruggave. De verzekerde weet dat natuurlijk zelf, als hij onder

behandeling is bij een medisch specialist. De zorgverzekeraar is pas op de hoogte als de DBC wordt gesloten en hij de rekening ontvangt, tenzij hij in de modelpolis heeft opgenomen dat de verzekerde vooraf toestemming moet hebben voor medisch specialistische zorg, maar dat zal in het algemeen niet het geval zijn. De zorgverzekeraar is dus niet in staat om de verzekerde in te lichten over het feit dat er nog een DBC open staat, want hij weet dat niet.

De heer **Omtzigt** (CDA): Is er geen andere manier te bedenken waarop kan worden vermeden dat iemand een no claim terugkrijgt, en daarna wordt gevraagd om terug te betalen? Dat is immers feitelijk hiervan het gevolg. Hoe dat precies wordt opgelost, is natuurlijk secundair.

Minister **Hoogervorst**: Ik snap uw punt, en zal er nog even over nadenken. Ik kom toe aan de positie van de OR bij het af te sluiten collectief contract. Ik vind dit echt iets voor sociale partners, zeker gezien het feit dat het geen verplichting is. Aan Arbozorg zit een werknemer vast. Vooral in het grotere bedrijfsleven zullen de werknemersorganisaties daarbij zijn betrokken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik kom nog even terug op die vrouw in België. Zij is verzekerd volgens de Nederlandse zorgverzekeringswet, zij valt onder het woonlandbeginsel. Kan zij dan alsnog gebruik maken van de gang naar een andere lidstaat? Of moet zij zich in België verzekeren? Dan kan ze naar een andere lidstaat.

Minister **Hoogervorst**: Ik weet niet of deze mevrouw bij een Belgische verzekeraar zit of bij een Nederlandse.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ook niet.

Minister **Hoogervorst**: Laten wij ervan uitgaan dat deze dame in België gevestigd is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): In ieder geval valt zij onder de Nederlandse Zorgverzekeringswet, zoals velen in het buitenland.

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

Mevrouw **Smilde** (CDA): Stel dat zij volgens de Nederlandse Zorgverzekeringswet verzekerd is, dan is zij aangewezen op het woonlandpakket van België. Kan zij dan toch gebruik blijven maken van een hematoloog in Nijmegen? Nu kan het wel.

Minister **Hoogervorst**: Als deze mevrouw in België gevestigd is en de rechten heeft volgens het woonlandbeginsel zal dat voor de ziektekostenverzekering niet uitmaken. Zij mag in ieder geval voor extramurale hulp naar Nederland. Om in Nederland opgenomen te worden, heeft zij toestemming van de Belgische verzekeraar nodig.

De heer **Omtzigt** (CDA): De minister heeft slechts één van mijn vragen niet beantwoord. Ik heb hem gevraagd wat hij vindt van de suggestie om een groot project te maken van de invoering.

Minister **Hoogervorst**: Naar mijn beleving is dit al een groot project. Ik zal de Kamer regelmatig rapporteren over de vooruitgang.

Mevrouw **Schippers** (VVD): In de stukken staat dat zorgkantoren niet meer het alleenrecht hebben bij uitvoering van de AWBZ. Klopt dat? Worden de zorgkantoren in deze wet afgeschaft?

Minister **Hoogervorst**: Met deze wet verandert de positie van de zorgkantoren noch de positie van verzekeraars. De zorgkantoren behouden de taken die zij thans hebben, zoals zorgcontractering. Een zorgverzekeraar die de AWBZ wenst uit te voeren, heeft dezelfde taken als de huidige verzekeraars hebben als uitvoeringsorganen AWBZ. Dat is de inschrijving van verzekerden als AWBZ-verzekerden en optreden in geval van bezwaar- en beroepsprocedures. Overige taken wat de uitvoering van de AWBZ betreft hebben de verzekeraars en uitvoeringsorganen AWBZ op basis van de zogenoemde mandaatovereenkomst opgedragen aan de zorgkantoren. Er verandert dus niets.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Helaas. Dat moet dan een andere keer geregeld worden. Ik had de minister gevraagd of hij in zijn periodieke voortgangsrapportage de collectiviteiten strak wil monitoren, omdat het zeer interessant is om na te gaan of

dat veel wordt gedaan door patiënten en verzekerden.

Minister **Hoogervorst**: Dat doen wij absoluut. U bent vrij enthousiast over die collectiviteit, maar anderen staan daar heel argwanend tegenover. Dus ik heb een dubbele reden om het goed te volgen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb de minister gevraagd of het niet verstandig is om de eerste fase van de voorlichtingscampagne buiten de vakantieperiode door te laten lopen tot half september. Het antwoord op die vraag heb ik gemist, maar dat kan aan mij liggen omdat ik vanwege gelijklopende verplichtingen een klein deel van deze vergadering heb moeten missen. Daarvoor mijn excuses.

Minister **Hoogervorst**: Dat blijven wij zeker doen met de huis-aan-huisbladen. Dan komt de Belastingdienst in beeld en die zal weer doorschakelen naar ons. Dus het is daarna continu in beeld.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het gaat mij om die massamediale campagne. Die zou half augustus stoppen. Dat vind ik niet zo logisch, omdat het midden in de vakantieperiode is.

Minister **Hoogervorst**: Wij hebben gezien dat het bereik gedurende de vakantieperiode, omdat de campagne zich over een vrij lange periode uitstrekt, nauwelijks lager is dan met uitsluiting van de vakantieperiode.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb nog een paar vragen. Met het antwoord van de minister over de salarissen ben ik niet tevreden, maar daar kom ik plenair wel op terug met een amendement of een motie. De minister is niet ingegaan op mijn vraag over de buitenlandse zorgverzekeraars en de mindere eisen. De dienstenrichtlijn ook niet, maar dat kunt u laten zitten. U bent ook niet ingegaan op het afzien van zorg volgens het onderzoek in Tilburg.

Minister **Hoogervorst**: Dank voor de generositeit over wat ik niet hoeft te beantwoorden. Buitenlandse zorgverzekeraars moeten aan volstrekt dezelfde eisen voldoen als de Nederlanders, zij het met een

buitenlandse en niet met een Nederlandse cultuur. Dat lijkt mij nog best ingewikkeld voor ze.

Mevrouw **Kant** (SP): In de memorie van toelichting staat letterlijk: een buitenlandse verzekeraar die tot de Nederlandse markt wil toetreden voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, moet eveneens voldoen aan wettelijke vereisten. Maar dan staat er: vanwege het feit dat de verzekeraar voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet nog niet over de verzekeringportefeuille beschikt, wordt volstaan met het voldoen aan de vereisten ten aanzien van een minimumgarantiefonds. Die zijn natuurlijk aanzienlijk lager dan de eisen die de wetgever stelt aan op de Nederlandse markt actieve zorgverzekeraars. Daar refereer ik aan. Daardoor ben ik niet geheel gerustgesteld.

Minister **Hoogervorst**: Ik kan mij die verwarring voorstellen, maar die eisen voor nieuwe toetreders zijn identiek voor nieuwe Nederlandse toetreders. Dat is om de werking van de markt wat te stimuleren. Er is dus geen discriminatie tussen buitenlandse en Nederlandse zorgverzekeraars.

Ik heb het onderzoek in Tilburg nog niet nauwkeurig kunnen bestuderen, maar volgens mij werd daarin vooral aangetoond dat de no claim enige werking had. Dat werd door velen betwijfeld. Men gaat zich toch afvragen of men dat alles wel nodig heeft. Opvallend is dat de fysiotherapie in heel belangrijke mate is bijverzekerd. Eerst leek de vraaguitval op 10% uit te komen, maar later was er minder dan 5% uitval, dus volgens mij zijn de consequenties redelijk te overzien.

Mevrouw **Kant** (SP): U zei al dat u het nog niet echt had bekeken, en dat blijkt ook wel. De vaste Kamercommissie heeft een reactie gevraagd. Ik neem aan dat u er dan uitgebreid op ingaat.

De **voorzitter**: Ik heb het zojuist even gepolst. Er is op dit moment geen behoefte aan een tweede termijn, want er komt nog een plenaire afronding. Ik maak nog wel drie opmerkingen. Ten eerste wensen wij de minister veel sterkte toe met de familieomstandigheden. Ten tweede vind ik dat de minister een compliment heeft verdiend voor de

wijze waarop hij de vele tientallen vragen heeft beantwoord. Ik neem aan dat een groot deel van de aanwezigen zich bij deze woorden zullen aansluiten. Ten derde merk ik op dat er op woensdag tweeënhalf uur is uitgetrokken voor de plenaire behandeling. Naar het zich laat aanzien zal de plenaire vergadering pas in de vroege ochtend van vrijdag zijn beëindigd. Het verzoek van de griffie is dan ook dat iedereen zich op een realistische manier inschrijft. Dit is dus geen dreigement, maar heeft een hygiënische achtergrond.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Doen we de moties dan in de eerste of de tweede termijn?

De **voorzitter**: Dat doen we in de eerste termijn of zo nodig in de tweede termijn. De amendementen zijn al ingediend of die worden nog ingediend. U mag dus zelf bepalen wanneer u een motie indient, maar probeer realistisch te zijn.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Wij kunnen elkaar daar natuurlijk niet op vastleggen, want het zal natuurlijk ook afhangen van de amendementen die nog in voorbereiding zijn. Het zou wel helpen als die amendementen er van tevoren zijn. De plenaire afronding is wel bedoeld om de amendementen inhoudelijk te bespreken, want daar hebben wij nog geen commentaar op gekregen van de minister. Het is natuurlijk van belang om te weten waar het over gaat.

De **voorzitter**: U hebt gelijk. De minister heeft in dit debat een aantal toezeggingen gedaan. De informatie die wij nog moeten krijgen, zal uiterlijk morgenavond aangeleverd worden. Het verzoek aan de leden is om morgenochtend de amendementen klaar te hebben en ter inzage te leggen voor de minister. Ik stel mij voor dat de minister ons woensdagochtend informeert over zijn standpunt, want woensdagmiddag is het debat.

Mevrouw **Kant** (SP): Afhankelijk van dit debat moet er nog een amendement in gang gezet worden, bijvoorbeeld over de salarissen.

Minister **Hoogervorst**: Ik kan de amendementen natuurlijk ook mondeling becommentariëren.

De **voorzitter**: De griffier heeft de toezeggingen genoteerd. Ik neem aan dat de ambtenaren hebben genoteerd welke informatie de Kamer nog moet krijgen en anders heeft onze griffier dat wel gedaan. Ik dank degenen die belangstelling voor dit debat hebben getoond en ik dank de minister en zijn ambtenaren.

Sluiting 18.10 uur.