

Vergaderjaar 2004–2005

29 762

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

29 763

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

E

VERSLAG VAN EEN AANTAL GESPREKKEN

Vastgesteld 29 april 2005

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste Kamer¹ heeft op 19 april 2005 een aantal gesprekken gevoerd met geledingen en deskundigen over **de ontwerp-Zorgverzekeringswet (29 763) en de ontwerp-Zorgtoeslagwet (29 762)**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand verslag uit. Een aantal personen en organisaties heeft voorafgaand aan of na afloop van de gesprekken standpunten kenbaar gemaakt per brief. Een lijst van ingekomen brieven is aan dit verslag gehecht.

De wnd. griffier van de commissie,
Van Dooren

¹ Aanwezige leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport waren de heer Werner (CDA), de heer Van den Berg (SGP), mevrouw Swenker (VVD), mevrouw Dupuis (VVD), de heer Hamel (PvdA), de heer Putters (PvdA), mevrouw Slagter-Roukema (SP), de heer Thissen (Groen Links), de heer Van der Lans (GroenLinks) en de heer Schouw (D66), onder voorzitterschap van mevrouw Van Leeuwen (CDA).

Gesprek met zorgverzekeraars:

- Zorgverzekeraars Nederland: de heren M. Bontje (algemeen directeur ZN), drs. E. van der Veen en mr. W. van Duin (vice-voorzitters ZN)
- Coöperatie VGZ-IZA: ir. B.F. Dessing (voorzitter raad van bestuur)
- Menzis: mr. R.H.L.M. van Boxtel (voorzitter raad van bestuur) en mevr. drs. J.J.E.C. Wever (staf raad van bestuur)
- Vereniging Regionale Zorgverzekeraars: drs. H. Feenstra (Friesland) en drs. A. de Groot (directeur Azivo)
- Verbond van Verzekeraars: prof.dr. E.J. Fischer, mr. E.A. Kleijnenberg en prof. dr. H.A. Keuzenkamp.

De heer **Bontje**: Het onderwerp invoering van de Zorgverzekeringswet houdt ZN zeer bezig, zozeer zelfs dat wij onlangs door een extern accountantsbureau onderzoek hebben laten doen naar de vraag, of er een redelijke verhouding is tussen het tijdpad voor de besluitvorming dat voor ogen staat, en hetgeen zorgverzekeraars in eigen huis nog allemaal moeten verrichten. De uitkomst van dit onderzoek was, dat het tijdpad eigenlijk te krap is. Om op 1 januari a.s. alle burgers in Nederland soepel te laten overgaan naar de nieuwe Zorgverzekeringswet, zou de overheid op andere momenten met belangrijke besluiten moeten komen dan aanvankelijk voor ogen stond. Er zijn hierbij twee cruciale data: 1 juni en 15 september. Uiterlijk op 1 juni moeten wij precies weten wat er in het wettelijke pakket komt, en uiterlijk op 15 september moeten wij weten welk bedrag er per zorgverzekeraar uit het vereveningsfonds komt, opdat zorgverzekeraars vervolgens hun polissen gereed kunnen maken en hun premies kunnen stellen. Als wij die duidelijkheid krijgen op deze twee data, denken wij in staat te zijn om vóór 16 december alle burgers in Nederland een aanbod te doen.

De bedoeling is dat dit in feite een automatisch aanbod wordt, in die zin dat wij aangeven waar men nu voor verzekerd is en welk eigen risico men eventueel heeft, en vervolgens een aanbod doen dat zo dicht mogelijk ligt bij de huidige verzekering. Dit aanbod betreft dan zowel de hoofdverzekering als de aanvullende verzekering. Eénmalig willen wij dus zonder selectie alle burgers verzekeren, min of meer automatisch. Als een burger iets anders wil, bijvoorbeeld een eigen risico, juist geen eigen risico, of overgaan naar een andere verzekeraar, moet hij dat aangeven. Wij hebben hier uitvoerig met de minister over gesproken. Daarbij hebben wij ook aangegeven dat wij het onverantwoord vinden om per 1 januari a.s. ook de GGZ over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Op die beide punten is de minister ons tegemoet gekomen, wat hij per brief aan de Kamer heeft laten weten.

Er zitten nog wel enige juridische angeltjes aan de automatische overgang naar de nieuwe Zorgverzekeringswet, in jargon de «negatieve optie». Die automatische overgang is in juridische zin mogelijk voor zover het dezelfde verzekeringsovereenkomst betreft. Het geldt dus wel voor particulier verzekerden, maar strikt genomen niet voor ziekenfondsverzekerden, want de Ziekenfondswet houdt per 31 december 2005 op te bestaan. Ziekenfondsverzekerden zullen dan ook expliciet moeten aangeven dat ze verzekerd willen worden, en dat is nog een lastig punt. Gesteld zou kunnen worden dat de betaling van premie een feit is waarmee de wil om verzekerd te worden wordt bekrachtigd, maar de premie wordt volgend jaar wel ongeveer drie keer zo hoog als ziekenfondsverzekerden gewend zijn. Ik kan mij dan ook voorstellen dat ziekenfondsverzekerden even wachten met het betalen van premie, om eens te informeren hoe het zit met de hoogte van de premie en om uit te kijken naar andere mogelijkheden. Wij pleiten er daarom voor in de invoeringswet een oplossing hiervoor te bieden, door het mogelijk te maken dat de negatieve optie ook voor de ziekenfondsverzekerden kan worden gehanteerd.

Mijn indruk is dat de zorgverzekeraars zeker in de beginperiode van de werking van de nieuwe wet beslist niet alle mogelijkheden gaan benutten die deze wet biedt. Het gaat om een zodanige mega-operatie, dat naar mijn verwachting iedere verzekeraar rustig begint en zoveel mogelijk aansluiting zoekt bij de huidige praktijk, dus een overeenkomst die lijkt op de contracten uit de Ziekenfondswet, en een overeenkomst die lijkt op het restitutie-systeem van de huidige particuliere verzekering, met daarnaast misschien nog enige tussenvormen op het punt van eigen risico's. Daar zal het de eerste tijd wel bij blijven.

De heer **Dessing**: Inderdaad gaat het om een mega-operatie, waarbij bovendien in theorie zo'n 16 miljoen Nederlanders switch-gedrag zouden kunnen gaan vertonen. Doelstelling van verzekeraars is dat iedereen vanaf 1 januari a.s. weer zo goed mogelijk verzekerd is. Het weer opnieuw verzekeren van de burgers is voor ons ook belangrijker dan het punt van de keuzevrijheid, want als die keuzevrijheid door 16 miljoen Nederlanders zou worden benut, zou het voor de verzekeraars een mega-operatie in het kwadraat worden. Daarom pleiten wij nu zo sterk voor de negatieve optie.

De heer **Fischer**: Ook door het Verbond van Verzekeraars is nagegaan of het stelsel zoals dat er nu komt, aan de randvoorwaarden van kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en keuzevrijheid kan voldoen. Wij denken dat dit het geval is, maar hebben wel enige punten van zorg. Het eerste is al door de heer Bontje naar voren gebracht: willen wij 1 januari op een goede manier halen en op tijd een premie kunnen aanbieden, dan zal er zo snel mogelijk duidelijkheid moeten komen over allerlei zaken. Uitstel van de invoeringsdatum is wat ons betreft géén optie.

In de tweede plaats zitten er in de algemene maatregelen van bestuur nogal wat open einden, en ook daarover zou zo snel mogelijk duidelijkheid moeten komen. Wij hebben de indruk dat met de wet zoals die nu voorligt, de gewenste marktwerking tot stand kan komen en de voordelen van marktwerking gegrepen kunnen worden, zoals een relatie tussen zorg en sociale zekerheid, maar dan moeten niet in de algemene maatregel van bestuur de zaken weer «dichtgeregeld» worden. Kortom: zoals de tekst van de wet nu luidt, kan marktwerking tot stand komen, maar daar moet dan niet al te zeer op worden ingegrepen in de algemene maatregel van bestuur. Het is op zichzelf wel begrijpelijk dat de politiek in zo'n grote operatie allerlei waarborgen wil hebben. Laat dat echter niet doorslaan in een zodanige regelgeving dat allerlei zaken weer «dichtgeregeld» worden, waardoor de marktwerking haar vruchten niet meer kan afwerpen. Het is belangrijk dat het stelsel voldoende ondernemingsvrijheid bevat, zodat verzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden en er daadwerkelijk marktwerking tot stand komt. Het wetsvoorstel zoals dit nu voorligt biedt de minimaal noodzakelijke ruimte voor marktwerking en zit daarmee op de «kritische ondergrens».

Een belangrijk element bij de invoering van het zorgstelsel is het toezicht: de versnippering van het toezicht in de zorgsector neemt met de huidige voorstellen eerder toe dan af. In een private verzekeringsmarkt past een terughoudend toezicht: noodzakelijk en proportioneel.

De heer **Van Boxtel**: Ik doe niets af aan alles dat al gezegd is, maar voeg er nog iets aan toe om de complexiteit van het geheel te illustreren. Was het maar zo dat wij alleen de basisverzekering hoefden in te voeren. De Kamer krijgt echter ook nog dit jaar en volgend jaar een aantal andere wetten te behandelen. De overheveling van de GGZ is nu gefaseerd, maar er komt ook nog een Wet maatschappelijke ondersteuning aan, de WMO, de Wet financiële dienstverlening wordt op ons van toepassing (waardoor er allerlei nieuwe eisen komen op het vlak van transparantie) en wij krijgen te maken met een nieuwe Wet op de ondernemingsraden.

Daardoor moeten wij, terwijl het hele bedrijf van 3000 mensen nu bezig is met het inrichten van de basisverzekering, ook nog de medezeggenschap op een andere manier gaan organiseren. Al met al is dat wel bijzonder veel. Ik onderschrijf de opmerking «laat het alsjeblieft 1 januari a.s. worden, want je moet er niet aan denken dat het later wordt», maar dan moet iedereen wel zijn uiterste best doen om de nu afgesproken tijdspaden echt te halen. Anders snappen de burgers waar het tenslotte om gaat, er helemaal niets meer van.

Vorige week hebben wij aan onze ledenraad – bij ons het hoogste orgaan – een presentatie gegeven over de nieuwe basisverzekering. Daar waren 100 mensen, waarvan circa 70 ziekenfondsverzekerd en de rest particulier verzekerd. Al die mensen gingen in totale verwarring de deur weer uit, toen wij hadden uitgelegd wat er allemaal aankwam aan o.a. premiestijgingen, no claim, de zorgtoeslag, eigen risico en verrekeningsproblemen. Er is dan ook een zeer omvangrijke voorlichtingsinspanning nodig om in de korte tijd die wij beschikbaar hebben, de mensen aan de hand mee te nemen naar het nieuwe systeem.

De heer **Feenstra**: Voor mij gaat het vooral om de vraag, naar welk stelsel wij toe willen: welke kwaliteit van zorg willen wij over bijvoorbeeld vijf jaar hebben, wat zouden dan de maximale wachttijden mogen zijn, en wat zou het moeten kosten? De discussie over die vraag is echter niet gevoerd.

Het punt van de «provinciepolis» is naar onze mening moeilijk aan de burgers uit te leggen en staat ook niet goed in verhouding tot de keuzevrijheid van de klant. Ik dring er dan ook op aan dat hier nog eens naar gekeken wordt. Datzelfde zou moeten worden gedaan met het punt van het level playing field, en dan niet alleen naar de vrijval van reserves bij een aantal veldpartijen, maar ook naar de rechtvaardigheid van het vereveningssysteem. Dit systeem is één van de belangrijkste instrumenten om het hele stelsel solidair te houden, maar er zitten nogal wat haken en ogen aan.

Tenslotte wijs ik erop dat er bij de term «risicoselectie» altijd direct naar de zorgverzekeraars wordt gekeken. Risicoselectie kan echter ook worden toegepast door aanbieders. Dat gevaar is er wellicht niet bij de huidige aanbieders, maar kan er wel zijn bij nieuwe aanbieders die de komende jaren van buitenaf komen en de cultuur van de sector niet kennen.

De heer **Van der Veen**: Zorgverzekeraars Nederland onderstreept het grote belang van het risicovereveningssysteem. Wij zijn al 15 jaar bezig om dit systeem verder te verfijnen, maar wij weten dat het nog niet op alle punten even goed werkt. Vooral de werking van het systeem voor Den Haag en Amsterdam blijft een discussiepunt. Volgend jaar zal de risicoverevening nog ingewikkelder worden, omdat dan ook de ex-particuliere verzekeraars erin mee gaan draaien. Dit blijft dus een uitermate complex geheel.

De **voorzitter**: Het valt mij op dat u allen tot nu toe in algemene termen hebt gesproken, en nog niet concreet hebt geantwoord op de door de commissie geformuleerde vragen.

De heer **Bontje**: Wij zijn graag bereid om dat nu te doen. Ik begin dan met de vragen die zijn gericht aan alle organisaties. Op de eerste vraag ben ik al ingegaan. In antwoord op de tweede vraag moet ik zeggen dat in het geval de invoering kort na 1 januari 2006 plaatsvindt, de consequenties enorm zijn. Uitstel met bijvoorbeeld enkele maanden of een half jaar willen wij dan ook beslist niet, want dat geeft nog veel grotere operationele problemen dan de problemen waar wij nu mee te maken hebben. Uitstel met een vol jaar, dus tot 1 januari 2007, lijkt ZN een mogelijkheid, maar ik weet niet of de politiek het aandurft om vlak voor de Kamerverkie-

zingen zo'n grote operatie door te voeren. Al met al willen wij daarom dat de nieuwe wetgeving per 1 januari 2006 wordt ingevoerd.

De heer **Van der Veen**: Aansluitend beklemtoon ik nog eens, dat de zorgverzekeraars op dit moment met een mega-operatie bezig zijn. Elke verzekeraar staat nu ook op scherp, en als invoering van de nieuwe wetgeving dan toch wordt uitgesteld, gaat in ieder geval het momentum verloren.

De heer **Van Boxtel**: Het betekent ook een desinvestering van tientallen miljoenen euro's.

De heer **Feenstra**: Ingaande op vraag 3 merk ik op dat wij nu een toename van het aantal toezichthouders zien, die bovendien elkaar gedeeltelijk overlappen. Dat geldt overigens niet alleen voor zorgverzekeraars, maar ook voor zorgaanbieders. De Kamer zou ons zeer helpen als zij aandacht zou geven aan een vereenvoudiging van het toezicht.

De heer **Dessing**: Ik ga graag verder met de vragen die specifiek zijn gericht aan de zorgverzekeraars. Op de eerste twee vragen is al door ons ingegaan. Op de derde vraag, namelijk of wij al kwaliteitsverschillen tussen aanbieders kunnen onderkennen, is mijn antwoord: wij zijn bezig om door middel van kwaliteitsparagrafen meer inzicht in de kwaliteit van het zorgaanbod te krijgen. De ene verzekeraar is daar al verder in dan de andere. Ook wij vinden dat kwaliteitsverschillen bij de aanbieders langzamerhand transparant en inzichtelijk moeten worden.

De heer **Bontje**: Aansluitend en ook in verband met de vragen 7 en 8 over restitutie- en naturapolissen herinner ik er eerst aan al te hebben gezegd, dat verzekeraars zeker in de beginperiode nog niet alle keuzemogelijkheden zullen gaan bieden die de nieuwe wetgeving mogelijk maakt. Voor ons is het wel de vraag of het nu voor ogen staande systeem een voldoende prikkel voor de zorgaanbieder is om een overeenkomst met de zorgverzekeraar te sluiten. Immers, als er geen overeenkomst wordt aangegaan, krijgt de zorgaanbieder het restitutietarief en volgens de regelgeving moet dat een marktconform tarief zijn, dus het maximum WTG-tarief. Ik verwacht dan ook dat wij in de loop van de tijd onze honoreringsmodellen voor zorgaanbieders zullen moeten aanpassen, om hen te prikkelen overeenkomsten te sluiten. Anders is de sturende rol van verzekeraars op dit punt een dode letter.

De heer **Van Boxtel**: Bij vraag 9 die met het voorgaande samenhangt, merk ik op dat de meeste verzekeraars op zich geen enkel bezwaar zullen hebben tegen een addendum met de lijst van gecontracteerde aanbieders die integraal onderdeel uitmaakt van de polisvoorwaarden. Punt is wel dat een verzekeraar wordt geacht meer op kwaliteit te sturen. Als dan een verzekeraar geen zaken meer wil doen met bijvoorbeeld een huisarts omdat die niet meer voldoet aan de kwaliteitsafspraken, zouden de verzekerden die deze arts als huisarts hebben, kunnen stellen dat zij nu tussentijds willen switchen van verzekeraar omdat zij wél bij deze huisarts willen blijven. Voor een verzekeraar zou dat toch een wat rare uitkomst zijn van het sturen op kwaliteit.

De heer **Van der Veen**: De vraag of het nieuwe stelsel Europa-proof is (vraag 4) is naar mijn mening niet in eerste instantie een zaak van de zorgverzekeraars, maar van de minister. Ik wijs er in dit verband nog eens op dat wij uiterlijk 15 september precies moeten weten wat ons budget is. Gezien de recente ontwikkelingen rond de DBC's is het nog wel de vraag, of wij eind dit jaar al een redelijke schatting kunnen maken van de kosten

die in 2006 verwacht moeten worden. Voor zo'n schatting moeten toch op z'n minst goede gegevens over een deel van 2005 beschikbaar zijn.

De heer **Bontje**: In het akkoord dat wij onlangs hebben gesloten met de onderhandelingsdelegatie van de LHV – wij hebben nu overigens moeten lezen dat de huisartsen zelf er kennelijk anders over denken – is vastgelegd dat de patiënten bij de huisarts op naam worden ingeschreven en dat de verzekeraar dus niet per patiënt gaat vastleggen wie zijn huisarts is. De huisarts gaat geen abonnementsvergoeding, maar een inschrijfvergoeding ontvangen. Het probleem dat in vraag 5 wordt geschetst, is dus al opgelost in het akkoord met de LHV-onderhandelingsdelegatie.

Op vraag 6 is ons antwoord, dat wij geen grote premieverschillen verwachten.

De heer **Dessing**: Uit de vragen 6 t/m 8 krijg ik enigszins de indruk dat de Kamer verwacht dat de verzekeraars met spectaculaire experimenten of acties over restitutie- of naturapolissen zullen komen. De eerste tijd verwacht ik dat helemaal niet. Ik ga ervan uit dat er een gewenningsperiode van een aantal jaren zal komen, zowel voor de verzekerde als voor de aanbieder en de verzekeraar. Onze eerste zorg is nu om per 1 januari a.s. iedereen netjes over te hevelen naar het nieuwe verzekeringsstelsel. Daar hebben wij allemaal al onze handen vol aan.

De heer **Bontje**: Dit antwoord geldt eigenlijk ook voor vraag 9. Daarin wordt immers verondersteld dat wij bij het aanbieden van de nieuwe polissen, dus in de loop van november, een volledige lijst met voor 2006 gecontracteerde zorgaanbieders over zouden kunnen leggen. Dat is echter helemaal niet mogelijk. Een addendum zal dus in de praktijk niet veel méér kunnen zijn dan de mededeling dat de verzekeraar voor een naturapolis alles zal contracteren dat hij kan contracteren. Bij vraag 10 volsta ik met: ja, er is inderdaad onnodige bureaucratie.

De heer **Van Boxtel**: Ik zal straks een overzicht uitdelen met twee voorbeelden, waaruit blijkt tot wat voor een administratieve rompslomp alleen al de combinatie van no claim en eigen risico gaat leiden. Wij kunnen dat vrijwel niet aan verzekerden uitleggen, en ik ben ervan overtuigd dat ook de Kamerleden bij het bekijken van de twee voorbeelden na zeer korte tijd het spoor volkomen bijster zullen raken. Ik wijs hierop omdat het op dit moment nog mogelijk is om de no claim in te ruilen tegen een verplicht eigen risico van bijvoorbeeld 300 euro. Ik besef dat dit een politieke keuze is en ik wil daar ook geen waarde-oordeel over geven, maar met zo'n ruil zou de uitvoering vele malen eenvoudiger worden.

De **voorzitter**: Maar hoe denkt u dan de datum van 1 januari 2006 nog te halen? De minister zou dan immers eerst terug moeten naar de Tweede Kamer.

De heer **Van Boxtel**: Nu, de Invoerings- en Aanpassingswet moet nog in de Tweede Kamer behandeld worden en ook de algemene maatregelen van bestuur moeten nog voorgehangen worden. Op zichzelf kan alles in de politiek; dat zien wij dagelijks! Ik geef u dit toch dringend in overweging, niet als een oratio pro domo, maar met het oog op het effect op de verzekerde. Aan de verzekerde is absoluut niet uit te leggen dat een stukje van de huisartsenzorg wel meetelt in het eigen risico en niet in de no claim, terwijl hij een deel weer wel vergoed krijgt als het samenloopt met een ziekenhuisnota. Ook is niet uit te leggen dat een verzekerde soms helemaal geen vergoeding krijgt, omdat eerst het eigen risico volgemaakt

moet worden. In de praktijk zal zo'n verzekerde steeds met de verzekeraar gaan bellen en vragen om het nog eens uitgelegd te krijgen.

De heer **Feenstra**: Het vervangen van de no claim door een systeem van een eigen risico is ook om een aantal andere redenen zeer aan te bevelen.

De heer **Van der Veen**: Uit onderzoek blijkt dat de helft van de Nederlanders niet weet wat de no claim inhoudt, terwijl de andere helft denkt dat de no claim ook voor de huisarts geldt. De kennis over de no claim is dus zeker niet zodanig, dat de bevolking geschokt zal raken als de no claim weer wordt afgeschaft.

De heer **Bontje**: Bij vraag 11, over invloed van verzekerden op het zorginkoopbeleid, is het evident dat de verzekeraar luistert naar de klant. Dat zal ook veel méér het geval zijn dan tot nu toe, en daar hoort natuurlijk het zorginkoopbeleid bij.

De heer **Van der Veen**: De patiëntenorganisaties zijn op dit punt zeer actief. Sommige verzekeraars hebben al een convenant met deze organisaties gesloten om de invloed van patiënten op het zorginkoopbeleid zo groot mogelijk te maken.

De heer **Dessing**: Aansluitend wijs ik erop dat het merendeel van de maatschappijen onderlinge waarborgmaatschappijen, stichtingen of coöperaties zijn, waarin ledenraden een belangrijke rol spelen. Uiteraard wordt ook met die ledenraden gesproken over de invloed op het zorginkoopbeleid.

De heer **Kleijnenberg**: In het wetsvoorstel worden collectieve contracten met een redelijke korting van 10% mogelijk gemaakt, ook voor werkgevers en werknemers. Vanuit onze ervaring met collectieve contracten geldt, dat bij onderhandelingen over dergelijke contracten de verzekerden in de praktijk in feite worden vertegenwoordigd door de werkgever en zo een countervailing power vormen voor verzekeraars.

De heer **Bontje**: Over het punt dat in vraag 12 wordt genoemd, namelijk de samenhang of juist de ontkoppeling van de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering, doen veel spookverhalen de ronde. Sommige verzekeraars zijn expliciet voor koppeling, sommige expliciet voor ont koppeling, maar de Tweede Kamer heeft besloten dat er sprake moet zijn van ont koppeling en dat staat nu ook in de tekst van de wet. Voor ons is dat een gegeven. Over de gang van zaken bij de overgang op het nieuwe stelsel heb ik al iets gezegd: wij willen met een negatieve optie zowel voor de hoofdverzekering als voor de aanvullende verzekering een aanbod doen, waardoor alle burgers zonder acceptatievoorwaarden éénmalig een aanvullende verzekering krijgen aangeboden.

De heer **Keuzenkamp**: Bij vraag 14 is bij ons het belangrijkste punt, dat het proces van geschillenbeslechting niet complexer moet worden gemaakt dan nodig is, en dat de doorlooptijd zo kort mogelijk wordt gehouden. Voor ons is het de vraag of dat zwaar gereguleerd zou moeten worden. Wij zouden het zoveel mogelijk willen overlaten aan verzekeraars zelf.

De heer **Van Duin**: Wij verwachten dat met de kortingsmogelijkheden die in de wet worden geboden voor collectieve contracten, de kans op kruissubsidiëring (vraag nr. 15) maar zeer klein zal zijn. Kortingen zullen gerelateerd zijn aan de schadelast op een specifiek collectief contract. Als dat ook nog uit de individuele portefeuilles gesubsidieerd zou moeten worden, zou dat weer tot een premiestijging voor de individuele polissen

leiden, maar het geheel is zodanig transparant dat verzekeraars die dit zouden doen, zich vrij snel uit de markt zouden prijzen.

De heer **Kleijnenberg**: Vooral bij een contract met een werkgever voor diens werknemers is een belangrijk voordeel gelegen in de koppeling die dan gemaakt kan worden met de sociale zekerheidsproducten. Als er al sprake zou zijn van subsidiëring, zal die veel eerder komen uit de premies voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen dan uit de premies voor de individuele zorgverzekeringen.

De heer **Dessing**: Transparantie is een belangrijk punt bij collectieve contracten. Een verzekeraar moet gewoon laten zien wat hij hierbij doet. Op een hoorzitting van de Tweede Kamer heb ik een grafiek gepresenteerd waaruit bleek hoe ons bedrijf hierin handelt. Ik kan u straks de actuele grafiek over dit jaar overhandigen, waaruit blijkt dat er geen kruissubsidiëring plaatsvindt.

De heer **Van der Veen**: In toenemende mate zien wij dat er ook collectieve contracten met patiëntenorganisaties worden gesloten.

De heer **Bontje**: U ziet dat de markt voor collectieve contracten al werkt, mevrouw de voorzitter.

Bij vraag 16 kan ik zeggen dat wij bezig zijn met aanpassing van onze gedragscode «Goed zorgverzekeraarschap». Het College Bescherming Persoonsgegevens steunt onze aanpak. Met de NPCF hebben wij inmiddels een privacyconvenant gesloten.

De heer **Feenstra**: Over het punt van de regiopremie (vraag 18) heb ik al enige opmerkingen gemaakt. De uitleg door de minister in de memorie van antwoord is voor mij volstrekt ontoereikend en is ook niet begrijpelijk voor de burger. Op zichzelf is de bedoeling goed: mogelijk te maken dat de zorginkoop op provincieniveau wordt gerealiseerd. Een landelijk werkende zorgverzekeraar kan er dan echter voor zorgen dat hij in bepaalde regio's waar de risico's groter zijn, minder verzekerd krijgt, namelijk door daar een provinciepolis met een wat hogere premie aan te bieden. Daartegenover kan hij in regio's met lagere risico's de provinciepolis met een wat lagere premie aanbieden. Op die manier wordt dan toch een vorm van risicoselectie in het systeem binnengehaald.

De heer **Van Boxtel**: Ik begrijp de zorg van de heer Feenstra heel goed vanuit het gezichtspunt van de regionaal werkende zorgverzekeraar. Bij veel onderwerpen spreken wij ook met één mond, maar in dit geval past mijns inziens wel een nuancering. Het nieuwe model beoogt juist niet om regionale monopolies veilig te stellen, maar om regionale monopolies te openen ten behoeve van andere toetreders die kunnen gaan afwegen of zij elders actief willen worden, bijvoorbeeld omdat ze daar wat meer kunnen doen aan kwaliteitsafspraken, of een wat lagere premie kunnen bieden omdat ze een zeer goed beeld hebben van de schadelast in het nieuwe werkgebied. De wet biedt die nieuwe mogelijkheid en sommigen zullen dat niet leuk vinden, maar als zij tegen die mogelijkheid gekant blijven, kiezen zij niet voor de mogelijkheid van regionale concurrentie, maar voor het veilig stellen van regionale zorgverzekeraars.

De heer **Feenstra**: Hoe je het ook wendt of keert, dit biedt een mogelijkheid aan grote, landelijk werkende zorgverzekeraars om een regionale zorgverzekeraar in enkele jaren uit de markt te concurreren. Voor zo'n grote verzekeraar zal dat ook nauwelijks effect op het jaarlijkse bedrijfsresultaat hebben. Dit leidt dan echter wel tot zeer onevenredige verhoudingen. Ik vind dat zorgverzekeraars moeten concurreren op de efficiëntie van hun organisatie en hun zorginkoop ten behoeve van hun

klanten, niet op risicoselectie van gebieden. Het wordt dan een systeem dat vergelijkbaar is met de autoverzekeringen, en ik denk dat wij dat niet zouden moeten willen.

De **voorzitter**: Nu, ik zou hierbij kunnen zeggen: wij wachten af tot er bij Zorgverzekeraars Nederland witte rook uit de schoorsteen komt.

De heer **Hamel** (PvdA): In de eerste plaats merk ik op dat de verzekeraars en hun medewerkers in het bijzonder ons dierbaar zijn, maar dat dit nog sterker geldt voor de burgers. Het lijkt wat paradoxaal dat wij te horen krijgen dat het allemaal gehaald kan worden, en tegelijkertijd waarschuwend vingers worden opgestoken. Ik hoor nu graag of het «ja» of «nee» is: wordt de datum van 1 januari a.s. op een goede, reële manier gehaald, of wordt het kantje boord? Is het niet beter om zaken als de mogelijke vervanging van de no claim door een eigen risico uit te werken en daar de tijd voor te nemen?

Verder heb ik naar aanleiding van de opmerkingen over kwaliteit de vraag, over wat voor soort kwaliteit wij het dan hebben. Is dat de kwaliteit van de uitvoering of de kwaliteit van de zorg? Gaat het dan alleen om wachttijden? De minister zegt eigenlijk dat de kwaliteit in Nederland overal gelijk is, maar dat is volgens mij niet het geval. Hoe kijken de zorgverzekeraars hier tegenaan en hoe denken zij hiermee rekening te houden in hun concurrentie? Als het bij het nieuwe systeem alleen nog maar over de prijs gaat, zal dat leiden tot een verlaging van de kwaliteit.

Het punt van het toezicht, waar kritische opmerkingen over zijn gekomen, heeft mede te maken met de keuze in het wetsvoorstel voor een privaat stelsel met publieke randvoorwaarden. Er had ook gekozen kunnen worden voor een publiek stelsel met competitie-elementen in de uitvoering. In dat geval hadden ook een aantal zaken achterwege kunnen blijven, die nu mijns inziens op een kunstmatige manier in het wetsvoorstel zijn gebracht. Hoe denken verzekeraars daarover? Hebben zij zeer principieel gekozen voor een privaat stelsel met publieke randvoorwaarden, of vinden zij dat het, gezien de ervaringen met de ziekenfondsen, ook heel wel een publiek systeem kan zijn, met competitie-elementen in de uitvoering?

Aansluitend wijs ik op de mogelijkheid dat het Europese Hof te zijner tijd uitspreekt dat het nieuwe systeem niet deugt. Als dan de wetgever terug moet keren naar een publiek stelsel, welke consequenties zou dat dan voor de zorgverzekeraars kunnen hebben?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik herinner aan de brief van de heer Dessing van enige maanden geleden, waarin deze stelt dat invoering per 1 januari a.s. niet haalbaar is en dat het beter is om te plannen op basis van feiten dan op basis van dromen. Vandaag is gezegd dat de verzekeraars enorm hun best moeten doen en nog niet zeker weten of het lukt. Het moet ook zeer zorgvuldig gebeuren en ik wil niet de zwarte piet toespeeld krijgen, met als argument dat er door onze manier van handelen vertraging zou optreden. Ook vandaag worden weer aspecten ingebracht, zoals de mogelijkheid van vervanging van de no claim door een eigen bijdrage of eigen risico. Verder leidt de mogelijkheid om het aangaan van de verzekering uit te stellen tot 1 mei, waarschijnlijk tot grote problemen met de contractering en dus tot extra onzekerheid voor de zorgaanbieders. Verzekeren gaat immers hand in hand met het contracteren van die zorgaanbieders. Daarnaast is al gewezen op het grote belang van een goede publieksvoorlichting. Er is nog heel veel onduidelijk en er komen bijna dagelijks berichten van het ministerie over weer nieuwe veranderingen.

Al met al is voor mij nog niet duidelijk waarom uitstel zo erg zou zijn, zeker als daarmee de garantie wordt verkregen dat de invoering van de nieuwe wet wél zorgvuldig kan plaatsvinden. Natuurlijk kost dat geld,

maar het kost ook geld als wij ons als wilden in een meer storten waarvan wij nog niet weten hoe diep het is.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik kan mij voorstellen dat een verzekerde, als hij straks een aanbod krijgt dat ongeveer gelijk is aan zijn huidige verzekering, eindelijk eens naar andere mogelijkheden gaat kijken. Als hij dan wil kiezen voor uitbreiding van zijn verzekering, geldt dan het selectiebeginsel, of zijn de verzekeraars bereid om eenmalig alle wensen te honoreren zonder selectie?

Los van de verfijningen die er nog zouden moeten komen in de vereveningsystematiek, heb ik de vraag of er nog bijzondere problemen te verwachten zijn in verband met het in die systematiek brengen van de huidige particuliere verzekeraars. Of denken de verzekeraars dat het wel moet lukken als er grosso modo op dezelfde manier gewerkt blijft worden? In dit verband hebben wij aan de minister een vraag gesteld over de problemen met de verevening in de grote steden. Daarop kregen wij als antwoord dat de minister de oorzaak niet kan vinden in de systematiek of het onderzoek, en dat het wel zou kunnen liggen aan de doelmatigheid van de verzekeraar.

Wat het toezicht betreft, staat ons straks de ineenvlechting van het CTG en de NMa te wachten in één waarschijnlijk ZBO-achtig orgaan. Het ene deel moet dan op de markt letten, en het andere deel moet regels toepassen. Hoe zien de verzekeraars dan de gangen in dat ene gebouw? Is het niet beter om er in ieder geval twee ZBO's van te maken?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Het is een mega-operatie en om het allemaal te kunnen halen, staat het zweet op het voorhoofd: aldus de verzekeraars. Wanneer wij echter vragen of de invoering dan niet beter met een jaar uitgesteld kan worden, komt als antwoord: nee, dat gaat veel schade opleveren. Ik zal graag horen wat die schade dan is, ook afgezet tegen de benodigde zorgvuldigheid.

De heer **Van den Berg** (SGP): In het algemeen is het streven van de overheid erop gericht dat er blijde burgers in het land zijn. Zijn er nu ook blijde verzekeraars? Vinden ze het voorgestelde systeem zo goed, dat ze er enthousiast de markt mee willen opgaan? Daarnaast wijs ik op het punt van de uitvoerbaarheid, voor onze Kamer een punt van gewicht. De verzekeraars zeggen nu dat het moeilijk zal worden en dat ze veel zaken niet of nog niet aankunnen, zoals de keuzevrijheid van de burger. Wanneer komen die zaken dan wél aan de orde, en komen ze dan ook op een goede manier aan de orde?

De heer **Werner** (CDA): Ik heb begrepen dat de verzekeraars ervan uitgaan dat er op 1 januari in beginsel weinig verandert in vergelijking met de huidige situatie, en dat de burgers in het algemeen verzekerd blijven voor dezelfde zorgaanbieders als waarvoor ze nu verzekerd zijn. Ik vind dat een zeer belangrijk punt. Verzekerden worden toch al voor veel keuzes geplaatst en als daar nog het punt van het addendum bij zou komen, zou het voor hen nog veel complexer worden. Mogen wij er daarom inderdaad van uitgaan dat er in beginsel op 1 januari weinig tot niets verandert? Op die manier kunnen de burgers eraan wennen dat er op den duur zaken gaan veranderen bij het contracteren van zorg. Naar aanleiding van de opmerking van de kant van verzekeraars dat het WTG-tarief het marktconforme tarief is, heb ik de vraag of dat op wet- of regelgeving berust. Of is dit een eigen interpretatie van verzekeraars? Ik ben dit nergens in wet- of regelgeving tegengekomen. Moet er verder nog veel gesleuteld worden aan het huidige vereveningsstelsel dat nu voor de ziekenfondsen geldt? Of kan grosso modo ook in de nieuwe situatie van dezelfde parameters worden uitgegaan? Ik kan mij voorstellen dat iedereen graag wil dat er collectieve contracten

komen, waarvoor het wetsvoorstel een kortingsmarge van 10% geeft, maar er ontstaat dan wellicht toch een probleem met het zorgtoeslag-systeem. Iemand die in een collectief contract zit, heeft immers al een premievoordeel en wordt dan bovendien nog eens overbedeeld vanuit het zorgtoeslagsysteem omdat voor dit systeem een normpremie geldt. Ik zoek nog naar een manier om dat onaangename effect weg te nemen, maar ik weet nog niet hoe ik dat zou moeten doen. Mochten de verzekeraars daarvoor een suggestie hebben, dan is mij dat welkom.

De heer **Schouw** (D66): Bij de schriftelijke behandeling heb ik mijn nek uitgestoken door ervoor te pleiten om de wet een jaar later in te voeren, gezien de complexiteit. Ik werd daarin toen mede gevoed door de inbreng van de kant van verzekeraars. Ik voelde mij dan ook wat in mijn hemd staan toen zij een paar weken daarna weer aangaven dat de wet wél per 1 januari a.s. zou moeten worden ingevoerd. Ja, wie ben ik dan? Als de verzekeraars kunnen garanderen dat de invoering zorgvuldig, probleemloos en betrouwbaar zal verlopen, heb ik weer voldoende munitie.

In het wetsvoorstel is de mogelijkheid opgenomen dat consumenten één keer per jaar van verzekeraar kunnen wisselen. Ik vind dat eigenlijk geen marktwerking, maar in feite het handhaven van de negatieve optie tot in lengte van jaren. Is het denkbaar dat over een paar jaar mensen iedere maand of zelfs iedere dag een andere verzekeraar kunnen kiezen? Dat zou toch échte marktwerking zijn?

Ik hoor ook graag, naar aanleiding van de opmerking dat er nog te weinig marktwerking zit in de algemene maatregelen van bestuur en dat er niet te veel toezicht moet komen, om welke concrete punten het dan gaat. De verzekeraars hebben verder gewaarschuwd voor risicoselectie van nieuwe aanbieders. Waar ziet dit precies op?

Ik ben zeer aangesproken door de opmerking van de heer Van Boxtel over te veel bureaucratie. Ook ik heb in de schriftelijke inbreng gewaarschuwd tegen de gevolgen van het stapelen van no claim en eigen risico. Wordt de opmerking van de heer Van Boxtel gedeeld door de andere verzekeraars?

De heer **Bontje**: Aan de heer Hamel kan ik zeggen: ja, 1 januari 2006 wordt gehaald, mits de minister op tijd met zijn besluiten komt. Op 1 juni moeten wij weten wat er in het pakket zit, en op 15 september moet elke zorgverzekeraar weten welk bedrag hij uit de vereveningspot krijgt. Alleen dan kunnen wij ervoor zorgen dat op 16 december iedere burger een aanbod krijgt. Verder moet er echt iets geregeld worden over de negatieve optie voor de grote groep ziekenfondsverzekerden, want als dat niet gebeurt, halen wij wel 1 januari, maar wordt het daarna een rotzooi.

De **voorzitter**: U hoeft dus niet te weten of het nieuwe stelsel ook Europa-proof is?

De heer **Bontje**: Daarmee kom ik op de vraag van de heer Hamel wat de situatie wordt als de Europese Unie dit stelsel afwijst. Ja, dan is alles over en uit. Zo simpel is het.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik doel op de mogelijkheid dat het Europese Hof na bijvoorbeeld een jaar met de uitspraak komt dat het stelsel niet op de goede manier is opgezet. De minister heeft ons in dat verband steeds geantwoord, dat hij dan terug zal keren naar een publiek stelsel. Wat is er op dat moment van de verzekeraars te verwachten?

De heer **Bontje**: Dan hebben de verzekeraars een groot probleem. Op zichzelf maakt het niet zoveel uit of het een privaat stelsel is met publieke doelen, dan wel een publiek stelsel met private doelen, maar het stelsel

zoals dat in het wetsvoorstel staat, is wel sterk privaat van opzet, bijvoorbeeld waar het gaat om de Derde Schaderichtlijn en het toezicht.

De heer **Fischer**: Eigenlijk hebben wij deze discussie al eerder gevoerd, en bij die gelegenheid heeft het Verbond van Verzekeraars de suggestie gedaan om na te gaan waar het precies op vast zou zitten bij de Europese Unie, en dan met het oog hierop het wetsvoorstel enigszins te wijzigen, zodanig dat het dicht blijft bij de oorspronkelijke opzet, maar toch Europa-proof wordt.

De heer **Hamel** (PvdA): Het gaat mij vooral om de mogelijkheid dat er claims van uw kant komen als de politiek het stelsel straks weer wijzigt. Ik ben daar bezorgd over.

De heer **Van Boxtel**: Die zorg lijkt mij terecht. De politiek wikt en beschikt en wij willen een nieuwe wet graag zorgvuldig uitvoeren, ook omdat wij er een groot belang bij hebben dat onze verzekerden het kunnen begrijpen en zich goed verzekerd weten. Wanneer de Europese Unie straks zou uitspreken dat het niet op deze manier mag, heeft de minister en in algemene zin de politiek een groot probleem. Inmiddels hebben wij dan enorme investeringen gedaan, van tientallen miljoenen euro's, met name voor ICT. Als het nieuwe stelsel dan teruggedraaid wordt terwijl wij al op weg zijn, komt uiteraard de vraag op wie deze kosten zal moeten dragen. Overigens vind ik dit wel een wat negatieve benadering, want er zijn allerlei pogingen bij de Europese Unie gedaan om te achterhalen of het nieuwe stelsel kan worden ingevoerd, en er zijn ook meerdere brieven gekomen van de Europese Commissie. Er wordt nu alleen nog gewacht op een verzekerde die straks, als het nieuwe stelsel er is, misschien een klacht gaat indienen, maar dat is in feite wachten op een bewijs uit het ongerijmde. Ik vind dan ook dat de politiek nu de knoop door zou moeten hakken en de stap naar het nieuwe stelsel zou moeten zetten. Met blijven treuzelen door de politiek kunnen wij niet leven; wij moeten gewoon hom of kuit hebben.

De heer **Hamel** (PvdA): Maar er liggen nog stukken bij de Europese Commissie waar nog goedkeuring op moet komen. Als die goedkeuring niet komt

De heer **Bontje**: Dan houdt het op en hebben wij tientallen miljoenen euro's weggegooid.

De **voorzitter**: Wij hebben van uw kant veel wensen gehoord over het vereveningssysteem. Echter, elke toevoeging aan dat systeem maakt de kans groter dat het niet Europa-proof is. U spreekt zichzelf dus enigszins tegen.

De heer **Bontje**: Er liggen diverse vragen bij de Europese Commissie voor: valt de nieuwe wet onder de Derde Schaderichtlijn, wordt het vereveningssysteem als onterechte staatssteun gezien, en wordt ook de overheveling van de wettelijke reserves van de ziekenfondsen als onterechte staatssteun gezien? Ik heb begrepen dat vooral de laatste vraag onderwerp van gesprek is en dat de beide andere vragen minder discussie geven. Maar goed, wij wachten de uitkomst wel af.

Mevrouw **Swenker** (VVD): En als de reserves inderdaad niet over mogen gaan, omdat het dan staatssteun zou zijn?

De heer **Bontje**: Dan is het ook over en uit. Een aantal zorgverzekeraars kunnen dan immers niet het nieuwe verzekeringsstelsel uitvoeren, omdat zij daar dan niet het benodigde vermogen voor hebben.

De heer **Van Boxtel**: Er liggen overigens interessante parallellen met de publieke omroep. Er zijn uitspraken over de manier waarop de publieke omroep door de rijksoverheid is gefinancierd, die inhouden dat de Europese Unie geen bezwaar heeft tegen die financiering als die al dateerde van voor een bepaalde datum. Gaat het om financiering die na die datum is gestart, dan zou dat anders liggen, zo heb ik begrepen.

De heer **Dessing**: Mevrouw Slagter heeft gerefereerd aan mijn brief van enige maanden geleden, waarin ik spreek over plannen op basis van feiten, niet op basis van dromen. Inmiddels hebben wij die feiten van de minister gekregen: wij weten op 1 juni wat er in het pakket zit, en wij weten uiterlijk op 15 september waar wij budgettair aan toe zijn. Op basis daarvan durf ik nu bevestigend te antwoorden op de vraag of 1 januari a.s. haalbaar is, maar wel met de kanttekening dat het echt een mega-operatie in het kwadraat wordt als mensen straks, na 1 januari a.s., in de gelegenheid zijn om vrij te kiezen en een aantal maanden na te denken over de vraag wat ze zouden willen gaan doen met hun verzekering. Zó'n mega-operatie kunnen wij naar mijn verwachting niet aan. De heer Hamel zal weten dat zorgverzekeraars niet alleen naar hun eigen kwaliteit kijken, maar ook en vooral naar de kwaliteit die zorgaanbieders aan de verzekerden bieden. Verzekeraars zijn ook in samenwerking met het CBO doende om handen en voeten te geven aan een kwaliteitsparagraaf. Dat is niet iets van vandaag op morgen; verzekeraars en zorgaanbieders zullen op dit vlak aan elkaar moeten wennen. In ieder geval zullen wij straks beslist niet uitsluitend op prijs gaan concurreren, want wij voelen een verantwoordelijkheid ten opzichte van onze verzekerden waar het gaat om de kwaliteit en de transparantie van de kwaliteit bij zorgaanbieders, en zullen ook dat in onze polissen opnemen.

De heer **Feenstra**: Wij worden daarin gesteund omdat de komende tijd veel meer vergelijkende informatie over de zorgaanbieders en de verzekeraars naar buiten zal komen, op een geaggregeerd niveau en begrijpelijk voor de burgers in het land. Kwaliteit zal dan ook bij de contractering voor ons een belangrijk aspect vormen. Wij doen vaak alsof wij in Nederland overal dezelfde goede kwaliteit van zorg hebben, maar dat is gewoon niet waar. De goeden zullen dus beloofd moeten worden, en de minder goeden zullen prikkels moeten krijgen om zich te verbeteren.

De heer **Van der Veen**: De zorgverzekeraars zijn ook bezig – met het ministerie, de Consumentenbond, patiëntenorganisaties en anderen – om door middel van een gestandaardiseerd systeem van vragenlijsten de kwaliteit van de zorg te meten. J1. donderdag hebben wij met het ministerie afgesproken dat wij het voortouw zullen nemen om dit systeem verder te ontwikkelen. De vragenlijsten zijn bedoeld om de consument zo objectief mogelijk voor te lichten, en als instrument in het kader van de zorginkoop.

De heer **Bontje**: Mevrouw Swenker heeft gevraagd hoe het zal gaan als de verzekerde iets anders wil dan hetgeen hij half december aangeboden krijgt. Voor alles dat de hoofdverzekering betreft, geldt een acceptatieplicht, dus daar kan de verzekerde vrijelijk kiezen zonder met acceptatieproblemen te maken te krijgen. Voor de aanvullende verzekering geldt dat natuurlijk niet. De verzekerde krijgt voor die verzekering een eenmalig aanbod dat het dichtst komt bij de manier waarop hij tot nu toe verzekerd is. Wil hij daarnaast bijvoorbeeld nog een tandartsverzekering, terwijl de stand van zijn gebit zodanig is dat het veel schade zal gaan veroorzaken, dan zal de verzekeraar zeker de gebruikelijke acceptatieregels gaan hanteren.

De heer **Van der Veen**: Op gezag van deskundigen moet ik zeggen dat het vereveningssysteem het aan kan als straks ook de particulier verzekerden daarin mee gaan lopen. Het blijft een complexe operatie, maar anderzijds is er 15 jaar onderzoek gedaan naar dit systeem. Als vice-voorzitter van ZN voel ik mij aangesproken door de vraag naar de problematiek van de grote steden. De technische werkgroep die zich bezighoudt met het vereveningssysteem, geeft al jarenlang aan dat Den Haag en Amsterdam daar voortdurend aan tekort komen. De eerste vraag is dan uiteraard, of dit misschien aan de betrokken zorgverzekeraars ligt: Delta Lloyd, Azivo en Agis. Wij menen dat wij enig recht van spreken hebben als wij stellen, dat die verzekeraars zich niet in negatieve zin van andere verzekeraars onderscheiden als het gaat om zorginkoop. Er zijn ook berekeningen gemaakt over het bedrag dat die drie verzekeraars de afgelopen jaren tekort zijn gekomen aan vereveningsbijdragen, en er vindt nu overleg met het ministerie plaats over een oplossing hiervoor. Dit punt zal zeker een rol spelen in de toepassing van de vereveningssysteematiek in de komende jaren.

De heer **Van Boxtel**: In antwoord op de vragen over het toezicht wijs ik erop, dat de verzekeraars straks onder het toezicht komen van de Autoriteit Financiële Markten, de Nederlandsche Bank, de Nederlandse Mededingingsautoriteit, de Zorgautoriteit waar het CTZ waarschijnlijk in opgaat, de eigen accountant en interne audits. Om het zwart-wit te formuleren: als wij niet oppassen, zijn wij straks meer bezig met de interne controle dan met goede zorginkoop. Toch is dit niet zó gechargeerd, want ik lees wel dat al die toezichthouders convenanten maken over hun onderlinge verhoudingen, maar tot nu toe zijn de verzekeraars daar geen partij bij. In de praktijk melden al die toezichthouders zich ook afzonderlijk bij ons, en willen ze elk voor zich álles weten: het strategisch plan, de uitvoeringsplannen, de jaarrekening, de kwartaalrapportages enz. In de komende Wet marktordening gezondheidszorg zal dan ook naar mijn mening het nodige geregeld moeten worden over de taakafbakening tussen de toezichthouders, en de wijze waarop zij zich met de verzekeraars willen verstaan. Niemand heeft iets tegen toezicht: wij willen graag transparant werken. Er moet echter wel wat worden gedaan aan de onderlinge afstemming tussen de toezichthouders. Ik hoop dat dit snel helder wordt, want nu kost het ons veel energie en tijd, en die is schaars en duur.

De heer **Hamel** (PvdA): Een aantal van die toezichthouders zijn te vermijden als het een publiek stelsel wordt. Over dat laatste heb ik overigens ook nog een vraag gesteld.

De heer **Van Boxtel**: Ook in het huidige stelsel, dat nog publiek is, hebben wij te maken met die toezichthouders. De NMa ziet toe op marktwerking, waar marktwerking mogelijk is. Verder hebben wij nu het CTZ met een zeer uitvoerige controle. De verwachting is dat dit college inschuift in de Zorgautoriteit, maar wij weten nog niet hoe dat precies vorm wordt gegeven. Ook de AFM en DNB hebben nu al, vanuit de vroegere Pensioen- en Verzekeringkamer, hun eigen toezichtregime. De vraag is dus vooral: zullen al die toezichthouders erin slagen om onderling en met onze sector goede, transparante afspraken over het toezicht te maken?

De heer **Fischer**: Dit is overigens een algemeen punt, niet een punt dat specifiek met de nieuwe Zorgverzekeringswet te maken heeft. Er zijn best redenen te geven voor de enorme groei van het toezicht in de afgelopen jaren, maar helaas gaat het daarbij nauwelijks om mensen die in de uitvoering zitten. Zo is de AFM van zes medewerkers, wat veel te weinig was, gegroeid naar zo'n 400 medewerkers, en werkten er bij de PVK een

jaar of tien geleden 120 mensen, terwijl dat er nu ook 400 à 500 zijn. Daaronder zijn bijzonder veel beleidsmedewerkers, creatieve mensen die hun werk waar willen maken en voortdurend denken dat het toezicht nóg beter en nóg zwaarder kan. Ik pleit er dan ook voor dat niet steeds maar wordt geprobeerd om het toezicht zodanig te verfijnen dat alles volstrekt 100% zorgvuldig verloopt, maar dat wordt gestreefd naar een soort tussenweg waarbij ook nog het primaire proces een kans krijgt.

De **voorzitter**: De Wet marktordening gezondheidszorg moet nog komen. Vinden de verzekeraars het noodzakelijk dat ook die wet per 1 januari 2006 in werking treedt? Of kan dat misschien later? U wilt kennelijk dat wij zeer zorgvuldig naar die wet kijken, maar als wij dat doen, dreigen wij in tijdnood te komen.

De heer **Bontje**: Het zou mooi zijn als die wet ook per 1 januari a.s. in werking zou treden, maar als u prioriteiten moet stellen in uw aandacht, mag van mij die wet wel wat later ingevoerd worden. De schade bij uitstel van de invoering van de Zorgverzekeringswet zal fors zijn, althans als uitstel betekent dat alle investeringen die verzekeraars nu al hebben gedaan en de komende maanden nog doen, voor niets zijn geweest. In totaal investeren de zorgverzekeraars in totaal meer dan 100 miljoen euro voor aanpassing van ICT-systemen, opleiding van medewerkers, voorlichting e.d. Als de nieuwe wet bijvoorbeeld een half jaar zou worden uitgesteld, zou dat betekenen dat wij eerst tegen januari alle verzekerden moeten informeren over een premieaanpassing, en kort daarna opnieuw moeten informeren over de nieuwe wet. Daarom zeggen wij: de datum van 1 januari moeten wij niet lopen, dan moet de nieuwe wet ingaan.

De heer **Van der Veen**: Het is overigens niet alleen een kwestie van geld, maar ook een kwestie van het behouden van het momentum. Alle zorgverzekeraars bij elkaar vormen een grote organisatie, en die organisatie is nu onder druk gezet om op een bepaalde datum iets bereikt te hebben. Als er dan toch uitstel komt, moeten de consequenties daarvan niet worden onderschat, zeker als niet duidelijk is tot hoe lang dat uitstel zou moeten gelden. Dit laatste zal zich, als het komt tot uitstel, waarschijnlijk voordoen, want ik verwacht niet dat er binnen een jaar antwoord komt op alle vragen die bij de Kamer en bij ons leven. Het gaat om een zeer groot veranderingsproces en in elk veranderingsproces is er de neiging om op enig moment pas op de plaats te maken. Voor die afweging staan wij op dit moment ook met de invoering van de Zorgverzekeringswet.

De heer **Dessing**: Tot de heer Van den Berg zou ik zowel «ja» als «nee» willen zeggen op zijn vraag of wij blijde verzekeraars zijn. Het «ja» geldt voor het feit dat wij aan de vooravond staan van een historische stap, namelijk afscheid nemen van de ziekenfonds- en de particuliere verzekering en overgaan op een stelsel waarbij iedereen in Nederland op dezelfde manier verzekerd is. Het «nee» geldt voor het geval er hoge verwachtingen bij de Kamer en het publiek zijn over de vrijheidsgraden die de minister zich droomt: marktwerking, keuzevrijheid enz. Dat zal echt een zaak van lange adem zijn. Als de verwachtingen hierover te fors worden opgeklopt, hebben wij met elkaar een behoorlijk probleem.

De heer **Van der Veen**: Een verzekeraar is blij als hij blijde verzekerden heeft. Uit elk onderzoek komt naar voren dat de verzekerde echt niet weet wat hem boven het hoofd hangt. Ook komt uit elk onderzoek naar voren dat verzekerden echt niet met smart zitten te wachten op 1 januari, wanneer ze eindelijk eens iets anders zouden kunnen doen met hun ziektekostenverzekering. De vraag wat de verzekeraar straks precies zal

gaan doen, is in hoge mate afhankelijk van de vraag wat de verzekerde gaat doen. Het zal op z'n minst nog enige tijd duren voordat de consument zo ver is dat hij de zorgverzekeraar onder druk gaat zetten op de manier die wij met ons allen willen. Het gedrag van de consument bepaalt dus het tempo waarin de veranderingen zich doorzetten, en ik verwacht dat dit echt nog wel enige tijd zal duren.

De heer **Bontje**: In antwoord op een vraag van de heer Werner moet ik zeggen niet te kunnen voorspellen hoe het addendum eruit zal zien. Ik denk dat de verzekeraars in dat addendum zullen aangeven dat er naar verwachting in 2006 geen wijzigingen in het contracteerbeleid zullen optreden, in vergelijking met 2005. Wij kunnen in dat addendum zeker nog niet precies aangeven welke aanbieders zijn gecontracteerd.

De heer **Werner** (CDA): Dat is voor 2006 ook nog niet nodig, als er gewoon in komt te staan dat alles is gecontracteerd.

De heer **Bontje**: Ja, maar met de aantekening: voor zover zorgaanbieders ook contracten willen sluiten.

De heer **Werner** (CDA): Natuurlijk. Het gaat mij erom dat er geen verschil is tussen naturaprijzen en restitutieprijsen.

De heer **Bontje**: Als wij een naturapolis aanbieden en er selectief wordt gecontracteerd, kan de verzekerde op basis van de wet toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan, en krijgt hij daarvoor een marktconforme vergoeding. Wat precies marktconform is, zal de rechter eens moeten uitmaken.

De heer **Werner** (CDA): U zei eerder dat dit dan het maximum WTG-tarief is. In dat geval kunnen de zorgaanbieders gewoon achterover gaan leunen.

De heer **Bontje**: Er komen twee soorten polissen: een naturapolis en een restitutiepolis. Bij een naturapolis moet je contracteren, in een restitutiepolis hoeft dat niet. Als een verzekerde met een naturapolis naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet hij het marktconforme tarief betaald krijgen, wat op zichzelf lager kan liggen dan het maximum-tarief. Bij een restitutiepolis moet de verzekeraar echter altijd het maximum WTG-tarief betalen.

De heer **Werner** (CDA): Maar staat dan in de wét dat dit moet? Of is dit uw interpretatie van het begrip «marktconform tarief»?

De heer **Bontje**: Het staat in de algemene maatregel van bestuur waarover nu nog overleg plaatsvindt.

De heer **Werner** (CDA): Akkoord, wij konden dat dus nog niet weten.

De heer **Keuzenkamp**: Een goed vereveningssysteem zal veel zorgen op een aantal punten kunnen wegnemen. Dat geldt ten dele ook voor de vraag van de heer Werner over een mogelijke overbedeling van iemand die in een collectief contract zit. Als in het vereveningssysteem goed rekening wordt gehouden met aspecten als de herkomst en het al dan niet werken van verzekerden, is er op dat vlak weinig ruimte meer om nog grote premiekortingen aan te bieden. Die ruimte voor premiekortingen zal dus ergens anders vandaan moeten komen, en bij collectieve contracten gaat het ook vooral om zorgarrangementen. Overigens kan dat er ook toe leiden dat de premie van een collectief contract zelfs hoger gaat uitvallen dan de doorsneepremie, bijvoorbeeld als het contract zich specifiek richt

op bepaalde patiëntengroepen of arbeidsgerelateerde zorg. Al met al is het nog maar helemaal de vraag of er wel een korting van 10% gegeven zal kunnen worden. De zorgtoeslag staat daar helemaal los van, want daarbij gaat het om een genormeerd bedrag dat niet afhankelijk is van hetgeen in de polis van een collectief contract wordt aangeboden.

De heer **Werner** (CDA): Er is wel een probleem met die collectieve contracten, want hoe je het ook wendt of keert, er gaan premieverschillen ontstaan en degenen met een collectief contract krijgen daardoor voordeel uit de collectieve middelen.

De heer **Keuzenkamp**: Ja, ik zie uw punt, maar ik verwacht dat het bij de collectieve contracten vooral zal gaan om zorgarrangementen en dat er dus maar nauwelijks premiekortingen gegeven zullen worden. Het moet zich overigens nog allemaal ontwikkelen in de praktijk.

De **voorzitter**: Dit is wel een heel nieuwe uitspraak.

De heer **Keuzenkamp**: Tenslotte kan ik bevestigend antwoorden op de vraag van de heer Werner of het huidige vereveningsmodel grosso modo kan blijven bestaan als ook de particulier verzekerden daarin gaan meedraaien.

De heer **Bontje**: Punt hierbij is vooral dat er in de particuliere sector nog wat te weinig gegevens beschikbaar zijn om het huidige model volledig te kunnen toepassen.

De heer **Werner** (CDA): De bal ligt op dit punt dus bij de verzekeraars. Het systeem als zodanig hoeft daarvoor niet aangepast te worden.

De heer **Bontje**: Inderdaad.

Dan resteert nog de vraag van de heer Schouw waarom verzekerden maar één keer per jaar van verzekeraar kunnen veranderen, en of dat niet één keer per maand zou kunnen. Dat kan niet, want het blijft een verzekering en bij een verzekering verzeker je je tegen onvoorspelbare kosten die op enig moment in de toekomst kunnen ontstaan. Als mensen dan op vrijwel ieder moment kunnen overstappen, zullen zij waarschijnlijk zeer sterk calculerend gedrag gaan vertonen. Iemand die zwanger is, zal dan immers gaan kiezen voor een verzekering met nul eigen risico en het beste pakket aan kraamzorg, maar bij een verzekering gaat het er nu juist om dat je je verzekert tegen ónzekere toekomstige kosten. Er wordt ook wel voor gepleit om verzekerden twee keer per jaar de mogelijkheid te bieden om te switchen, maar wij zien daar geen voordelen in, alleen al omdat er dan twee keer per jaar campagne moet worden gevoerd.

Afsluitend kan ik zeggen dat het standpunt van de heer Van Boxtel over bureaucratie en complexiteit volledig wordt gedeeld door de andere verzekeraars.

Tenslotte wensen wij de Kamer veel wijsheid bij het beoordelen van de nieuwe wetgeving.

De **voorzitter**: Gehoord alle antwoorden constateer ik dat u enerzijds zegt de nieuwe wetgeving graag te willen, maar anderzijds ook nog zoveel vragen opwerpt dat degenen die op een zorgvuldige wijze nieuwe wetgeving tot stand willen brengen, het daar nog zeer moeilijk mee kunnen hebben. Ik begrijp dat dit mede een reden is om ons wijsheid toe te wensen!

- Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad) / Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO): mevrouw drs. C. van der Hoeven-Molenaar (CG-Raad), mevrouw drs. G. Abrahamse (CSO-PCOB) en mevrouw dr. A. Berkhout (CSO)
- Consumentenbond: mevrouw drs. I. Muis (campagneleider) en mevrouw drs. J. Boer (beleidsmedewerker)
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF): mevrouw drs. I. van Bennekom en mevrouw drs. A. Schipaanboord.

Mevrouw **Van Bennekom**: In antwoord op de eerste vraag aan onze organisaties over de informatiekloof stellen wij vast, dat de minister op zichzelf zeer voortvarend werkt aan het dichten van die kloof. Er zijn nog wel een aantal kanttekeningen bij te maken. Zo moet de informatie over de keuzemogelijkheden voor mensen begrijpelijk zijn. Uiteindelijk is ook de keuze voor het zorgpakket voor mensen belangrijker dan de keuze van de soort verzekering. Als mensen een diagnose gesteld krijgen, gaan vaak ook andere zaken spelen. In dat geheel hebben wij nog wel zorgen over de informatieontwikkeling: wordt inderdaad die informatie ontwikkeld waar mensen echt behoefte aan hebben? Wij vragen daarbij nadrukkelijk aandacht voor de ervaringsinformatie van patiënten, die tot nu toe ontbreekt. Veel patiënten/consumentenorganisaties hebben de afgelopen jaren zeer veel geïnvesteerd in het verkrijgen en het toegankelijk maken van ervaringsinformatie. Wij zien dat echter nog niet geïncorporeerd in de plannen van de minister.

Verder vinden wij dat de behoefte aan informatie het niet mag afleggen tegen de huidige discussie over administratieve lasten, maatschappelijke verantwoording en keuze-informatie. Wij kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat de informatiebehoefte die bij patiënten leven, al snel worden weggedefinieerd als «keuzeondersteunende informatie», en dat transparantie van aanbieders niet gezien wordt als maatschappelijke verantwoording. Wij vinden dat niet acceptabel en zullen daar de komende maanden nog het een en ander over uitvechten met het ministerie.

In de tweede vraag wordt gesproken over «prestatiegerichte financiering». Ik neem aan dat daarmee wordt bedoeld op de beleidswijziging in de financiering van het fonds PGO, die de minister in de memorie van antwoord noemt. Uiteraard is het goed dat patiënten/consumentenorganisaties op een transparante wijze worden afgerekend op hun prestaties, en ook aan de hand daarvan worden gefinancierd. Wel geldt dat het antwoord van de minister in de memorie van antwoord weliswaar niet onwaar is, maar wel een beperking heeft. Een nieuw bekostigingssysteem kan immers niet al op 1 januari 2006 in werking treden, want er moet rekening worden gehouden met overgangstermijnen, lopende verplichtingen en toezeggingen, die overgegaan zijn van het ministerie naar de stichting PGO. Het volledige bedrag zal dus niet per 1 januari 2006 beschikbaar zijn voor andere functies dan de huidige; de exploitatiefinanciering zal vooralsnog doorgaan.

Na het verschijnen van de nota «Met zorg kiezen» hebben wij herhaaldelijk aangedrongen op een financiële onderbouwing van de vraag, wat noodzakelijk is om patiënten/consumentenorganisaties toe te rusten om hun toekomstige functies in de nieuwe markt van zorg en verzekeren waar te maken. Tot op heden ontbreekt deze onderbouwing. Ik vraag de Kamer dan ook om er bij de minister op aan te dringen dat er vóór het begrotingsdebat eind dit jaar een onderzoek wordt ingesteld naar de middelen die noodzakelijk zijn om patiënten/consumentenorganisaties toe te rusten op hun toekomstige functies. Een belangrijk aspect hierbij is, dat de minister kiest voor uitsluitend het financieren van de functie zorg. Patiënten/consumentenorganisaties behartigen belangen echter breder

dan alleen het zorgterrein. De keuze van de minister kan terecht zijn, maar de vraag is dan wel hoe wij in de toekomst de belangenbehartiging kunnen financieren op de gebieden van arbeid en zorg, arbeid en maatschappelijke integratie, zorg en mobiliteit, en mens en mobiliteit. Mocht inderdaad de nieuwe financieringssysteem niet per 1 januari a.s. in werking kunnen treden, dan zouden wij gebaat zijn bij een overgangsregeling.

In reactie op de derde vraag kan ik zeggen, dat patiënten/consumentenorganisaties naar onze mening inderdaad in staat zijn om betekenisvolle kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders te onderkennen, althans als de informatiekanaal goed ontwikkeld worden en de organisaties in staat worden gesteld om de kwaliteitsverschillen ook zelf in te brengen, naast de professionele standaarden.

De geschillenbeslechting (vraag 4) is naar onze mening nog niet volledig uitgewerkt en verdient dus de nodige aandacht. Punt is dat een deel hiervan geregeld moet worden in de Wet marktordening gezondheidszorg die nog bij de Raad van State ligt. Voor ons is het dan ook lastig om dit punt van de geschillenbeslechting goed te overzien.

Bij vraag 5 vraag ik aandacht voor de mogelijkheid om persoonsgebonden financieringssystemen te introduceren. Die mogelijkheid is nu niet aanwezig in de nieuwe wet. Vaak wordt gezegd dat restitutie hetzelfde effect heeft als persoonsgebonden financieringssystemen, maar wij delen die stelling niet. Persoonsgebonden financieringssystemen zoals het PGB jagen immers ook de innovatie van zorg aan, en dat gebeurt niet met restitutie. Een nieuwe Zorgverzekeringswet wordt niet gemaakt voor de huidige minister, maar voor een aantal generaties. Aangezien wij op dit moment niet weten welke aanspraken in de AWBZ zullen blijven en welke in de nieuwe Zorgverzekeringswet zullen terechtkomen, lijkt het ons onontkoombaar dat ook een passage wordt opgenomen over persoonsgebonden financieringssystemen.

Mevrouw **Muis**: Wij denken inderdaad dat de informatiekloof (vraag 1) nog niet voldoende gedicht is. Kies beter, zoals dat nu is geïntroduceerd, is een goed begin om verzekerden te laten zien wat de keuzemogelijkheden zijn, maar wij missen garanties voor de informatievoorziening op langere termijn. De verzekeraars, als marktpartijen, moeten ons deze informatie gaan leveren en je kunt van marktpartijen nu eenmaal niet verwachten dat ze zeer transparant zijn als dat niet in hun belang is. Wij verwachten dan ook dat er op dit punt problemen gaan ontstaan. Wij pleiten er daarom voor dat wettelijk wordt vastgelegd welke informatie verzekeraars minimaal moeten gaan leveren, en op welke wijze deze beschikbaar moet komen. Het moet immers vergelijkbare informatie zijn. Bij de informatie die naar onze mening minimaal geleverd moet worden, denken wij aan informatie over premies, polisvormen, het werkgebied van de verzekeraar, de wijze van zorginkoop, de kwaliteit van zorginkoop, ervaringen van verzekerden en de gecontracteerde aanbieders. Wij pleiten ook voor het instellen van een trusted third party, als orgaan dat alle gegevens verzamelt.

Wij denken dat op dit moment nog niet voldoende is geborgd dat patiënten/consumenten in staat zijn betekenisvolle kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders te onderkennen (vraag 3). Er zijn verschillende initiatieven, er wordt onderzoek opgezet en er zijn goede stappen in die richting gezet, maar ook voor ziekenhuizen (net zoals voor verzekeraars) geldt dat zij er niet altijd belang bij hebben om informatie vrij te geven en dat zij op de rem trappen als er een vergelijking wordt gemaakt. Ook hier pleiten wij ervoor dat zij verplicht zijn om gegevens te verstrekken, en dat wordt vastgelegd welke gegevens dat zijn.

De geschillenbeslechting (vraag 4) is naar onze mening op dit moment onvoldoende in de Zorgverzekeringswet geborgd. Wij pleiten voor een algemeen voorwaardenoverleg onder de SER, waar door belanghebbende

partijen afspraken kunnen worden gemaakt waarbij onder meer aan bod komen: leveringsvoorwaarden, informatieplichten, betalingstermijnen en de vraag wat verstaan wordt onder functionele aanspraak. Op basis van afspraken over deze algemene voorwaarden kan een geschillencommissie worden ingesteld. Naar onze mening moet die komen te hangen onder de Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken.

Bij vraag 5 (versterking van de rol van patiënten/consumenten) herinner ik aan mijn eerdere opmerkingen over een geschillencommissie en de helderheid van informatie. Verder vinden wij het toezicht zeer belangrijk. De Wet marktordening gezondheidszorg moet nog naar de Tweede Kamer en wij zijn dan ook ernstig bezorgd over het toezicht in de transitiefase. De markt gaat namelijk eerder open dan 1 januari 2006. Op het moment dat de verzekeraars hun aanbiedingen doen aan de verzekerden en met hun grote reclamecampagnes starten, is de markt immers in feite al open. Wij missen adequaat toezicht op het gedrag in die periode.

Een ander belangrijk punt is het punt van het switchen van verzekerden. In de wet wordt daarbij een opzegtermijn van twee maanden genoemd, maar in de Ziekenfondswet is op dit moment geregeld dat consumenten ook naar een andere verzekeraar mogen overstappen op het moment dat een premieverhoging wordt aangekondigd. In de Zorgverzekeringswet is opgenomen dat een consument kan overstappen in de periode tussen het moment waarop hij de brief over premieverhoging krijgt, en het moment dat die verhoging ingaat. In de praktijk worden nu in de loop van december premieverhogingen aangekondigd die 1 januari ingaan. De periode om over te kunnen stappen wordt dan echt te kort voor consumenten.

Tenslotte nog enkele opmerkingen over de algemene vragen voor alle organisaties. Wij denken dat, als het toezicht in de transitiefase van de markt niet geregeld is, de nieuwe wet niet op een zorgvuldige wijze per 1 januari 2006 kan worden ingevoerd. Consequenties van uitstel vinden wij meer een zaak voor de verzekeraars. Uitstel met enkele maanden zal voor verzekeraars een probleem zijn, omdat er dan een gebroken boekjaar ontstaat. Voor consumenten kan zo'n uitstel verwarrend zijn, omdat zij dan twee keer achter elkaar te maken krijgen met een overstapperperiode. Dan zou uitstel met een vol jaar logischer zijn.

Afsluitend wijs ik nog op de brief van de minister aan de Tweede Kamer, met in een bijlage de afspraken die hij heeft gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland over de overgangssituatie. Wij vragen ons af wat de status en de rechtsgeldigheid van deze brief is. Als er iets mis gaat met deze afspraken, kunnen wij dan daadwerkelijk terugvallen op deze brief?

Mevrouw **Van der Hoeven-Molenaar**: De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland en het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties leveren vandaag een gezamenlijke inbreng. Wij vinden het positief dat er na jaren van discussie over de inrichting van ons zorgstelsel een wetsvoorstel op tafel ligt dat een einde maakt aan de scheiding tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering. De Zorgverzekeringswet biedt voordelen, zoals een verplichte basisverzekering voor iedereen, met acceptatieplicht en verbod op premie-differentiatie per polis. CG-Raad en CSO vinden echter wel, dat deze wet op een aantal belangrijke onderdelen verbetering behoeft. Zo dienen de rechtspositie van de verzekerde in het nieuwe zorgstelsel en de vrije artskeuze beter gewaarborgd en verankerd te worden. De gevolgen voor de administratieve lasten voor de burger dienen in grotere mate meegewogen te worden bij de besluitvorming. Ook de Europees-rechtelijke houdbaarheid van het vereveningssysteem – een belangrijke voorwaarde tegen risicoselectie – blijft onduidelijk. Een ander aandachtspunt voor ons is het algemene karakter van het informatie- en voorlichtingstraject. Specifieke doelgroepen verdienen gerichte informatie en ondersteuning bij de keuze van een passende polis.

Voor ons is het van essentieel belang dat het nieuwe stelsel er een wordt van risico- en inkomenssolidariteit: een sociaal verzekeringsstelsel waar ieder individu zonder drempels de meest adequate zorg op het juiste moment kan ontvangen. Geen noodzakelijke zorg met keuzemogelijkheden waar een prijskaartje aan hangt, dat minder draagkrachtigen niet kunnen betalen. Deze Zorgverzekeringswet mag er niet toe leiden dat keuzevrijheid het voorrecht wordt van de jonge en gezonde elite. Wij vinden dat deze wet een aantal negatieve prikkels aan verzekeren geeft, zoals het stemmen met de voeten of financiële prikkels, waarbij onze doelgroepen vaak alleen maar de rekening moeten betalen omdat onze doelgroepen in het algemeen niet anders kunnen. De wet bevat naar onze mening te weinig positieve prikkels, terwijl door dergelijke prikkels een verzekerde een sterke positie op de zorgmarkt zou kunnen veroveren. Ik noem als voorbeeld een goede informatie aan verzekerden en specifieke programma's voor patiënten en patiëntenorganisaties om die rol op de zorgmarkt te kunnen verwerven.

De **voorzitter**: Ik wijs er wel met enige nadruk op dat de rol van de Eerste Kamer in dit proces een andere is dan die van de Tweede Kamer. Mede daarom hebben wij door middel van het stellen van een aantal vragen geprobeerd de discussie wat te kanaliseren. Ook gezien de beperkte tijd vraag ik u daarom zich nu op deze vragen te richten, in het bijzonder de vragen 6 en 7.

Mevrouw **Berkhout**: Het informatietraject vinden wij te algemeen uitgewerkt. Wij zouden graag zien dat er meer aandacht komt voor individuele, doelgroepgerichte informatie.

Met het oog op de keuzevrijheid van verzekerden vinden wij het zeer belangrijk dat het PGB, de restitutie- en de naturapolis volkomen gelijkwaardig zijn. Ook de restitutiepolis zal dus naar onze mening de kenmerken van een all-in polis moeten hebben. Zo zal deze polis bijvoorbeeld ook alle zaken moeten dekken die aan de orde kunnen komen bij het gebruik van hulpmiddelen.

Wat vraag 1 aan alle organisaties betreft, vinden wij het heel belangrijk dat per 1 januari 2006 het complete wetgevingstraject bekend is. Er zal dan o.a. duidelijkheid moeten zijn over de vereveningssystematiek, de Europees-rechtelijke aspecten en de privacywetgeving bij de invoering van een burgerservicenummer. Het invoeringstraject en de monitoring moeten zorgvuldig zijn voorbereid en geïmplementeerd. Om de verzekerde/patiënt in staat te stellen zich ook als een verantwoordelijke marktpartij te gedragen, is transparante keuzevergelijkende informatie noodzakelijk. Die informatie moet ook tijdig beschikbaar zijn, en wij hebben daar zorgen over. Ook moet voor de zomer bekend zijn wat de omvang van de zorgtoeslag en de inkomensgevolgen van de Zorgverzekeringswet zullen zijn, mede in het licht van het integrale koopkrachtbeleid. Ook moet tijdig de omvang van de individuele inkomenseffecten, in relatie tot de gekozen zorgverzekeraar en de hoogte van de nominale premie, bekend zijn. Gezien de extra ruimte tot 16 december, die zorgverzekeraars vragen om met hun polisaanbod te komen, vragen wij ons af of de burger wel tijdig de eerste zorgtoeslag zal kunnen ontvangen, dus voorafgaand aan de maand waarin hij premie moet gaan betalen.

De Zorgautoriteit dient naar onze mening een essentiële toezichhoudende rol te gaan vervullen. Dit orgaan moet daartoe goed geëquipeerd en voldoende krachtig zijn, om de transitie naar gereguleerde marktwerking goed te kunnen begeleiden. Wij vinden daarom dat er in ieder geval toezicht moet zijn geregeld op de publieke randvoorwaarden: acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht.

De heer **Van den Berg** (SGP): De beantwoording van de vragen is voor mij duidelijk geweest, maar ik worstel nog met een andere vraag: hoe denken de patiënten- en consumentenorganisaties de machtige positie van de verzekeraars te kunnen tackelen?

De heer **Schouw** (D66): Door de patiënten- en consumentenorganisaties is heel helder gemaakt hoe zij over de nieuwe wetgeving denken. Wij hebben altijd gezegd dat de nieuwe Zorgverzekeringswet goed kan werken als er een sterke positie voor de consument is. De organisaties hebben vandaag allemaal een aantal punten genoemd die nog geregeld en vastgelegd moeten worden, en dat maakt mij nieuwsgierig naar de inbreng van deze organisaties op eerdere momenten. De Eerste Kamer is immers in feite de «last resort». Vinden de organisaties nu dat de minister of de Tweede Kamer te weinig naar hen heeft geluisterd? Als zij echt vinden dat de consument te weinig positie krijgt in het nieuwe stelsel, raad ik hen aan om gezamenlijk nog eens een puntige brief op te stellen ten behoeve van de Eerste Kamer, waarin ze aangeven welke wensen ze hebben en ook suggesties doen om die wensen goed in de wet te verankeren.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik kan mij voorstellen dat de verzekeraar straks een natura-pakket aanbiedt dat niet overeenkomt met de keuze van de chronische patiënt voor de diverse behandelaars. Hoe denken de patiënten/consumentenorganisaties daar invloed op te kunnen uitoefenen?

Verder kennen zij hun achterbannen beter dan wie ook, en zij weten dus dat zeker zieken de komende periode niet onzeker moeten worden, omdat ze vrezen dat ze straks niet meer verzekerd zijn. Als straks tegen de zomer duidelijk is dat de nieuwe wet doorgaat, zien de organisaties dan nog voldoende ruimte om hun achterbannen tijdig (d.w.z. uiterlijk half december) te informeren?

Tenslotte heb ik in de inbreng van de organisaties weinig gelezen over het punt van de privacy, bijvoorbeeld het voornemen om aan het sofi-nummer ook een aantal patiëntengegevens te koppelen. Ook heb ik niet veel kunnen lezen over de mogelijke inbreng van de consumenten/patiënten binnen ledenraden of verzekerderraden.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Wat is de reden voor de patiënten/consumentenorganisaties om te pleiten voor een PGB in de cure, d.w.z. in op genezing gerichte zorg? De gezondheidszorg is niet meer aanbodgestuurd, de aanspraken worden functioneel omschreven en er zijn natura- én restitutiemogelijkheden. Er is in dit verband ook gezegd dat het PGB innovatie zou aanjagen. Kan dat nog nader worden uitgelegd?

De **voorzitter**: Ik benadruk nogmaals dat de Eerste Kamer niet in staat is om het wetsvoorstel te amenderen. Onze ruimte is dus beperkt. Daarom hebben wij de vragen toegespitst op punten waar wij door middel van toezeggingen van de minister nog wel het een en ander zouden kunnen bereiken.

Mevrouw **Van Bennekom**: Alle organisaties hebben gepleit voor versterking van de positie van de patiënt/zorgconsument/verzekerde. Die positie is naar onze mening nog niet sterk genoeg. De afgelopen tijd is hierover heel veel met het ministerie en met de minister gediscussieerd, en onze inbreng op dit punt naar de Tweede Kamer toe is helder geweest. Wij hebben gevraagd om goede informatie over koopkracht, een goed natura/restitutiesysteem, keuzemogelijkheden, voldoende middelen om patiënten/consumentenorganisaties door te kunnen ontwikkelen tot professionele belangenbehartigers en ondersteuners van individuele klanten, toezicht: nu, u kent het lijstje met wensen. Wij moeten nu

constateren dat de rechtspositie van de consument in deze wet niet goed geregeld en geborgd is. Wij zouden zeer gebaat zijn met een zorgconsumentenwet.

Het PGB is niet meer en niet minder dan een antwoord voor mensen die op de markt van het zorgaanbod niet kunnen krijgen wat zij willen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik heb erop gewezen dat de zorgaanspraken functioneel worden omschreven. Kunt u daar ook niet mee uit de voeten?

Mevrouw **Van Bennekom**: Nee, want uiteindelijk komt het neer op: geld stuurt. Wanneer een consument zelf met geld, koopkrachtig dus, kan gaan kopen, is te zien dat het aanbod in beweging komt. Er is nieuw aanbod ontstaan en de aanbieders waren daar uit zichzelf nooit toe gekomen. Ook al gaat het misschien maar om 1% van de markt, wij vinden het van belang dat er persoonsgebonden financieringssystematieken blijven om met behulp van geld innovatie aan te sturen, mede omdat wij niet weten wat er in de toekomst onder de Zorgverzekeringswet komt te vallen.

De heer **Putters** (PvdA): Ik zal nog graag horen wat er volgens u apart in een zorgconsumentenwet geregeld zou moeten worden.

Mevrouw **Van Bennekom**: Onder andere de informatieplicht van zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de rechten van patiënten in relatie tot de huidige rechten zoals die zijn vastgelegd in de WGBO, de Wet klachtrecht en de Kwaliteitswet. Wij weten niet hoe die wetten zich verhouden tot de komende Zorgverzekeringswet. Ook noem ik hierbij de maatschappelijke verantwoording, de rechten in verband met leveringsvoorwaarden, enz.

De heer **Putters** (PvdA): Ik begrijp dat naar uw mening de positie van de patiënt/consument niet voldoende geregeld is in de nieuwe Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Van Bennekom**: Ja, dat klopt.

Mevrouw **Muis**: Wij sluiten ons aan bij de stelling dat de positie van de patiënt/consument niet voldoende geborgd is in de nieuwe wetgeving. Op een aantal manieren zou de machtige positie van de verzekeraar getackeld kunnen worden. Zo hopen wij dat er een sterke toezichthouder met tanden komt. Wij moeten echter nog afwachten hoe het wetsvoorstel daarover eruit zal zien. Verder zal de Consumentenbond zeker aan belangenbehartiging doen ten behoeve van haar leden. De bond zal de verzekeraars goed gaan volgen en aanspreken op hun gedrag, waar dat nodig is. Wij hopen ook dat er voldoende ruimte voor verzekerden zal zijn om hun rol waar te maken en met de voeten te stemmen. Transparantie is daarvoor wel nodig.

De heer **Hamel** (PvdA): Denkt u dat «met de voeten stemmen» voldoende effectief zal zijn om de markt van de gezondheidszorg scherp te houden?

Mevrouw **Muis**: Ja.

Voorafgaand aan de behandeling in de Tweede Kamer hebben wij zeer uitgebreid gereageerd naar het ministerie en de minister, en daarbij steeds de punten aangedragen die wij ook in onze reactie aan de Eerste Kamer hebben genoemd. Wij hebben sterk de indruk dat er op het ministerie nogal naïef wordt vertrouwd op de blauwe ogen van de zorgverzekeraars, en denken dan ook dat daar een probleem ligt. Als die naïviteit minder zou zijn geweest, zouden onze punten waarschijnlijk veel serieuzer zijn genomen door het ministerie. Ook bij de Tweede Kamer hebben wij te weinig gehoor gekregen voor onze wensen.

Mevrouw **Van Bennekom**: In antwoord op de vraag van zojuist van de heer Hamel: ons lijkt «met de voeten kunnen stemmen» niet voldoende. Het is wel een mogelijkheid om het systeem in beweging te brengen, maar het heeft nogal wat haken en ogen. Verder is de invloed en de medezeggenschap van verzekerden op de zorgverzekeraars niet wettelijk geregeld.

Morgenochtend maken wij een onderzoek bekend naar de werking van het vereveningssysteem op dit moment, en naar de mogelijkheden c.q. onmogelijkheden van risicoselectie. Wij bieden u dit onderzoek nu onder embargo aan.

Mevrouw **Berkhout**: Ook wij vinden de positie van de consument ten opzichte van de verzekeraar nu niet goed in de wet geregeld. In de wet wordt aangegeven dat bij Algemene Maatregel van Bestuur regels kunnen worden gesteld over de redelijke mate van invloed die verzekerden tenminste op het beleid van een zorgverzekeraar dienen te hebben. Wij zouden graag zien dat de inhoud van de algemene maatregel van bestuur bekend wordt voordat wordt beslist over de nieuwe wet en niet wordt gewacht op het bekend worden van ervaringen hiermee in de praktijk. Er zijn wel een aantal elementen ter versterking van de positie van de consument waar wij zelf invloed op kunnen uitoefenen. Zo kunnen wij bevorderen dat onze leden goed toegerust zijn. Daarnaast lijkt het afsluiten van collectieve contracten een mogelijkheid om invloed uit te oefenen ten behoeve van specifieke doelgroepen en ouderen. Wij zijn daar ook mee bezig, maar het is nog zeer de vraag of het ons zal lukken om daarbij dezelfde korting te bedingen als werkgevers kunnen doen voor hun gezonde populatie.

Mevrouw **Van Bennekom**: Als inderdaad tegen de zomer duidelijk is of de wet doorgaat, en het ministerie zich houdt aan de toezegging om dit najaar ook de voorlichtingscampagne te starten en de patiënten/consumentenorganisaties daar daadwerkelijk bij te betrekken, moet het volgens ons nog wel kunnen lukken met voldoende voorlichting en informatie. De middelen zijn hier ook al voor beschikbaar. Wij hadden overigens liever gezien dat begin dit jaar al de voorbereidingen voor de voorlichtingscampagne begonnen waren.

Mevrouw **Schipaanboord**: In antwoord op de vraag over de privacy verwijs ik naar het privacyconvenant dat wij met Zorgverzekeraars Nederland hebben afgesloten. In eerste instantie vinden wij dit voldoende. Wij gaan ervan uit dat de gedragscode van ZN al voldoende handvatten geeft om op een goede manier met de privacy van o.a. medische gegevens om te gaan. Mochten wij via onze monitoring toch merken dat er te veel gaten vallen, dan zouden wij wel toe willen naar wetgeving, maar ons uitgangspunt is dat het zoveel mogelijk onderling geregeld zou moeten worden door middel van afspraken in een convenant. De weg van zelfregulering vinden wij gemakkelijker en ook beter. Het convenant wordt trouwens ook nog getoetst door het College Bescherming Persoonsgegevens.

De heer **Hamel** (PvdA): Maar de wet geeft zeer ruime mogelijkheden om te beschikken over allerlei gegevens, ook gegevens die tussen aanbieders en verzekeraars over tafel gaan.

Mevrouw **Van Bennekom**: Wij vinden dat de wet inderdaad te ruim geïnterpreteerd kan worden. Wij willen daar nadere afspraken over, maar het liefst door middel van zelfregulering. Lukt dat niet, dan zal het via wetgeving moeten. Van belang vinden wij ook dat er een laagdrempelig systeem komt, waar mensen gemakkelijk kunnen melden dat het mis gaat

met de uitwisseling van hun gegevens, en daarnaast een geschillencommissie die bindende uitspraken doet.

Gesprek met zorgaanbieders

- NVZ Vereniging van Ziekenhuizen: mevrouw B.J.M. Gallé (directeur) en A.J.P. Boesten (bestuurslid NVZ en lid raad van bestuur Medisch Centrum Haaglanden)
- Landelijke Huisartsen Vereniging: H. van Santen (vice-voorzitter) en J. Reesink (secretaris/penningmeester)
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG): dr. L. Wigersma en drs. M. Wesseling
- Belangenvereniging van Psychotherapeuten: mevrouw drs. R. Reul-Verlaan
- Platform Zorginstellingen Grote Steden: dr. G.M.H. Tanke

De heer **Wigersma**: De KNMG vindt de nieuwe wet op zichzelf positief. Van belang vinden wij, samen met onze partner de LHV, de verdere uitwerking van de poortwachtersfunctie voor de toegang tot de medisch-specialistische zorg, met het oog op doelmatigheid en kwaliteitsborging. Wij zouden ook graag een nadere beschrijving van de integrale eerstelijnszorg krijgen ten gunste van de continuïteit van de arts/patiëntrelatie, en een integrale visie op gezondheidsproblemen. Wij vinden dat voorschrijven van medicijnen voorbehouden dient te blijven aan artsen. Dat zou ook in de nieuwe wet geborgd moeten zijn. De privacy van gegevens vinden wij van groot belang. Op dat punt zijn er toch een aantal tekortkomingen. Wij zouden graag zien dat criteria die bepalen of gegevensverstrekking noodzakelijk is, in een ministeriële regeling worden opgenomen, dat een lijst wordt opgesteld van concrete gegevens die aan deze criteria voldoen, en dat verwezen wordt naar het protocol materiële controle dat voor een aantal doelstellingen door ZN wordt opgesteld, in overleg met het College Bescherming Persoonsgegevens. Wij staan achter de wensen en eisen van dit college. Wij zouden graag een hardheidsclausule zien voor langerdurende psychotherapie. Tenslotte hebben wij grote zorgen over de problematiek van de onverzekerden.

De heer **Van Santen**: Een enkele aanvulling op de opmerkingen van de collega van de KNMG, waar de LHV zich volledig achter schaaft. De omschrijving van de zorg waarbij de functionele aanspraken op zorg voorop staan, vinden wij nog onduidelijk. Wij missen vooral de centrale rol van de huisarts en de verloskundige in de integrale eerstelijnszorg. Verder hebben wij gezien dat er toch een eigen risico voor de huisartsenzorg in het nieuwe systeem zal komen, terwijl de Tweede Kamer zich duidelijk heeft uitgesproken voor een drempelloze toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Tenslotte maken wij ons grote zorgen over het voorziene tijdpad, vooral in relatie tot de administratieve lasten die op de huisarts afkomen in verband met de komst van de nieuwe financieringsstructuur binnen de Zorgverzekeringswet.

De heer **Tanke**: Het Platform Zorginstellingen Grote Steden is bezorgd over de huidige vereveningssystematiek, waarin niet alle grootstedelijke meerkosten adequaat worden gecompenseerd. Dat uit zich in een hogere nominale verzekeringspremie en in een slechtere kwaliteit van zorg. Al langere tijd schiet de compensatie in de budgetten van de zorgverzekeraars structureel tekort. In de vereveningssystematiek wordt onvoldoende rekening gehouden met de grotere zorgvraag die samenhangt met de typische problematiek van de grote stad: pluriformiteit van bevolking, bevolkingsdichtheid, complexiteit van de leefomgeving, dak- en thuis-

lozenproblematiek, verslavingsproblematiek en psychiatrische problematiek. In de risicoverevening wordt weliswaar rekening gehouden met het risicoprofiel van de bevolking, maar de «grote stadsfactor» wordt daarin naar de mening van ons platform onvoldoende meegewogen. In de tweede plaats wordt in de vereveningssystematiek onvoldoende rekening gehouden met de regionale aanbodgebonden kostenverschillen: hogere huisvestingslasten, voor zover niet onder het WZV-bouwwegime vallend, hogere personeelskosten (onderzoek heeft uitgewezen dat er in vier grote steden meer moet worden betaald en dat de kosten van opleiding hoger zijn), kosten van beveiliging (zowel van instellingen als van medewerkers), kosten van multiculturele zorgverlening waar ook onderzoek naar is gedaan, en niet in de laatste plaats de onbetaalde kosten van de grote aantallen onverzekerden in de grote steden. De «regeling dubieuze debiteuren» zal worden afgeschaft en er is een stijging van 10 tot 20% per jaar bij deze onbetaalde kosten. Dat zal dus een steeds groter deel uit het budget vragen.

Het platform vraagt dan ook de garantie dat deze tekortkomingen voorafgaand aan de invoering van de nieuwe wet worden opgelost.

Mevrouw **Reul-Verlaan**: Ik kan mij grotendeels aansluiten bij de opmerkingen van KNMG-zijde. Aanvullend wijs ik erop dat in artikel 2.4 van het conceptbesluit zorgverzekering de psychotherapeut niet met name genoemd wordt. Wij denken wel te weten wat de oorzaak hiervan is, maar ik zou er toch een pleidooi voor willen houden om ook dit basisberoep expliciet te noemen. Ik vraag dat te meer omdat in de toelichting op artikel 2.4 staat dat de verzekeraar op grond van dit artikel niet gehouden is om alleen de genoemde beroepsgroepen in te schakelen voor het leveren van de zorg. Dat kunnen ook niet in de Wet BIG genoemde beroepsbeoefenaren zijn, voor zover het niet om voorbehouden handelingen gaat, aldus de toelichting.

De heer **Boesten**: De beantwoording van de gestelde vragen wil ik graag vooraf laten gaan door de opmerking, dat de NVZ positief staat ten opzichte van invoering van de wet op zichzelf.

Wij denken niet dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt door het nieuwe stelsel wordt opgeheven. Het begrip krijgt wel een wat andere inhoud, omdat in het geval van de verplichting om bij te betalen misschien keuzes moeten worden gemaakt. Het maakt daarbij niet uit of het gaat om een natura-, dan wel een restitutiepolis. Wij vinden het belangrijk dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt niet vervuild wordt door discussie over de betalingen. Wij pleiten daarom voor een derdebetalersregeling. Beslist onjuist is de stelling van de minister, dat de ziekenhuizen daarmee hun debiteurenrisico willen afwentelen op de verzekeraars. De stelling onzerzijds is, dat de verzekeraars inkopen bij de ziekenhuizen en dat dezelfde verzekeraars een polis afsluiten met hun verzekerden. Er is dus geen financiële relatie tussen de wijze waarop de polis wordt afgesloten, en de inkoop door de verzekeraar bij de ziekenhuizen. Daarom vinden wij dat het debiteurenrisico niet op de ziekenhuizen mag worden afgewenteld.

Bij de vierde vraag gaan wij ervan uit dat het ziekenhuis in staat is om hetgeen bij hem is ingekocht, ook daadwerkelijk te leveren. Wij zullen daar zorgvuldig mee omgaan en verwachten dat dit mogelijk is.

Een groot probleem wordt gevormd door de onverzekerden. Het is niet voor elk ziekenhuis even groot (in Middelburg ligt het anders dan in Amsterdam of Den Haag), maar in algemene zin is het overal een majeur probleem. Er zijn op dit moment ziekenhuizen met een post dubieuze debiteuren in de orde van grootte van 4 tot 7 miljoen euro per jaar. De minister heeft op vragen vanuit de Tweede Kamer geantwoord, dat er hiervoor een regeling is. Inderdaad is er in de WTG een regeling dubieuze debiteuren, maar die regeling komt per 2008 te vervallen, namelijk als wij

volledig via DBC's afgerekend worden en de functiegerichte budgettering niet meer werkt. Verder weigeren zorgverzekeraars nu al om de kosten van dubieuze debiteuren bij de DBC's in het B-segment te betalen, en zijn ze ook niet meer bereid om 100% te vergoeden, ondanks de inspanningen van de ziekenhuizen om het administratief zo goed mogelijk af te werken. In verband met de dubieuze debiteuren vragen wij ons ook af, wat nu eigenlijk «noodzakelijke medische zorg» is. Dat is een sleutelbegrip, en het mag niet voorkomen dat de arts die in de spreekkamer geraadpleegd wordt, zelf moet gaan bepalen wat de «noodzakelijke zorg» is. U zult zich kunnen voorstellen wat er in die spreekkamer gebeurt als dit in de ogen van de patiënt verkeerd uitvalt.

Wij menen dat de administratieve lasten wel degelijk zullen toenemen met de nieuwe wetgeving. Wij hopen natuurlijk dat de minister in staat zal zijn om de afspraak na te komen dat de administratieve lasten met 250 miljoen euro zullen verminderen, maar vooralsnog zien wij alleen maar een toename van de administratieve lasten. Dat heeft te maken met de eventuele restitutievariant, de gevolgen van de no claim, de invoering van het burgerservicenummer, de administratie rond de onverzekerde patiënt en de informatie over de financiële gevolgen van vergoedingen en eigen bijdragen. Dit nadeel van meer administratieve lasten is voor een deel op te vangen door een derdebetalersregeling.

De omschrijving van de zorgplicht leidt bij ons tot bezorgdheid. De functionele omschrijving heeft onze steun, maar wij vinden dat de zorgplicht nog niet zodanig goed omschreven is, dat wij erop kunnen vertrouwen dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg daadwerkelijk gegarandeerd zijn.

De heer **Wigersma**: Ook ik zal nog ingaan op een aantal vragen. Wij zijn blij dat in de wet de integrale eerstelijnszorg terecht is gekomen, maar wij vinden nog steeds dat dit veel helderder omschreven moet worden. De poortwachtersfunctie moet echt helder omschreven zijn met het oog op de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg, en wij hebben daar een voorstel voor gedaan. Het begrip integrale eerstelijnszorg moet daarnaast verder worden uitgewerkt, en ook daarvoor hebben wij een voorstel gedaan. Het is van uitermate groot belang dat de functie van de huisarts-geneeskunde niet verloren gaat.

Daarnaast noem ik nogmaals het punt van de privacy van gegevens. Met het College Bescherming Persoonsgegevens en anderen zijn wij er niet van overtuigd dat de huidige regelingen voldoende tegemoet komen aan de wettelijke bepalingen en de afspraken die er zijn gemaakt, o.a. met het CBP en het ministerie. Wij vinden die afspraken niet voldoende terug in de wetgeving en dat baart ons zorgen. Wij menen dat ze in de wet zelf of in de algemene maatregel van bestuur opgenomen moeten worden. Het is voor ons niet voldoende als alleen marktpartijen hierover onderling afspraken maken.

De heer **Wesseling**: In antwoord op de eerste vraag aan de zorgaanbieders kan ik zeggen dat de KNMG voorstander is van een volledig vrije artsenuitkeuze. Selectief contracteren van medisch-specialistische zorg zou wat ons betreft wel kunnen, maar wij vrezen toch dat er straks te veel kosten in rekening zullen worden gebracht door de verzekeraar als een verzekerde een niet-gecontracteerde medisch specialist heeft bezocht. Wij zullen graag meer zekerheid krijgen over de inhoud van het restitutiebesluit. Er is wel eens gezegd dat het niet boven de 10% uit zal komen, maar dat is verder nergens vastgelegd. Bovendien is 10% van tienduizenden euro's nog steeds een hoog bedrag.

Wij verwachten niet dat er bij de zorgaanbieder verschil zal ontstaan tussen een natura- en een restitutiepatiënt. De richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen en het Nederlands Huisgenootschap moeten de bodem leggen voor de zorg die geleverd wordt. Als er al verschillen

ontstaan, zouden die alleen boven die bodem kunnen ontstaan, niet naar de andere kant.

Ook wij achten een derdebetalersregeling zoals door de NVZ is voorgesteld, wel wenselijk, vooral omdat het van groot belang kan zijn voor de verlichting van de administratieve lasten voor artsen. Gesteld zou kunnen worden dat artsen dan van het betalingsrisico af zijn, maar ik zou daar tegenin willen brengen dat het verwerken van allerlei administratieve informatie meer de core business van zorgverzekeraars dan van artsen is. Artsen worden immers geacht werkzaam te zijn in het primaire proces. Je bezighouden met debiteuren en dat soort zaken past beter bij de zorgverzekeraar. Mede met het oog op de privacy van verzekerden dient een derdebetalersregeling vrijwillig te zijn. Soms blijken verzekerden liever de kosten uit eigen zak te betalen dan informatie te leveren aan de verzekeraar, bijvoorbeeld als het gaat om seksuele aandoeningen. Bij vraag 4 zouden wij het terecht vinden om bij de «redelijke termijnen» te refereren aan de Treek-normen. Kwalitatief goede zorg is zorg volgens de normen van de wetenschappelijke verenigingen. Wij vrezen tenslotte dat de administratieve lasten sterk zullen toenemen, bijvoorbeeld als gevolg van de no claim-regeling. In ieder geval mag die er niet komen voor de huisartsenzorg, wat nog beter vastgelegd zou moeten worden. Het is naar onze mening ook nog typisch aanbod-gestuurd dat de politiek de no claim voorschrijft. Eigenlijk zouden zorgverzekeraars op basis van overwegingen van doelmatigheid zélf moeten kiezen welk type eigen betalingen ze willen, en zou de politiek alleen de kaders moeten stellen om de financiële toegankelijkheid te bewaken.

De heer **Van Santen**: Ik wil nog kort ingaan op enkele vragen die aan alle organisaties zijn gesteld. Wij denken dat invoering niet verantwoord kan plaatsvinden per 1 januari 2006, gezien alles dat nog voor die datum moet gebeuren en alle gevolgen voor de administratieve belasting. Hoewel wij ons realiseren dat er al een heel traject is ingezet, lijkt het ons toch meer verantwoord om de start van de nieuwe wet uit te stellen tot 1 januari 2007.

Bij vraag 3 over het toezicht vragen wij ons vooral af, hoe met de huidige formuleringen de checks and balances voor de verschillende spelers in het veld zijn afgewogen. In de onderhandelingen zoals die tot nu toe tussen zorgverzekeraars en huisartsen lopen, zit een grote onevenwichtigheid.

Tenslotte wijs ik nogmaals op de functionele omschrijving, die nu ruimte biedt dat andere zorgverleners dan de huisarts de generalistische functie in de eerste lijn gaan vervullen. Bij geïntegreerde eerstelijnszorg is het juist buitengewoon belangrijk dat de huisarts de centrale rol blijft spelen. Andere disciplines kunnen zeker in de eerste lijn werkzaam zijn, maar dan onder regie.

De heer **Tanke**: Ik heb al een aantal opmerkingen over de verevenings-systematiek gemaakt. Mocht het niet mogelijk zijn om die vóór 1 januari 2006 te verbeteren, dan kan ik mij voorstellen dat met het oog op een zorgvuldige invoering de wet later in werking treedt, uiterlijk 1 januari 2007.

Bij punt 4 van de vragen voor de zorgaanbieders teken ik aan, dat er het risico is dat de zorgaanbieders in de grote steden te duur worden voor verzekeraars, door de al genoemde elementen. Dat kan ertoe leiden dat verzekeraars vooral buiten de grote steden zorg gaan inkopen. Dat maakt het moeilijker om te bereiken dat de verzekerde zijn zorg binnen een redelijke afstand krijgt.

Bij vraag 8 over de administratieve lasten wijs ik op het bekende fenomeen, dat het effect van discussies over het terugdringen van administratieve lasten en bureaucratie vaak juist een aanzienlijke

vergroting van bureaucratie en administratieve lasten is, met alle kosten van dien, die dan niet meer aan het zorgproces ten goede kunnen komen. Ik dring erop aan dat de Kamer hier bijzonder veel aandacht aan geeft.

Mevrouw **Reul-Verlaan**: Over de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt merk ik op, dat de psychotherapeuten bij uitstek een beroepsgroep vormen die werken met een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Het zou buitengewoon slecht voor de uitoefening van de psychotherapie zijn als de vrije keuze van arts of psychotherapeut ter discussie zou worden gesteld.

Een mogelijk verschil bij de zorgaanbieder tussen een natura- en een restitutiepatiënt is bij onze beroepsgroep niet zo aan de orde.

Wij zijn buitengewoon bevreesd dat het nieuwe stelsel meer bureaucratie en daardoor ook meer administratieve lasten met zich brengt dan wenselijk is.

De heer **Putters** (PvdA): Vanmiddag hebben wij met de verzekeraars gesproken over het inkopen van zorg op basis van kwaliteit. Daarbij is ons gezegd dat zij redelijk op weg zijn, maar ik hoor graag hoe de zorgaanbieders over dit punt denken. Zijn de verzekeraars voldoende in staat om op basis van kwaliteit zorg in te kopen, gebeurt het misschien al voldoende, en is voldoende in de wet geborgd dat er op basis van kwaliteit zal worden ingekocht? In dat verband stel ik ook de vraag of de aanbieders van zorg vinden dat de patiënt op basis van de wet voldoende toegerust zal zijn om via de verzekeraar invloed uit te kunnen oefenen op de contractering van kwalitatief goede zorg. Dat is immers een achterliggende gedachte van de nieuwe wet.

Ik heb van de NVZ begrepen dat 1 januari wel haalbaar wordt geacht, maar er zijn ook een aantal punten aangegeven die nog niet goed geregeld zijn. Ik constateer dan ook enige spanning, en krijg daar graag een toelichting op.

Tenslotte heb ik aan alle organisaties de vraag, of naar hun oordeel de Wet marktordening gezondheidszorg er zou moeten liggen op het moment dat de nieuwe Zorgverzekeringswet ingaat.

De heer **Werner** (CDA): Ik zal graag van de artsenorganisaties horen, of in het kader van het concept van concurrerende zorgverzekeraars en concurrerende aanbieders de professionele onafhankelijkheid van de arts voldoende gewaarborgd blijft. In dat concurrentieconcept gaan allerlei beïnvloedingsmechanismen optreden en gaan allerlei incentives een rol spelen. Ook willen allerlei partijen als het management, de verzekeraars en de inspectie invloed uitoefenen op hetgeen de arts in de spreekkamer doet. Kan in dat geheel de eigen verantwoordelijkheid van de behandelaars in voldoende mate tot haar recht komen, of vinden de behandelaars dat er soms wel te veel invloed wordt uitgeoefend, wat niet altijd in het belang is van kwalitatief goede zorg? Ook de Raad van State heeft in zijn advies over de nieuwe wetgeving daar opmerkingen over gemaakt.

Ik hoor vaak de stelling dat er een zekere spanning zit in het concurrentieconcept: enerzijds bepleit iedereen samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen e.d., anderzijds moet er in de regio geconcurrereerd worden. Zien de artsenorganisaties dit als een bottleneck, of denken zij dat artsen daar goed mee kunnen omgaan?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik heb nog een vraag aan de LHV, die heeft gesteld dat de huisartsenzorg niet in het eigen risico moet komen. Ik heb uit de recente brief van de minister begrepen dat het inschrijfabonnement c.q. de inschrijfvergoeding niet alleen buiten het eigen risico zal vallen, maar ook buiten de no claim. Verder moet een verzekeraar aan iedereen een verzekering aanbieden zonder eigen risico. Een verzekerde is

vervolgens vrij om wel een eigen risico te nemen, maar dan weet hij ook dat het hem geld kost als hij naar een zorgaanbieder gaat, welke dan ook. De stelling van de LHV begrijp ik dan ook niet goed.

Tot de heer Tanke kan ik zeggen dat wij de minister inmiddels hebben gevraagd of het vereveningssysteem goed werkt voor de grote steden. Daarop heeft de minister geantwoord dat hij dit niet kan bepalen aan de hand van de componenten van het vereveningssysteem, en hij heeft eraan toegevoegd dat het wel eens zou kunnen liggen aan het minder doelmatig werken van de zorgverzekeraars. Uiteraard is dit vanmiddag door de verzekeraars ontkend. Wat is de visie van de heer Tanke hierop? Wie zou hier gelijk kunnen hebben?

De heer **Boesten**: Er is vanuit de Kamer gevraagd naar mogelijke oplossingen voor problemen die wij hebben geschetst. Wat de dubieuze debiteuren betreft, is er nu voor de eerste lijn een goede oplossing in de vorm van een Koppelingsfonds. Omdat het om een belangrijk en onregelend probleem gaat, maar bovendien een probleem dat maar op een beperkt aantal plaatsen voorkomt, zou ook voor de tweede lijn zo'n soort oplossing in de vorm van een Koppelingsfonds kunnen worden gekozen. Daarmee is nog niet het probleem van nieuwe onverzekerde patiënten opgelost, maar ook daarvoor zou een dergelijk fonds op zijn plaats zijn.

Verder wijs ik er in verband met een mogelijke derdebetalersregeling op, dat ook nu veel particuliere verzekeraars rechtstreeks aan het ziekenhuis betalen. Dat is dus in tegenspraak met de stelling van de minister dat het nog niet voorkomt. Daarvoor hoeven wij derhalve geen oplossing meer te bieden, want de oplossing op dit punt is er al. De huidige situatie verschilt in dit opzicht sterk van de voorgestelde regeling waarbij juist niet alle kosten door de verzekeraars rechtstreeks aan het ziekenhuis zullen worden vergoed, omdat de verzekerden (in het bijzonder door de restitutiemogelijkheid) in veel gevallen zelf direct het ziekenhuis moeten betalen.

Daarvoor is de derdebetalersregeling nu noodzakelijk. De NVZ is verheugd dat ook de KNMG de door de NVZ bepleite derdebetalersregeling ondersteunt.

Wat de kwaliteit van de zorg betreft, zijn volgens mij de indicatoren van de inspectie en van de NVZ een heel goede stap. Verder zijn de verzekeraars al bezig met het opstellen van eigen indicatoren voor de DBC's die zij afspreken. De discussie gaat, zo moet ik eerlijk zeggen, vaak meer over geld dan over kwaliteit, maar als wij er allemaal mee hebben leren omgaan, verwacht ik dat de transparantie steeds groter wordt en dat het op den duur kan. Voor de korte termijn ben ik er nog niet zo optimistisch over; het zal nog wel een aantal jaren duren voordat het echt goed loopt. Ik betwijfel ten zeerste of de patiënt/verzekerde voldoende toegerust is om invloed uit te oefenen op de inkoop van zorgverzekeraars, alleen al omdat de omvang van de zorgplicht niet helemaal vastligt.

Wij denken dat het noodzakelijk is dat de Wet marktordening gezondheidszorg vastligt voordat de nieuwe Zorgverzekeringswet wordt ingevoerd. Juist omdat het stelsel zo dramatisch wordt veranderd, lijkt het ons nodig om het toezicht goed geregeld te houden.

De heer **Putters** (PvdA): Maar hoe verhoudt zich dat dan tot uw opmerking dat de nieuwe wet per 1 januari kan worden ingevoerd? Zegt u dan toch dat wij maar een goed geloof moeten hebben in de nieuwe toezichtswetgeving? Of vindt u echt dat het toezicht van te voren goed geregeld moet zijn, met misschien als consequentie dat de datum van 1 januari niet kan worden gehaald?

De heer **Boesten**: Voor de ziekenhuizen is het belangrijk dat het toezicht snel wordt geregeld. Verder vinden wij dat er zo min mogelijk verstoring moet optreden in het invoeringstraject, omdat er sprake is van een groot aantal met elkaar samenhangende nieuwe wetten, waardoor het hele stelsel verandert en wij daar zo logisch mogelijk op willen kunnen inspelen.

De heer **Hamel** (PvdA): Maar moet volgens u ook de nieuwe wet op het toezicht op 1 januari a.s. ingaan?

De heer **Boesten**: Ja, wij kiezen voor 1 januari a.s.

De **voorzitter**: Dit wetsvoorstel ligt nog bij de Raad van State, maar u wilt dat Tweede en Eerste Kamer dit stuk vervolgens op een zodanige manier behandelen dat de wet nog op 1 januari a.s. kan ingaan?

De heer **Boesten**: Ja, als dat mogelijk is, zou dat te verkiezen zijn. Verder meen ik dat enerzijds ketenvorming en samenwerking, en anderzijds concurrentie in de regio heel goed samen kunnen gaan. De concurrentie vindt immers voornamelijk horizontaal plaats, en de ketenvorming verticaal.

De heer **Wigersma**: In antwoord op de vragen over kwaliteit menen wij, dat de beroepsgroep primair verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg. Dit is in de wetgeving echter niet voldoende geborgd, met name waar het gaat om de eerstelijnszorg. Op andere punten is borging in de wet niet echt nodig, althans als wij daar met zorgverzekeraars goede afspraken over kunnen maken. Wij streven ernaar om in contracten met verzekeraars een kwaliteitsbodem te leggen, waarbij het gaat om de kwaliteit die volgens richtlijnen in de beroepsgroep gebruikelijk is. Als wij dat kunnen bereiken, zijn wij tevreden. Er zijn in de praktijk overigens al wel voornemens van sturing door zorgverzekeraars die naar onze verwachting nadelig zullen uitwerken, zoals het voornemen om te gaan sturen op te vergoeden medicatie, waarbij verzekeraars hun eigen pakketten gaan samenstellen. Dat zal in ieder geval uiterst verwarrend werken voor de burgers.

Ook als er een kwaliteitsbodem is afgesproken, is het mogelijk dat beroepsgenoten niet aan die bodem voldoen. Die zouden dan niet meer gecontracteerd moeten worden.

Wij zijn het met de NVZ eens dat enerzijds samenwerking en anderzijds concurrentie in een regio heel goed samen kunnen gaan. Samenwerking kan op basis van kwaliteitsnormen en transmurale afspraken goed worden geregeld, ondanks dat er concurrentie is.

Tenslotte onderschrijven wij de opmerking van de NVZ dat het zeer de vraag is of de patiënt voldoende is toegerust om te bevorderen dat de zorgverzekeraar kwalitatief goede zorg inkoopt. Daar zal dus op ingezet moeten worden. Daarnaast zullen de zorgaanbieders er voorlopig nog goed op moeten letten, min of meer optredend als de advocaat van de patiënt.

De heer **Van Santen**: Inderdaad is inmiddels bij de nieuwe financieringsstructuur voor huisartsenzorg afgesproken, dat het abonnement buiten het eigen risico wordt gehouden. Het blijft echter onze voorkeur hebben dat de huisartsenzorg volledig buiten het eigen risico komt te vallen, al merkt mevrouw Swenker terecht op dat de patiënt hier nu zelf een keuze kan maken.

Over het tegelijk voorkomen van concurrentie en samenwerking is al opgemerkt, dat de concurrentie vooral in horizontale zin zal plaatsvinden. Concurrentie werkt overigens wel contrair aan het streven naar meer samenwerkingsverbanden tussen huisartsen. Op dat punt lijkt ons concurrentie dan ook niet wenselijk.

Wij vinden dat eerst de Wet marktordening gezondheidszorg aangenomen zal moeten zijn, voordat de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking treedt. Alleen dan is zeker dat het toezicht voldoende geborgd is.

Tenslotte antwoord ik aan de heer Putters, dat wij vooralsnog sterk betwijfelen of de zorgverzekeraars in staat zijn om vooral op kwaliteit in te kopen. Ook betwijfelen wij zeer of zij, als zij er wel toe in staat zijn, ook in die zin zullen inkopen.

De heer **Tanke**: Mevrouw Swenker heeft ons oordeel gevraagd over de uitlating van de minister dat de meerkosten in grote steden misschien veroorzaakt worden door het minder goed functioneren van verzekeraars in die steden. Uiteraard zijn er goede en iets minder goede verzekeraars, maar ik heb een aantal objectieve punten genoemd die in de grote steden kostenverhogend werken. Het is dan ook te gemakkelijk om de oorzaak te leggen bij de verzekeraars.

Ik sluit mij aan bij de heer Van Santen over het op kwaliteit inkopen van zorg door de verzekeraars. In de Ziekenfondswet is nu al opgenomen dat de verzekeraars mede verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van het in natura geleverde, maar tot nu toe zijn de verzekeraars daar altijd met een grote boog omheen gelopen en hebben zij zich op andere zaken gericht. Er zal dus nog wel wat moeten veranderen voordat de verzekeraar in staat is om vooral op kwaliteit zorg in te kopen.

Mevrouw **Reul-Verlaan**: Wij hebben grote zorgen over het punt van de professionele onafhankelijkheid. Nu al is in de wetgeving het aantal sessies voor psychotherapie beperkt tot 25, dan wel tot 50 voor bepaalde problematieken. In principe is dat al een ingreep in de professionele onafhankelijkheid en de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Wij zien hier dus een vrij groot gevaar.

Mijn ervaring van de laatste jaren in onderhandelingen met zorgverzekeraars is, dat er door hen wel wordt gelet op de kwaliteit van procedures en logistieke processen en ook op de «kwaliteit van de prijs», maar veel minder op de inhoudelijke kwaliteit van de geboden zorg. Als de nieuwe wet doorgaat, zal ik in ieder geval graag zien dat er een aantal evaluatiemomenten worden vastgelegd, waarop het aspect van de inhoudelijke kwaliteit van zorg beoordeeld wordt en overleg kan plaatsvinden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Mevrouw **Gallé**: Zoals al aangegeven, denken wij dat verzekeraars en patiënten nog niet volledig klaar zijn voor invoering van de nieuwe wetgeving per 1 januari a.s. De NVZ wil wel dat de Zorgverzekeringswet per 1 januari wordt ingevoerd, maar vindt tegelijk dat het daarvoor noodzakelijk is dat de te verwachten knelpunten voor patiënten en ziekenhuizen, door de invoering van een derdebetalersregeling eerst worden weggenomen. Een zorgvuldige behandeling van de WMG die zou leiden tot invoering van de WMG uiterlijk 1 maart 2006 vormt voor de NVZ geen belemmering om de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 te laten ingaan.

Toch is bij een aantal verzekeraars al te zien dat er wel degelijk op kwaliteit wordt geselecteerd, bij voorbeeld bij de contractering van DBC's in het B-segment. Dat heeft ook te maken met het feit dat er druk op de ketel staat, waardoor het in de praktijk wordt afgedwongen. Daarnaast zijn wij ook al hard op weg om patiënten in staat te stellen om aanbidders en zorg te kunnen vergelijken, o.a. door de databank kwaliteit en de Kies betersite. Het is nog lang niet klaar; daar zullen wij nog wel jaren voor nodig hebben. Bovendien zullen ook niet alle consumenten willen kiezen. Van de Consumentenbond heb ik wel eens begrepen dat maar zo'n 10% van de consumenten kritische consumenten zijn die echt een keuze willen maken. Voor de overige 90% houden de eerste lijn en zorgaanbidders in het algemeen de verantwoordelijkheid voor het bewaken van de kwaliteit van de zorg.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De heer Van Santen stelde dat invoering van de nieuwe wet per 1 januari a.s. niet goed mogelijk is, maar ik heb daar eigenlijk nauwelijks argumenten voor gehoord. Ik zal daarom graag horen wat er volgens de LHV dan nog geregeld zou moeten worden, want ik heb begrepen dat er een goed akkoord is bereikt over de huisartsenzorg.

De heer **Van Santen**: Een belangrijke reden voor onze stelling is dat er nog een aantal wetsvoorstellen moeten worden behandeld en aangenomen voordat de nieuwe Zorgverzekeringswet op een goede manier in werking kan treden. Daarbij denken wij vooral aan de WMG. Verder geeft de voorbereiding van de uitvoering in de administratieve sfeer zoveel rompslomp, dat dit naar onze mening nooit goed vóór 1 januari a.s. geregeld kan worden.

De heer **Reesink**: De heer Werner heeft gevraagd naar de mogelijke gevolgen voor de professionele autonomie. Wij hebben onze twijfels of het bij de nieuwe wetgeving volledig mogelijk is voor artsen om te doen wat goed is voor de patiënt. Die twijfels zijn gebaseerd op ervaringen die wij de laatste jaren in contacten met zorgverzekeraars opdoen. In toenemende mate zien wij dat zij vooral sturen op geld, veel minder op kwaliteit, en daarmee de vrijheid inperken van artsen om te doen wat in het belang van de patiënt is. In de nieuwe wetgeving is dat niet goed geregeld, want er zijn veel mogelijkheden voor de zorgverzekeraars om te sturen, wat in de praktijk beperkingen geeft voor de zorgaanbieders. Huisartsen worden nu ook al geconfronteerd met zorgverzekeraars die aanbieden om bepaalde zaken voor de praktijk te leveren, mits de huisarts dan wel op een bepaalde manier gaat voorschrijven of verwijzen.

Gesprek met werkgeversorganisaties

- VNO-NCW: de heren mr. J.W. van den Braak (directeur sociale zaken) en mr. M.E.M. Nuyten (secretaris gezondheidszorg)
- Midden- en Kleinbedrijf Nederland (MKB-Nederland): de heer drs. B.E. van den Dungen (voorzitter commissie ziektekostenstelsel)

De heer **Van den Braak**: Aan de eerste twee van de vragen die zijn gericht aan alle organisaties, gaat natuurlijk de vraag vooraf of de nieuwe wetgeving er überhaupt zou moeten komen. De grondgedachte van de nieuwe wetgeving vinden wij goed, zoals ook uit het unanieme SER-advies blijkt, maar bij de Tweede Kamer hebben wij wel gewezen op problemen onzerzijds met de vormgeving van de werkgeversbijdrage. Daarbij hebben wij maar een beperkt succes geboekt, al is er wel iets gedaan rond de befaamde 10% en komt er nog een salderingsregeling in de invoeringswet, zo hebben wij althans begrepen. Dat neemt niet weg dat wij het op dit vlak liever anders hadden gezien. Inmiddels ligt de wetgeving bij de Eerste Kamer en deze Kamer heeft geen recht van amendement, dus zij staat ook voor dezelfde prealabele vraag. Wij wensen haar daarbij veel wijsheid toe.

Als de Eerste Kamer ervoor zou kiezen om de nieuwe wetgeving doorgang te laten vinden, zouden wij het het beste vinden als deze ook, zo enigszins mogelijk, per 1 januari a.s. ingaat. Wij denken nog steeds dat dit moet kunnen. Uitstel zou opnieuw een onzekere situatie creëren, met steeds weer nieuwe discussies, dus het lijkt ons het beste als iedereen dan maar een keer doorbijt. Dat betekent ook dat wij er de voorkeur aan zouden geven als de Eerste Kamer de nieuwe wetgeving zo snel mogelijk zou afhandelen, omdat er dan ook snel duidelijkheid is.

De heer **Nuyten**: De precieze inhoud van de WMG is inderdaad nog niet bekend, maar volgens ons is die wet niet per se nodig is om de nieuwe

Zorgverzekeringswet en de Zorgtoeslagwet te kunnen invoeren. Overigens zijn wij wel zeer benieuwd naar de inhoud van de WMG. Daarbij zullen wij vooral letten op de condities waaronder de nieuwe Zorgautoriteit – die wij als een tijdelijke instantie zien – zal gaan werken: wat wordt het takenpakket van dit orgaan, wat wordt de omvang van zijn taken, hoe zal het secretariaat gaan functioneren en wat wordt de positie van de Zorgautoriteit ten opzichte van andere toezichthouders, zowel binnen de zorg als daarbuiten? Verder zijn wij benieuwd welke rol partijen (patiënten, verzekeraars, zorgaanbieders) zullen krijgen in die Zorgautoriteit, en wat de rol van de overheid in dit geheel zal zijn. Ook zullen wij letten op de administratieve belasting die kan voortkomen uit de WMG, en op de samenloop van het toezicht op het marktmeesterschap.

De heer **Van den Braak**: De specifieke vragen voor de werkgeversorganisaties concentreren zich (uiteraard begrijpelijk) op de rol van de werkgever en de collectieve contracten. Vanmiddag herinnerde ik mij de les die ik op de middelbare school kreeg over de «Boston tea party» rond 1775. Het gebied dat nu de oostkust van de Verenigde Staten vormt, was toen nog een kolonie van Engeland en kreeg op dat moment een belasting opgelegd zonder dat het gebied zelf inspraak had in de besteding van de opbrengst daarvan. Als protest daartegen wierpen toen de havenarbeiders in Boston duizenden kilo's thee in de haven, onder het motto «No taxation without representation».

Ook de werkgevers hebben zo'n gevoel als de Amerikanen rond 1775 hadden. De werkgevers moeten gaan bijdragen en niet zo zuinig ook, namelijk ruim 13 miljard euro, terwijl de inspraak- en beïnvloedingsmogelijkheden die wij nu hebben, juist worden teruggedrongen. In een publiek debat heeft de minister dit in feite erkend en gezegd dat dit inderdaad niet de schoonheidsprijs verdient, maar eraan toegevoegd dat het geheel nu eenmaal budgettair rond moet komen en dat hij geen andere manier ziet om dat te bereiken, zodat er maar het beste van gehoopt moet worden. Er is een beslissing door de Tweede Kamer genomen waarbij er op dit punt in essentie niet veel veranderd is. Wel is er nu de mogelijkheid van een korting van 10% gekomen, in plaats van de aanvankelijk door de minister voorgestelde 5%. Dat is natuurlijk beter dan niets, maar naar onze mening is ook een korting van 10% relatief bescheiden. Wij blijven het gevoel houden dat wij eigenlijk niet toegekomen zijn aan een goede discussie met de minister en vervolgens met de Tweede Kamer over andere varianten op dit vlak. Wij hebben die wel genoemd in de position papers die wij vorig jaar hebben ingebracht, maar een debat hierover is niet goed van de grond gekomen.

Daardoor blijft de vraag open, of en, zo ja, welke rol werkgevers vanaf volgend jaar nog kunnen en zullen spelen, althans als de Eerste Kamer de nieuwe wetgeving aanvaardt. De werkgever zal de inkomensafhankelijke heffing moeten betalen, en een gevolg hiervan is dat de werkgever niet geneigd zal zijn om daarnaast nog eens te gaan bijdragen aan allerlei CAO-regelingen. Er komt daarom ook terecht een salderingsregeling in de invoeringswet, wat overigens beperkt is tot de overgangperiode.

Daarmee is er dus nog geen duidelijkheid over de structurele rol van werkgevers in de toekomst. Dat geldt dan op decentraal niveau, want VNO-NCW beslist dat natuurlijk niet voor al haar leden vanuit de Malietoren in Den Haag, maar wij zullen er wel over spreken met onze leden en er zullen ook vragen van de vakbeweging en ondernemingsraden komen. Een mogelijke uitkomst kan zijn dat de werkgevers het standpunt innemen dat er, naast het betalen van de heffing, geen reden meer is om op decentraal niveau nog verdere arrangementen te treffen. Een gevolg van de zorgtoeslag, als noodzakelijk sequeel op de nominale premie, kan inderdaad versterking van de armoedeval zijn. De normpremies als zodanig leiden echter naar onze mening niet tot versterking van de armoedeval. Overigens hebben wij in het SER-advies

onderkend dat de zorgtoeslag nodig is bij een volledig nominale premie, dus tegen de zorgtoeslag als zodanig kunnen wij geen fundamenteel bezwaar maken.

Bij de punten 6 en 7 van de vragen voor de werkgeversorganisaties merk ik op dat VNO-NCW er niet zijn voor de overheidswerkgevers. Wij representeren eigenlijk iedereen, behalve de overheidssector, dus op die punten durf ik mij niet te wagen aan een antwoord.

De heer **Van den Dungen**: Ten principale is MKB Nederland voorstander van de wetgeving die nu voorligt, al hebben ook wij nog steeds moeite met het punt van de verplichte werkgeversbijdrage, waartegenover werkgevers nauwelijks enige sturingsmogelijkheid krijgen. MKB Nederland vindt het echter goed dat nu eindelijk, na een jaar of dertig discussie, de voorgestelde stap wordt gezet waarmee het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering verdwijnt.

Wij vinden het jammer dat de WMG er nog niet ligt, al vinden ook wij dat deze wet strikt genomen niet nodig is voor invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Wel wijs ik erop dat de positie van de verzekeraar in de nieuwe Zorgverzekeringswet een zeer sterke wordt, en dat zal dan op een goede manier in een totaalsysteem ingebed moeten worden, met voldoende countervailing power. Die tegenkracht had op zichzelf kunnen komen van de werkgevers, door middel van collectieve contracten, maar die mogelijkheid wordt in de nieuwe wet maar zeer minimaal geboden. Daarom zal die tegenkracht nu moeten komen van externe toezicht-houders en van het goed in positie brengen van aanbieders en patiënten. Wij zullen dit geheel in beeld blijven houden, en zullen dan ook de WMG vooral beoordelen op de vraag, hoe er in het geheel een evenwicht blijft en de balans dus niet doorslaat naar de kant van de verzekeraars, zeker nu wij daar grote concentraties zien komen.

Bij de eerste specifieke vraag merk ik op (ik zei het zojuist al) dat wij een korting van 10% maar zeer beperkt vinden. Een individuele MKB-er zal in de praktijk geen collectief contract sluiten, dus het zal altijd op de een of andere manier gezamenlijk moeten gebeuren. Dan halen wij ons weer extra administratieve lasten op de hals, en die lasten zullen wellicht de baten van hooguit 10% al snel gaan overschrijden.

De tweede vraag over gevaren van kruissubsidie kan ik niet helemaal plaatsen. Bij vraag 3 over de armoedeval sluit ik mij aan bij de heer Van den Braak.

Inderdaad was in het SER-advies (vraag 4) voorzien dat er bij een volledig nominale premie ook iets aan inkomenscompensatie zou moeten worden gedaan, maar dat was dan vooral voorzien in de fiscale sfeer, dus buiten het stelsel om. Met het concept van de zorgtoeslag wordt nu toch min of meer de inkomenspolitiek in het stelsel zelf gebracht. Wij hadden liever gezien dat zorg en inkomenspolitiek geheel worden gescheiden, juist omdat wij ervaren dat discussies over de zorg vrijwel altijd over het inkomen gaan.

Ook wij maken ons bezorgd over de consequentie van de openeind-financiering (vraag 5), want daarmee wordt het totale bedrag dat de werkgevers moeten bijdragen, afhankelijk van de kostenontwikkeling in de zorg, terwijl de werkgevers geen enkele sturingsmogelijkheid op dat punt hebben. Het betekent dat de werkgevers automatisch een hoger bedrag moeten bijdragen als de kosten verder stijgen. Wij hechten dan ook zeer aan inzicht in de besteding van het geld in het vereveningsfonds. Dat mag in ieder geval niet het zoveelste potje worden waarmee overschotten worden gecreëerd, die vervolgens weer voor allerlei andere leuke dingen worden ingezet. Bij andere socialezekerheidsfondsen hebben wij dat de afgelopen jaren vaker gezien, dus wij willen zekerheid dat het geld in dit fonds ook voor het beoogde doel wordt besteed. Dat is het minimale dat wij naar onze mening mogen vragen, nu wij geblinddoekt en met de handen op de rug gebonden dit soort bijdragen moeten gaan betalen.

De heer **Nuyten**: Ik kan, wat vraag 5 betreft, aansluiten bij de heer Van den Dungen. Daarmee heeft hij ook al min of meer antwoord gegeven op vraag 2 over kruissubsidiëring. Ons is niet helemaal duidelijk wat de Eerste Kamer met die vraag bedoelt. Ik kan wel een voorbeeld bedenken van gewenste kruissubsidiëring: door de griep prik voorkomen wij dat er bij ziekte loon doorbetaald moet worden.

De **voorzitter**: Volgens mij is dat toch een heel duidelijk begrip, dat zich bijvoorbeeld bij collectieve contracten kan voordoen. Waarom is daar zoveel bezwaar tegen? Welnu, omdat premiekortingen bij dat soort contracten in feite worden betaald door de individuele verzekerden.

De heer **Nuyten**: Wij hadden het anders uitgelegd. In het nieuwe stelsel gaat het om een verzekerings- en een acceptatieplicht, waarmee ook wordt gezorgd voor een garantie op risicosolidariteit. Daarmee is er in onze ogen een voldoende waarborg dat kruissubsidiëring wordt voorkomen. Wij denken daarom niet dat er in grote mate kruissubsidiëring zal voorkomen in de toekomst.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Nee, het gaat niet om risicosolidariteit, maar om de hoge kortingen die in het verleden werden gegeven op collectieve contracten met werkgevers of organisaties. Daardoor was de schade op die contracten in de praktijk hoger dan de premies die men ontving, waardoor de particulier verzekerden het gelag moesten betalen, want daar werd dan de premie verhoogd om het tekort te dichten dat bij de collectiviteit was ontstaan.

De heer **Nuyten**: Wij denken dat dit gevaar niet of nauwelijks aanwezig zal zijn met de nieuwe Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ook onder de nieuwe wet, waarbij maximaal 10% korting op de premie kan worden gegeven, kan het voorkomen dat de schade groter is dan de premieopbrengst. Dan is er toch nog steeds het gevaar van kruissubsidiëring?

In reactie op de stelling dat werkgevers bij de nieuwe wet weinig invloed zullen hebben, wijs ik erop dat zij in de huidige situatie meer dan de helft van de ziekenfondspremie betalen en dat zij ook nu weinig in de melk te brokkelen hebben waar het gaat om de omvang van het pakket. Verder betalen werkgevers vaak tegemoetkomingen aan particulier verzekerden. Wat zal het verschil dan zijn tussen de huidige en de toekomstige situatie? Die vraag geldt te meer nu de minister heeft uitgelegd dat het totale bedrag dat werkgevers in de nieuwe situatie moeten gaan betalen, niet hoger en misschien zelfs iets lager zal zijn dan het totale bedrag dat zij nu kwijt zijn aan tegemoetkomingen en ziekenfondspremies.

De heer **Hamel** (PvdA): In de brief van VNO-NCW is bij punt 4 gezegd «Ten aanzien van de inkomensafhankelijke premiestelling gaat VNO-NCW ervan uit dat deze niet uitgaat boven een structureel lastendekkend niveau». Wat wordt daarmee bedoeld? Vindt VNO-NCW verder dat de reserves die bij de particuliere verzekeraars aanwezig zijn, publiek geld zijn, of juist privaat geld?

De heer **Van den Braak**: Inmiddels is nu duidelijk wat met de vraag over kruissubsidiëring is bedoeld. In feite is dit de politieke hamvraag die in ieder debat weer opkomt. Het is maar waar de politiek voor kiest. Ons idee is dat het goed is om de werkgevers bij het stelsel te betrekken, zoals dat nu het geval is met collectieve contracten in de sfeer van de particuliere verzekeringen. Daarmee, zo menen wij, wordt het stelsel uiteindelijk een goede dienst bewezen en kan tot kostenbeheersing worden gekomen. Ik wijs op de ontwikkeling van de laatste drie à vier jaar waarbij de comparti-

menten van sociale zekerheid, Arbo-beleid en ziektekosten steeds meer geïntegreerd worden. Dat wordt wel eens de «ketenbenadering» genoemd. Het element van de ziektekosten past daar op natuurlijke wijze heel goed in. Met de nieuwe wetgeving wordt de werkgever echter weer meer buiten het ziektekostenstelsel geplaatst, en het is de vraag of dan de op zichzelf goede ontwikkeling van de laatste drie à vier jaar kan doorgaan.

De **voorzitter**: De minister heeft aanvankelijk een veel lagere maximale premiekorting op collectieve contracten voorgesteld, juist omdat de zorgverzekeraars nooit duidelijk hebben kunnen maken dat de schade op een collectief contract niet voor een belangrijk deel op individuele verzekerden werd verhaald. In uw brief stelt u dat het hogere maximum van 10% nog een te bescheiden prikkel is. Dan mogen wij u toch vragen om dat eens uit te leggen? Het verwonderde mij wat dat u niet wist wat onder «kruissubsidie» verstaan zou moeten worden. Het gaat om een belangrijk punt en ik krijg daar graag nu een helder antwoord op.

De heer **Van den Dungen**: De vraag is waar de meeste meerwaarde verwacht kan worden. Kan dat verwacht worden van collectieve contracten waarbij werkgevers zich verantwoordelijk voelen voor de ontwikkelingen waarmee ze het systeem goed kunnen laten werken en verzekeraars scherp kunnen houden om goede producten aan te bieden, ook als dat het risico geeft dat bepaalde groepen iets minder goed bedeeld worden dan andere groepen? Of moet vooral heil worden verwacht van een systeem met als uitgangspunt dat mensen zoveel mogelijk allemaal hetzelfde betalen? Dan is er geen ruimte meer voor een tegenkracht van werkgevers. Dit is een politieke afweging die de Eerste Kamer moet maken, maar wij menen dat het beter is als verzekeraars vanuit de werkgevers een stevige tegenkracht kunnen verwachten. Inderdaad is een premiekorting van 10% méér dan wat in de oorspronkelijke voorstellen van de minister was voorzien, maar aanzienlijk minder dan hetgeen tot nu toe mogelijk was bij collectieve contracten. Aansluitend kan ik tot mevrouw Swenker zeggen dat wij inderdaad tot nu toe ongeveer de helft van de ziekenfondspremies betalen, maar dat dit niet geldt voor het particuliere segment (zo'n 30% van het totaal aantal verzekerden). Verder beaam ik de stelling van de minister dat het totaalbedrag dat de werkgevers straks moeten betalen, ongeveer op hetzelfde niveau komt te liggen als het totaalbedrag dat de werkgevers nu betalen, maar ik benadruk daarbij dat dit alleen voor het totaalbedrag geldt. Op ondernemingsniveau kunnen er straks enorme verschillen gaan ontstaan; dat hangt sterk af van de vraag of die onderneming veel ziekenfondsverzekerden had, of juist veel particulier verzekerden. Daarom zijn wij niet helemaal tevreden met wat nu voorligt op dit vlak, maar anderzijds beseffen wij dat wij die slag in de Tweede Kamer niet hebben gewonnen.

Mevrouw **Swenker**: U stelt terecht dat er op ondernemingsniveau enorme verschillen kunnen ontstaan, maar dat argument hebt u tot nu toe niet gebruikt. Tot nu toe stelde u dat de werkgevers ongeveer de helft moeten betalen en geen invloed hebben.

De heer **Van den Dungen**: Op dit moment hebben wij inderdaad op het ziekenfondssegment geen invloed, maar wél – en zelfs heel veel – op het particuliere segment. In de nieuwe situatie wordt het echter: op 100% géén invloed.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Maar u krijgt daar nu een functionele omschrijving voor terug, waardoor u ook bijvoorbeeld bedrijfsartsen kunt gaan inzetten. Bovendien mag u nu een vervlechting maken met de

sociale zekerheid, wat vroeger ook zeer moeilijk was. U krijgt dus veel meer vrijheid om uw hele Arbo- of ziekteverzuimtraject in te brengen in de afspraken die u maakt met uw ziektekostenverzekeraar. Dat is winst, ook in materiële zin.

De heer **Van den Dungen**: Op zichzelf is dat juist, maar het had nog veel méér kunnen zijn en wij zouden het stelsel nog veel beter kunnen laten werken door ook in de collectiviteit meer te doen. Maar goed, dat is de inschatting die wij maken.

De heer **Van den Braak**: Wij merken dat het steeds op dit punt terecht komt. Ik heb ook de afweging tussen twee invalshoeken aangegeven, en beaamd dat het altijd lastig is om die afweging te maken. Wij hadden liever een andere afweging gezien, met meer ruimte voor collectieve contracten, juist omdat er de laatste drie à vier jaar de ontwikkeling is die ik al heb geschetst. Misschien gaat die ontwikkeling gewoon door, ook als de nieuwe wetgeving wordt aanvaard, maar voor werkgevers is het geen natuurlijke ontwikkeling dat zij in één klap in het nieuwe stelsel alleen nog maar een heffing mogen betalen. Die heeft bovendien geen enkele bovengrens en is daarmee ook in potentie een uiterst grote kostenpost voor werkgevers. Wij zien dat als een groot risico.

Gesprek met werknemersorganisaties

- FNV Vakcentrale: de heren T. Heerts (federatiebestuurder) en H. van der Velden (senior-beleidsmedewerker)
- Vereniging van Middelbare en Hogere Politieambtenaren (VMHP): de heren drs. M.P.M. Holtackers (voorzitter), K. de Maat (postactief lid/erelid) en R. den Besten (lid Nederlandse Politiebond)
- Samenwerkende Centrales van Overheidspersoneel: de heer W. Berg (CNV Publieke zaak)

De heer **Heerts**: Bij punt 1 van de vragen voor alle organisaties merk ik op dat wij het van belang vinden dat verzekerden tijdig op de hoogte zijn van de verschillende polissen en daaruit een keuze kunnen maken. Wij weten inmiddels dat daar tot 1 mei 2006 gelegenheid voor zal zijn, maar dan zullen de verzekeraars wel in staat moeten zijn om de polissen tijdig vast te stellen en aan de verzekerden voor te leggen. Verder hebben de vakcentrales ook enige tijd nodig om de relevante CAO-afspraken aan te passen. Wij zijn daar overigens al mee bezig. Waarschijnlijk zullen ook collectieve verzekeringen aangepast moeten worden, waarvoor weer informatie van de verzekeraars nodig is.

Mocht invoering van de nieuwe wetgeving worden uitgesteld, dan wordt de druk uiteraard minder groot. Er zijn toch al heel wat wetten die per 1 januari 2006 wijzigen. Intern noemen wij dat wel eens de «uitgestelde millennium-bug»: de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, mogelijk ook de WW, Arbo-wetgeving e.d. De hervormingsagenda gaat in volle omvang door en wij vragen ons wel eens af of het kabinet niet te veel hooi op de vork neemt, ook gezien de uitvoeringsconsequenties, zoals de toeslagen in het kader van het nieuwe zorgstelsel. Mocht invoering uitgesteld worden, dan geven wij de voorkeur aan uitstel tot 1 januari 2007.

Bij punt 4 van de vragen voor alle organisaties wijs ik erop dat er toch nog wel de nodige zaken zijn die niet aan de orde zijn gekomen. Een belangrijk punt voor ons betreft de inkomensgevolgen, mede omdat de Zorgtoeslag-wet deel uitmaakt van de AWIR, waarin naast de zorgtoeslag ook de huursubsidie, de kinderbijslag en de studiefinanciering worden geregeld. Wij zitten niet te wachten op nieuwe discussies over puntenwolven, maar de koopkrachtplaatjes voor 2006 die in september 2005 bekend moeten worden, baren ons grote zorgen. Wij vinden dat de compensatie in ieder

geval zo robuust mogelijk moet zijn. Omdat wij nog niet alle premies kennen, is er natuurlijk ook nog geen precies beeld van de compensatiemaatregelen.

Ik wil niet onvermeld laten dat wij vlak voor de behandeling van de nieuwe wet in de Tweede Kamer nog een poging hebben gedaan om tot een andere premiesystematiek te komen. Gedeeltelijk is dat nu achterhaald, maar als er belangstelling voor bestaat, kunnen wij daar nog een stuk over overhandigen. Wij zijn, al met al, geen grote voorstanders van de introductie van een zorgstelsel, waarbij zóveel door middel van een zorgtoeslag gecompenseerd moet worden. Daardoor worden immers heel veel mensen van die toeslag afhankelijk, en die toeslag gaat natuurlijk jaarlijks een rol spelen in het koopkrachtdebat.

De **voorzitter**: Maar in het SER-advies wilde u nog veel méér via een zorgtoeslag of via de fiscus regelen.

De heer **Heerts**: Mijn collega Van der Velden zal nog aangeven hoe dat SER-advies precies moet worden uitgelegd. Dat dateert overigens al van december 2000.

De heer **Van der Velden**: Dit advies bevatte nog veel meer onderdelen dan alleen het punt van een zorgtoeslag. De hoofdruil was heel simpel: wij gingen akkoord met een grotere nominale premie en daartegenover zou het verstrekkingenpakket breed zijn, dus alle noodzakelijke zorg omvatten. Het pakket dat het kabinet zich voorstelt, bevat echter niet alle noodzakelijke zorg. Bij de beoordeling van het nieuwe stelsel voelen wij ons dan ook niet meer volledig aan het SER-advies gebonden. Wij voelen die binding wel waar het gaat om onze afspraken met werkgevers. Aansluitend moet ik zeggen dat er op zichzelf wel te leven valt met de halve nominale premie zoals die nu wordt voorgesteld, mits de zorgtoeslag goed wordt ingevuld. Het is een hanteerbaar stelsel dat nu voorligt, met een halve nominale premie en een compensatie die vooral via de zorgtoeslag loopt. Wij zijn wel bang voor allerlei aanvullende maatregelen die nog genomen moeten worden in de fiscale sfeer, want wij weten inmiddels dat mensen daar lang niet altijd mee uit de voeten kunnen. Dat neemt niet weg dat wij compensatie via de zorgtoeslag niet de meest doelmatige oplossing vinden. Wij zouden er dan ook geen grote tegenstanders van zijn als een deel van de premies inkomensafhankelijk zou worden. Dat was ook onderdeel van het alternatief dat wij samen met het secretariaat van de werkgeversorganisaties hebben kunnen uitwerken. Het voordeel voor ons zou zijn dat de nominale premie voor ziekenfondsverzekerden niet hoger zou worden dan op dit moment, en dat dus van het hele circus van de zorgtoeslag afgekomen zou worden. Maar goed, eigenlijk is dat een gepasseerd station. Misschien kunnen wij er nog op terugkomen als de premies veel hoger blijken uit te vallen dan het kabinet nu denkt. Het kabinet gaat uit van zo'n 1100 euro en ik vraag mij echt af of het daarbij blijft.

De eerste vraag die specifiek aan ons is gesteld, betreft het premievoordeel van 10%. Precies dezelfde vraag is aan de werkgeversorganisaties gesteld, en ik vind ook dat het primair een vraag aan werkgevers is. Van ons had die 10% niet hoeven. Wij willen graag collectieve verzekeringen en die leken ons ook bij de oorspronkelijke voorstellen van de heer Hoogervorst zeker mogelijk. Bij collectieve verzekeringen gaat het voor ons dan om de inhoud, vooral het koppelen van de zorg aan de sociale zekerheid, wat goed is voor werknemers en voor werkgevers. Wij zien ook dat collectieve verzekeringen mogelijk zijn bij de aanvullende verzekering. De combinatie was, wat ons betreft, voor werknemers aantrekkelijk genoeg geweest. Een korting van 5% zouden wij ons kunnen voorstellen, want dan gaat het in de praktijk om het voordeel op administratieve kosten dat simpelweg doorgegeven wordt. Daar heeft dus niemand last van. Méér vonden wij niet nodig.

Aansluitend komen wij direct op de tweede specifieke vraag. Uiteraard is er begrip voor de gevaren van kruissubsidie, want daar gaat het nu juist om bij een premievoordeel van 10%. Kruissubsidie is dan niet te voorkomen, want een verzekeraar geeft dan aan collectiviteiten méér korting dan hij wint op administratieve kosten. Dat verschil zal dan altijd door een ander betaald moeten worden, en daar valt niets aan te doen. De Tweede Kamer heeft bedongen dat daar onderzoek naar moet worden gedaan, maar ik zou niet weten hoe dat onderzoek vorm gegeven zou moeten worden, want kruissubsidiëring valt nauwelijks te achterhalen. Misschien kan straks aan de heer Van de Ven worden gevraagd hoe zo'n onderzoek eruit kan zien, want als er iemand is die daar een oordeel over kan vellen, is hij dat wel.

De derde specifieke vraag begrijp ik niet helemaal, maar uiteraard geldt wel dat de armoedeval bij een inkomensafhankelijke premie zeer beperkt is, en bij een nominale premie met compensatie een stuk groter. Datzelfde geldt voor bijvoorbeeld de huursubsidieregeling.

Komende tot de vierde specifieke vraag val ik eerst nog even terug op het SER-advies uit 2000. Een volkomen privaatrechtelijke regeling is natuurlijk niet mogelijk, omdat het geheel dan onvoldoende solidair zou zijn en grote groepen helemaal geen toegang zouden krijgen tot een ziektekostenverzekering. Zo'n regeling heeft de SER ook nooit bedoeld. Door de SER zijn twee varianten naar voren gebracht: enerzijds een privaatrechtelijke regeling met publieke randvoorwaarden, waar in de Zorgverzekeringswet voor gekozen is, anderzijds een publieke regeling met concurrerende privaatrechtelijke uitvoering. Zo'n regeling kennen wij nu in de ziekenfondssfeer. De SER heeft toen – dat was een onderdeel van de deal – een voorkeur uitgesproken voor een privaatrechtelijke regeling, mits dat niet in strijd zou zijn met Europese regelgeving. Dat laatste zou nog onderzocht moeten worden.

Inmiddels is dat laatste onderzocht en als gevolg daarvan ligt er nu o.a. de zgn. Bolkestein-brief. Volgens ons leidt die eerder tot meer ónduidelijkheid dan tot duidelijkheid. Zo wordt erin gezegd dat een privaatrechtelijke regeling mogelijk is en dat daarin ingegrepen kan worden met o.a. verevening, mits dat noodzakelijk en proportioneel is. Helaas is daarbij niet aangegeven wat de criteria zijn waarmee de noodzaak en de proportionaliteit bepaald kunnen worden. Wij weten dus nog steeds niet waar wij aan toe zijn, en weten dus ook nog niet of een verzekeraar straks met succes naar de Europese rechter kan stappen met de stelling dat het vereveningssysteem zeer onproportioneel is. Wij zouden daarom nu kiezen voor de publiekrechtelijke regeling, waarmee wij ook niet in strijd komen met het SER-advies. Overigens beaam ik dat het SER-advies ook zodanig kan worden uitgelegd, dat de Bolkestein-brief en dit advies met elkaar sporen. In dat geval is het weer geheel in lijn met het SER-advies om te zeggen dat de privaatrechtelijke regeling gekozen kan worden. Wij vinden het noodzakelijk om hierop te wijzen, maar vinden het niet noodzakelijk om daarom de hele stelselwijziging niet door te laten gaan. Maar goed, wees voorbereid op de mogelijkheid dat het geheel nog eens teruggedraaid moet worden naar de publiekrechtelijke sfeer.

De heer **Berg**: Ik spreek namens de Samenwerkende Centrales van Overheidspersoneel. De heer Den Uyl kan helaas niet aanwezig zijn. Voor ons gaat het vooral om de vraag, op welke wijze de inkomensgevolgen voor het overheidspersoneel opgevangen dienen te worden. De minister heeft in een brief aan de centrales aangegeven dat er 160 miljoen euro beschikbaar is voor compensatie in verband met het vervallen van de interimregelingen, maar dat biedt voor de centrales nog geen enkel aanknopingspunt. Hoe wordt dat geld verdeeld en waar komt het uiteindelijk terecht? Hoe kunnen wij op basis van die brief onderhandelen met de verschillende overheidswerkgevers?

De inkomensgevolgen voor de publiekrechtelijke regeling moeten op een

andere manier worden opgelost. Daar vinden op dit moment gesprekken over plaats. Daarbij zijn er enorme verschillen in gevolgen voor het actieve en het postactieve personeel. Die kunnen overigens ook optreden bij de sectoren waar interimregelingen gelden, want bijvoorbeeld een aantal universiteiten keren de interimregeling ook nog uit aan de postactieve werknemers. Probleem voor de werknemers in de KPZ-sectoren is vooral, dat de minister heeft verwezen naar het vermogen dat beschikbaar zou zijn, maar dit vermogen is op basis van arbeidsvoorwaardelijke regelingen tot stand gekomen. Die verwijzing door de minister lijkt ons dan ook geen goed idee. Er is ook een enorm probleem met postactieven in de sfeer van de IZA/IZR/DGVP-regelingen. In die zin (dit in antwoord op vraag 7) is er wel een onderscheid tussen de sectoren waar interim-regelingen gelden, en de KPZ-sectoren, want in de KPZ-sectoren zit de solidariteit in de regeling zelf. Mensen hadden een arbeidsvoorwaardelijke afspraak en op basis daarvan ging men richting de pensionering waarbij de arbeidsvoorwaarde over ziektekosten een zeer belangrijke was. Dat merken wij voortdurend bij onze achterban. In ieder geval menen wij dat het overgangsrecht door de minister moet worden betaald, niet door de werknemers.

De heer **Holtackers**: In de sector politie ligt naar onze mening het probleem niet alleen bij de postactieve mensen, maar ook bij éénverdieneren die veel kinderen hebben. De negatieve inkomensgevolgen voor die groepen worden niet opgelost door de zorgtoeslag, omdat er ook mensen zijn die méér verdienen dan de grenzen van de zorgtoeslag en er toch sterk op achteruit gaan.

De **voorzitter**: Voor kinderen tot 18 jaar hoeft in het nieuwe verzekeringsstelsel geen premie te worden betaald. Dan is het probleem bij éénverdieneren met veel kinderen toch weggenomen?

De heer **Holtackers**: Ik doel hier op de aanvullende verzekering. Daar treedt een enorm verlies op. Het huidige pakket is gebouwd op de levensloop van mensen. Ook voor gepensioneerden biedt het voorzieningen die specifiek op hen zijn toegesneden, en dat gaat nu allemaal wegvallen, met grote inkomensgevolgen. Hoe moet dat nu opgelost worden? Wij denken dat dit op dezelfde manier zou kunnen als bij harmonisatie van andere wetgeving. Wij hebben immers ook een bovenwettelijke WW- en een bovenwettelijke WAO-voorziening, en wellicht kan op dezelfde manier ook een oplossing voor de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel geboden worden. Hoe dat technisch uitgewerkt moet worden, weet ik niet direct, maar wij voelen er helemaal niet voor om die inkomensverliezen zo maar te laten passeren, zoals de werkgever kennelijk wil doen. Wij kunnen daar ook niet met de werkgever over praten, want het gaat om een arbeidsvoorwaarde die de werkgever afschaft met de pet van het kabinet op. Daarom hoeft hij daar ook niet aan de sectortafel een oplossing voor te vinden. Tegelijkertijd komt er echter ook geen handreiking van het kabinet in de richting van de sector politie en, naar ik begrijp, ook niet in de richting van de andere KPZ-instellingen. Wij verwachten echter toch op de een andere manier een compensatie voor de negatieve inkomensgevolgen.

De heer **Hamel** (PvdA): Van der heer Van der Velden hoor ik graag concreet of hij vindt dat het goed is dat de nieuwe wetgeving per 1 januari a.s. doorgaat. Of vindt hij dat niet, gelet op de huidige situatie, maar heeft hij dan al zijn hoofd zitten hoe hij de gevolgen van de nieuwe wet voor de komende vier jaar in de CAO-onderhandelingen met de werkgever zou kunnen repareren?

De premie zal zeker niet blijven bij 1100 euro, want ook dat is in feite een openeindregeling. Dat zal, als ik het voorzichtig zeg, ook weer een effect

hebben op de CAO-onderhandelingen. Hoe kijkt hij daar tegenaan? Tenslotte is mijn vraag aan alle werknemersorganisaties, of zij er klaar voor zijn om de diverse problemen voor 1 januari a.s. geregeld te hebben.

De heer **Werner** (CDA): De verzekeraars zeggen dat er geen kruis-subsidiëring zal optreden van individuele verzekeringen naar collectieve verzekering, waarbij ze als argument noemen dat dit toch weer wordt gecompenseerd als het vereveningssysteem maar goed gemaakt wordt. Ik heb geprobeerd om mij dat voor te stellen, maar ik kan eigenlijk niet beoordelen of dit een juist argument is. Nu zitten er in de werknemers-delegaties enige mensen die jarenlang in de Ziekenfondsraad hebben gezeten, dus zij kunnen dit misschien wél beoordelen. In de tweede plaats hoor ik graag of zij een oplossing kunnen noemen voor het probleem dat de zorgtoeslag, omdat die uitgaat van een normpremie, voor mensen in gelijke situaties toch een verschillende compensatie kan bieden. Dat hangt dan namelijk af van de vraag of iemand al dan niet in een collectief contract zit.

De **voorzitter**: In elke nieuwe socialezekerheidswet moet op grond van een in de Eerste Kamer aanvaarde notitie altijd overgangsrecht worden opgenomen, in het geval door die nieuwe wet een verslechtering van de positie van de betrokkenen optreedt. Kunnen de publiekrechtelijke regelingen aangeven welke punten zij in het overgangsrecht geregeld zouden willen hebben? Begrijp ik het goed dat zij zich alleen richten op de aanvullende verzekering, omdat voor het overige de ambtenaren worden meegenomen in het systeem van zorgtoeslagen e.d.? Of beogen zij méér?

De heer **Heerts**: In reactie op de opmerkingen over de collectiviteiten herinner ik eraan dat aan het najaarsakkoord dat wij vorig jaar op 5 november in de Stichting van de Arbeid hebben gesloten, ook een verklaring van de stichting is toegevoegd over het opdrachtgeverschap bij allerlei vormen van arbeidsongeschiktheid in relatie met sociale zekerheid. Bij de combinatie sociale zekerheid/gezondheidszorg acht ik het zeer wel denkbaar dat in de toekomst meer maatwerk tot stand komt, waarbij sociale zekerheid en gezondheidszorg meer met elkaar worden vervlochten. Dat zou nog sterker het geval kunnen zijn als er geen keuzevrijheid voor de individuele verzekerde zou zijn om zich bij collectiviteiten aan te sluiten: een voetbalvereniging-collectiviteit, een notaris-collectiviteit, een werkgevers-collectiviteit enz. Daardoor is het niet eenvoudig om in CAO's allemaal eensluitende pakketten samen te stellen. Wij zijn daar wel druk mee bezig, maar omdat er nu van alles op tafel komt vanuit de WAO, de sociale zekerheid e.d., hebben wij toch ruim tijd nodig om een goede invulling te geven aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers voor de CAO. In de al genoemde verklaring van de Stichting van de Arbeid is het gezamenlijke opdrachtgeverschap opgenomen voor Arbo-diensten, reïntegratiebedrijven, inkomensverzekeraars en zorgaanbieders. Vanuit die gedachte is het dus zeer wel denkbaar dat er toch op de een of andere manier een soort collectiviteit tot stand komt, waarin werkgevers en werknemers samen partij worden ten opzichte van de verzekeraar en daarmee ook ten opzichte van de zorgaanbieder. Hoe zich dat precies zal gaan ontwikkelen, kunnen wij nu niet voorspellen, maar bij werkgevers die niets willen investeren in preventie van onheil, zullen wij zeker méér dan 170% vragen voor de eerste twee verzuimjaren. In ieder geval willen wij graag toe naar integrale pakketten en een integrale benadering, wat voor de werknemers in de betreffende onderneming in ieder geval betekent dat ze een goed preventiebeleid hebben en daarnaast misschien ook nog een paar euro korting op de zorgkosten.

De heer **Van der Velden**: Enkele maanden geleden hadden wij nog ernstige twijfels of de compensatie van de nominale premie wel goed zou gaan lukken. Dat zou voor ons een blokkade voor het doorgaan van de nieuwe wet betekenen. Die twijfels zijn enigszins weggenomen, gezien de ontwikkelingen in de afgelopen weken, maar als niet duidelijk is dat de mensen een zekere compensatie kunnen krijgen – niet alleen nu, maar ook in de komende jaren – zou dat voor ons een breekpunt zijn.

Overigens zitten er volgens ons nog de nodige slordigheden in, zoals ik zojuist al heb aangegeven waar het gaat om de collectieve verzekeringen. Ik zeg het de heer Heerts na: wij zijn sterke voorstanders van collectiviteiten, als het maar om de inhoud gaat. Wij zien ook mogelijkheden om collectieve contracten te verbinden aan andere collectieve regelingen, en volgens ons is het daarvoor absoluut niet nodig dat er met hogere premiekortingen wordt gewerkt dan de aanvankelijk voorgestelde 5%. In reactie op de technische vraag van de heer Werner: de verzekeraars hebben gelijk, maar als het dan zo gaat werken, komen er ook geen premiekortingen van 10%. Als dergelijke kortingen er toch komen, is er kennelijk wat anders aan de hand. Dat laatste is ook het geval, want een vereveningssysteem werkt nu eenmaal nooit helemaal perfect.

De heer **Berg**: Wat het overgangsrecht betreft, heeft de minister gesteld dat het geld daarvoor maar uit de sector zelf moet komen. De centrales menen echter dat waar groepen gedupeerd worden door wetgeving, de wetgever daarvoor geld beschikbaar moet stellen. Het overgangsrecht moet dus niet betaald worden door de gedupeerden zelf.

Ik kan op dit moment niet direct antwoorden op de vraag over de publiekrechtelijke regelingen. Ik zeg toe dat de centrales daarover alsnog een brief aan de Kamer zullen zenden.

De **voorzitter**: Wij zien graag dat u daarin ook antwoord geeft op onze vraag of onderscheid kan worden gemaakt tussen de rijksambtenaren en de ambtenaren die onder de publiekrechtelijke regelingen vallen.

De heer **Holtackers**: Voor de postactieven willen wij een overgangsregeling waarbij zij gewoon uitgefaseerd worden met de bestaande aanspraken. De postactiviteiten zouden dus een compensatie moeten krijgen om hun huidige aanspraken in het DGVP-pakket overeind te houden.

Wij willen uitstel van de nieuwe wetgeving, want wij hebben te weinig informatie gehad om een goed alternatief te bedenken voor de DGVP-regeling. Tot op de dag van vandaag komt er nog nieuwe informatie beschikbaar. Daarnaast willen wij een specifieke zorgtoeslag voor éénverdieners met veel kinderen, om hen in ieder geval tijdelijk nog te compenseren.

De **voorzitter**: U vraagt dus dat het overgangsrecht niet alleen betrekking heeft op de postactieven, maar ook op de actieven. Ik nodig u uit om daarover op zeer korte termijn (uiterlijk een week) een aparte brief aan de vaste commissie toe te zenden.

De heer **Swenker** (VVD): Begrijp ik goed dat men het overgangsrecht niet alleen wil laten gelden voor de basisverzekering, maar ook voor de aanvullende verzekering?

De heer **Holtackers**: Op het bestaande DGVP-pakket, dus inderdaad met name compensatie voor het aanvullende pakket.

De heer **Van der Velden**: Op dit moment hebben ambtenaren volledig arbeidsrechtelijke regelingen. Dat zijn vaak brede regelingen, maar in het verleden is daar ook wel iets voor ingeleverd in onderhandelingen. De

nieuwe Zorgverzekeringswet betreft een deel van die arbeidsrechtelijke regelingen en voor zover die nieuwe wet inkomensgevolgen heeft, wordt dat gecompenseerd. Dat laatste geldt overigens niet altijd, want er zijn ook bedóelde inkomensgevolgen, zoals het wat minder gaan betalen door oudere particulier verzekerden. In de regel blijft er dan nog een gat over, hetzij in de werkgeversbijdrage, dan wel in de omvang van het pakket, en dat gat moet dan vervolgens weer arbeidsrechtelijk netjes worden gedicht. Dat is de inzet waar het ons om gaat.

Ik moet daarbij nog wel zeggen dat het mij buitengewoon tegenvalt dat het kabinet bij deze kwestie, méér dan ik ooit heb meegemaakt, het onderscheid tussen de belangen als wetgever en de belangen als werkgever niet weet te maken. Ik durf rustig te zeggen dat dit kabinet als werkgever misbruik wenst te maken van zijn eigen wetgeving. Dit gaat niet alleen de overheidsbonden aan, want ook de andere bonden zien niet graag dat de overheid in deze zin een voorbeeld geeft aan alle andere werkgevers.

Gesprek met Geestelijke Gezondheidszorg Nederland

- Vereniging GGZ Nederland: mevrouw A.C. van Es (voorzitter) en J.F. de Beer (directeur).

De **voorzitter**: Voorafgaand merk ik op dat wij onze vragen aan de organisaties en aan GGZ Nederland hadden geformuleerd voordat de verrassende brief van de minister ons bereikte. Wij hebben nog even in de commissie overwogen of het zin had om met GGZ Nederland te spreken, maar wij vonden het toch wel van groot belang om het oordeel van GGZ Nederland te vernemen, en ook om te horen of alle afspraken waarover wij nu zijn bericht, naar de mening van GGZ Nederland juist zijn.

Mevrouw **Van Es**: Wij zijn wel gelukkig dat er overeenstemming kon worden bereikt tussen de minister van VWS, GGZ Nederland en ZN om te komen tot een fasering van de overheveling van de GGZ naar het tweede compartiment. Die overheveling zou aanvankelijk met de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 een feit zijn, maar ZN pleitte sterk voor uitstel. GGZ Nederland was sterk voorstander van overheveling per 1 januari 2006. Onze lid-instellingen zijn daar in principe klaar voor per die datum. Anderzijds is ons er ook veel aan gelegen om het overhevelingsproces zorgvuldig te laten plaatsvinden, en hebben wij uiteraard oog voor de zeer grote bestuurlijke druk als gevolg van de stelselwijziging. Daarom hebben wij ons op het standpunt gesteld dat wij graag wilden meewerken aan een fasering van de overheveling, als dat dienstbaar is aan de zorgvuldigheid van het proces. Ook bij onze lid-instellingen (eerlijk is eerlijk) haalt dat wat druk van de ketel, waardoor er zorgvuldiger en rustiger kan worden gewerkt aan de volledige overheveling.

Voor ons was wel zeer cruciaal dat er per 1 januari 2006 onomkeerbare stappen zouden worden gezet. Wat ons betreft is dat het geval, omdat de premieheffing in het eerste jaar gaat plaatsvinden via de Zorgverzekeringswet en daarna door middel van een soort verevening met het AWBZ-fonds verrekend gaat worden, en omdat de aanspraken nu al worden opgenomen in het Besluit zorgverzekering, alleen niet met de datum 1 januari 2006, maar met de datum 1 januari 2007. Daar kunnen wij heel goed mee leven.

Zwaar weegt voor ons de vraag, waar straks de knip in de GGZ wordt gezet, dus welk deel nog een jaar achterblijft in de AWBZ. Wij zijn er altijd van uitgegaan dat de hele GGZ of in ieder geval een zo groot mogelijk deel zou worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. De enige knip die voor ons aanvaardbaar is, zou gelegd kunnen worden bij de klinische zorg die langer dan een jaar duurt. Dan gaat het immers om zorg die gedefinieerd zou kunnen worden als «niet-verzekeraar». Alle andere

ggz-zorg valt, wat ons betreft, onder het begrip «geneeskundige GGZ» die volledig over zou kunnen naar de nieuwe wet. Daar vindt nog discussie over plaats, daarover bestaat nog geen overeenstemming met de zorgverzekeraars. Voor ons ligt dit echter zwaar.

Ik zou nog iets willen zeggen naar aanleiding van de vraag aan de zorgaanbieders over de positie van onverzekerden. Onze GGZ-instellingen hebben daar relatief vaak mee te maken, waarbij het niet alleen gaat om illegaal in Nederland verblijvende buitenlanders, of mensen die uit kostenbesparingsoverwegingen zich dan niet tijdelijk niet- of onderverzekeren, maar over patiënten die hun verzekering niet op orde hebben omdat ze de regie over hun leven niet op orde hebben. In de stukken wordt daar weinig over gezegd. Wij betwijfelen of goede voorlichting voldoende zal zijn, juist voor de groep GGZ-patiënten die ik zojuist noemde. Wij zouden het zeer op prijs stellen als de Eerste Kamer bij de bespreking van de nieuwe wetgeving dit punt aan de orde zou stellen. Overigens menen wij dat hier ook een taak voor de sociale dienst is weggelegd, want het gaat vaak om mensen met een bijstandsuitkering.

De heer **De Beer**: Met de meest recente brief van de minister is er geen verandering gekomen in de afspraken wij al hadden gemaakt over de DBC-ontwikkeling in de GGZ. Die komen erop neer dat er een knip wordt gemaakt in het DBC-invoeringstraject: per 1 januari 2006 gaan onze instellingen DBC's registreren, wat een hele operatie is, terwijl voor het overige declaratie en bekostiging nog op de oude manier plaatsvindt, dus via de AWBZ. Daarna zal er per 1 januari 2007 volledig op basis van DBC's worden gedeclareerd en bekostigd.

De **voorzitter**: En u verwacht dat dit op verantwoorde wijze mogelijk is?

De heer **De Beer**: Ja.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Speelt bij de GGZ nog het probleem van de privacy van gegevens? Verder is het mooi dat u verwacht dat het met de DBC's wel zal lukken, want ik heb ook andere geluiden uit het veld gehoord. Zo hoorde ik verleden week van een directeur van een GGZ-instelling dat het helemaal niet mogelijk zal zijn om echt adequaat DBC's voor de GGZ te formuleren, omdat dit een veel minder concrete zorg is dan de somatische zorg. Kunt u daar nog enige verduidelijking op geven?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Mevrouw Van Es zei zojuist dat klinische zorg langer dan een jaar in 2006 nog in de AWBZ achterblijft. Dat lijkt mij te overzien. Er is echter ook chronische ambulante zorg en wij hebben draaideur-patiënten. Hoe kijkt mevrouw Van Es daar tegenaan in het kader van de knip?

Ook ik heb de vraag of alle zorg inderdaad in DBC's ondergebracht kan worden. Zijn er al prijzen voor en gaat de zorg straks naar het A-segment, of naar het vrij onderhandelbare B-segment?

De heer **Werner** (CDA): Ik zal graag horen of de vertegenwoordigers van GGZ Nederland de overgang van de AWBZ naar het concurrerend verzekeringsconcept in het belang van het verbeteren van de psychiatrische zorg in Nederland achten. Ziet GGZ Nederland daarin kansen om beter uit de voeten te kunnen met het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, dan nu mogelijk is onder het AWBZ-regime? Ik heb de indruk dat er nog een enorme inhaalslag gepleegd moet worden bij veel onderdelen van de psychiatrische zorg.

Verder vraag ik of het nog steeds de bedoeling is dat ook de indicatieorganen een rol gaan krijgen bij de geestelijke gezondheidszorg. Of is dat spoor inmiddels verlaten? Ook vraag ik mij af wat marktwerking bij deze categorie patiënten kan betekenen.

Tenslotte herinner ik eraan dat er jarenlang is gewerkt aan RIAGG- en RIGG-vorming, waar alle zorg samen werd gebracht. Is dat nu over en komt er een ander soort organisatie van de psychiatrische zorg?

Mevrouw **Van Es**: Wij kiezen ervoor om de knip te leggen bij klinische zorg langer dan een jaar, omdat dit de meest heldere, eenduidige plek is om een knip aan te brengen. Daar kan iedereen mee uit de voeten. Naar onze mening is er geen inhoudelijke reden om onderscheid te maken tussen intramurale en extramurale zorg. Ambulante zorg blijft voor ons geneeskundige zorg, ook al duurt die langer dan een jaar. Ik besef dat dit niet zo gemakkelijk ligt bij draaideur-patiënten of bij «bemoei-zorg», d.w.z. activerende en ondersteunende begeleiding, maar onze ervaring is dat ook deze functies vrijwel altijd in het kader van een geneeskundige behandeling vallen. Voor ons is dat reden om te stellen dat ook die zaken in de nieuwe Zorgverzekeringswet ondergebracht moeten worden. In onze gesprekken met de zorgverzekeraars blijkt duidelijk dat zij nogal opkijken tegen zoiets als «bemoei-zorg» en zich afvragen wat ze daar eigenlijk mee aan moeten. Er is dus sprake van onbekendheid en die moet weggenomen worden door de kennis hierover te vergroten. Daar ligt volgens mij het probleem; het gaat dus niet om een inhoudelijke afweging dat die zorg eigenlijk bij de onverzekerbare zorg thuishoren. Wij zijn ervan overtuigd dat deze zorg wel degelijk gewoon in de verzekerbare zorg hoort. Voor de draaideur-zorg geldt hetzelfde. Het gaat daarbij om kortdurende klinische zorg tijdens langdurige ambulante behandeling en het zou rampzalig zijn als wij bij die soort zorg met verschillende regimes te maken zouden krijgen.

De manier waarop de GGZ indertijd in de AWBZ terechtgekomen is, zien wij achteraf als een weeffout. Destijds was dat nog wel te begrijpen, want men ging er toen van uit dat de AWBZ uitgebouwd zou kunnen worden tot een basisverzekering, maar dat is achterwege gebleven. De GGZ heeft, gezien het geneeskundige karakter, echter veel meer te maken met de somatische geneeskundige zorg dan met de overige AWBZ-sectoren, dus is altijd wat misplaatst geweest in de AWBZ. Nu de GGZ wordt ondergebracht in de verzekerbare zorg, zien wij in het kader van deze erkenning van het medisch handelen inderdaad kansen voor kwaliteitsontwikkeling. Een wat meer competitieve omgeving, in termen van meer aanbieders, waardoor meer gericht nagedacht dient te worden over diagnose en behandeling, zal naar onze verwachting de kwaliteit van de GGZ en de psychiatrie ten goede komen.

GGZ Nederland heeft nog niet zo lang geleden een visiedocument uitgebracht, waarin verschillende onderdelen van de GGZ zijn onderscheiden. Er zijn inderdaad onderdelen bij waarbij je denkt: ja, wat nou marktwerking, wie zal er om die markt gaan vechten en wat worden patiënten daar dan beter van? Dan gaat het dus om domeinen als «bemoei-zorg» en maatschappelijke begeleiding, en daar verwacht ik dan ook niet direct een actieve, levendige markt. Dat zou volgens mij ook niet moeten, want daarbij gaat het om een groep patiënten die niet in staat is om nu eens rustig uit te gaan zoeken bij welke zorgverzekeraar en bij welke aanbieder men het beste af is. Op die vlakken is er dan ook veel meer behoefte aan samenwerking en ketenzorg, minder aan marktwerking.

Dat neemt niet weg dat er ook psychische stoornissen zijn die veel eenduidiger zijn. In een stad als Amsterdam zijn er grote groepen vrijgevestigde psychotherapeuten, en in die zin is er dus al marktwerking. Voor ons is dat geen probleem. Integendeel, ook dat kan een kwaliteitsverbeterende en keuzevrijheidsbevorderende werking hebben.

De RIGG-vorming is inmiddels inderdaad bijna overal afgerond, maar je ziet al (de een kijkt daar méér naar uit dan de ander) dat GGZ-instellingen uit een bepaalde regio nagaan welke vormen van behandeling in een andere regio ontbreken, en of er mogelijkheden zijn om daar aanbod te creëren.

De heer **De Beer**: Bij mevrouw Slagter wil ik er geen misverstand over laten bestaan, dat invoering van DBC's in de GGZ een gigantische operatie is, waarvoor alles op alles moet worden gezet en waar veel partijen bij betrokken zijn. Zoals gezegd worden de DBC's in twee stappen ingevoerd en dat maakt naar onze mening de overstap naar DBC's verantwoord. De datum van 1 januari 2006 is echter al dichtbij, dus er zullen zeker aanloopproblemen ontstaan die wij zullen moeten zien te overwinnen. Overigens is het wel de bedoeling dat wij in de GGZ met veel minder DBC's gaan werken dan in de ziekenhuizen. De structuur is gelijk, maar het aantal DBC-productgroepen zal naar onze verwachting komen te liggen op 50 à 60, dus veel minder dan in de ziekenhuizen.

Het punt van de privacy wordt meegenomen in het hele traject, zeker op het moment dat de instellingen ook daadwerkelijk DBC's gaan aanleveren. Ook wij weten dat er zorgen en twijfels leven onder bepaalde leden. Wij hebben een aantal koplopers en wij hopen dat zij gaandeweg ook anderen meetrokken, opdat per 1 januari a.s. in ieder geval iedereen kan gaan registreren in DBC's. In 2007 zal dan de bekostiging op basis van DBC's gaan plaatsvinden. Wij zijn nog lang niet zo ver dat wij al kunnen aangeven in welk segment de DBC's komen te vallen. Wij zijn het daar nog niet met de minister over eens, en volgens ons heeft de minister ook nog geen concrete gedachten hierover.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik herinner eraan dat het ik dacht ten tijde van staatssecretaris Simons een speerpunt van GGZ Nederland zelf was om ondergebracht te worden in de AWBZ. Mevrouw Van Es zei dat het een weeffout was, maar het was precies het omgekeerde: het was juist zeer gewenst door GGZ Nederland, omdat indertijd bepaalde behandelwijzen door de samenleving nog niet zo geaccepteerd werden. De therapieën die mevrouw Van Es noemde, liggen voor een verzekeraar niet altijd even logisch in het verlengde van een verzekering, want het gaat vaak om een therapie die de betrokkene zelf niet wil. Verder wijs ik erop dat er indertijd en ook nu veel niet-medici in de GGZ werken.

De heer **Putters** (PvdA): In de nieuwe wetgeving moeten zorgverzekeraars ook de GGZ gaan beoordelen op de kwaliteit van zorg, en mevrouw Van Es gaf zojuist aan dat daar nog heel wat kennisoverdracht voor nodig is. Waarop baseert zij dan haar vertrouwen dat dit binnen een jaar geregeld kan zijn en dat zorgverzekeraars vervolgens de kwaliteit goed kunnen beoordelen?

Mevrouw **Van Es**: Het afgelopen half jaar hebben wij de belangstelling van de zorgverzekeraars enorm zien toenemen. Het heeft tot voor kort steeds ontbroken aan de noodzaak voor de zorgverzekeraars om zich erin te verdiepen, maar nu is die noodzaak er wel. Trouwens, als zorgkantoren het kunnen, kunnen de zorgverzekeraars het zelf ook wel. Bovendien hebben ze er wat meer tijd voor beschikbaar. Dat geeft mij alle vertrouwen dat het gaat lukken.

Ik beaam dat de overgang van de GGZ naar de AWBZ destijds niet als een weeffout is gezien, maar dat kwam omdat het de bedoeling was om de AWBZ uit te bouwen naar een basisverzekering. Dat is niet gebeurd en daardoor is de GGZ blijven zitten in een systeem van onverzekerbare zorg, wat nooit bedoeld was. Ik ben het ermee eens dat er lang en veel, ook ideologisch, is gedacht over geestelijke gezondheidszorg, en dat er vele zwenkingen waren bij de vraag of het al dan niet medische zorg is. Inmiddels is er meer dan ooit sprake van een vorm van synthese tussen de medische benadering en de meer sociale benadering, en vindt iedereen binnen de GGZ dat deze zorg thuishoort bij de verzekerbare zorg. Niemand ontkent dat psychiatrie een medisch specialisme is. Er zijn nog wel meningsverschillen over de vraag wat de biologisch georiënteerde psychiatrie vermag, maar het gaat niet meer om de vraag of GGZ wel iets met medisch handelen te maken heeft. Integendeel.

De **voorzitter**: Als het indertijd niet de bedoeling was geweest om de AWBZ uit te bouwen tot een volksverzekering, was het kruiswerk zeker niet onder de AWBZ gebracht.

Gesprek met prof.dr. W.P.M.M. van de Ven

De heer **Van de Ven**: In mijn notitie van 11 april 2005 aan u heb ik uiteen gezet dat ik twee redenen zie waarom elementen van de voorgestelde Zorgverzekeringswet strijdig zijn met het Europees recht. Eén van die redenen heb ik indertijd beschreven in een artikel in het Financieele Dagblad. Daarover zijn vragen aan de minister gesteld en naar aanleiding van het antwoord van de minister heb ik geconstateerd dat ook het andere argument zeer relevant is.

Het eerste argument is dat de Nederlandse overheid geen maatregelen mag nemen die buitenlandse verzekeraars verhinderen een kostendekkende premie in rekening te brengen waardoor zij gedwongen worden verlies te accepteren. Dit is het zgn. WTZ-argument dat de landsadvocaat in 1998 naar voren heeft gebracht. Er zijn in de jaren negentig al vele pogingen gedaan om de verzekeraars risicodragend te maken voor de WTZ (Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen). Met de WTZ liepen en lopen particuliere verzekeraars immers 0,0 risico. Er is sprake van een maximumpremie en de kosten boven dat maximum worden achteraf volledig vergoed. De overheid wilde verzekeraars risicodragend maken, bijvoorbeeld door een risicovereveningssysteem in te voeren. Maar omdat dat systeem imperfect zou zijn, zou dat tot consequenties hebben dat verzekeraars voor bepaalde groepen verzekerden op voorhand verliezen kunnen voorspellen. En dat mag niet volgens de landsadvocaat. Daar zit hem de kneep: er is een essentieel verschil tussen een ex ante-risicoverevening en kostencompensatie achteraf.

De WTZ is niet strijdig met de Europese regelgeving. De overheid mag bij die wet een acceptatieplicht en een maximumpremie aan verzekeraars opleggen, omdat in de considerans bij de Derde Schaderichtlijn wordt gezegd dat dit is toegestaan als daar maar een volledige compensatie tegenover staat. Bij de WTZ staat er tegenover de maximumpremie een volledige kostencompensatie achteraf, dus de verzekeraars hebben dan geen voorspelbaar verlies meer. Echter, bij een ex ante-risicovereveningssysteem worden als het ware risicogroepen van verzekerden samengesteld op basis van leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond en indicatoren voor morbiditeit. Voor elke risicogroep ontvangt de verzekeraar vooraf een normvergoeding per verzekerden. Nederland heeft een goed vereveningssysteem, misschien wel het beste ter wereld, maar toch is het nog niet goed genoeg, want binnen de onderscheiden risicogroepen zijn nog steeds substantiële subgroepen verzekerden te onderscheiden waarvoor de verzekeraars een voorspelbaar verlies lijden.

In de Memorie van Antwoord schrijft de minister dat er, indien er vrije premievorming zou zijn, sprake zou zijn van torenhoge premies. Als dan aan verzekeraars een verplichte doorsneepremie wordt opgelegd, kunnen zij dus kennelijk subgroepen aanwijzen waarvoor zij een voorspelbaar en zelfs torenhoog verlies lijden, want anders zouden ze bij vrije premievorming nooit een torenhoge premie vragen. Ik ben dus nogal verbaasd dat de minister zich enerzijds realiseert dat er torenhoge voorspelbare verliezen zijn – wat ook blijkt uit empirisch onderzoek dat morgen aan de minister gepresenteerd wordt – maar anderzijds het argument van de landsadvocaat uit 1998 hier niet op toepast. Dat argument van de landsadvocaat is trouwens ook overgenomen in het advies van de interdepartementale commissie Europees recht (ICER, 2001). Dit is dus het eerste argument waarom een verbod op premiedifferentiatie in strijd is met Europees recht.

Vervolgens kom ik bij het argument dat ik in het artikel in het Financieele Dagblad van 10 februari 2005 uiteen heb gezet. In dat artikel heb ik

betoogd dat zowel de acceptatieplicht als het verbod op premie-differentiatie in strijd is met het Europees recht. Ik beperk mij nu tot het punt van het verbod op premiedifferentiatie, want dat is voldoende voor strijdigheid met het Europees recht. De Derde Schaderichtlijn verbiedt in beginsel de overheid om in te grijpen in het acceptatiebeleid of de premiestelling. Er zijn uitzonderingen op. Zo mag er op basis van artikel 54, dat speciaal geldt voor ziektekostenverzekeringen, ingegrepen worden in de WTZ door een maximumpremie op te leggen. Laten we veronderstellen dat artikel 54 van toepassing is op de Zorgverzekeringswet. Dan mogen aan de verzekeraars alleen beperkingen worden opgelegd die noodzakelijk zijn voor het algemeen belang. Het algemeen belang is dat iedereen toegang heeft tot een betaalbare verzekering. Essentieel is dat de beperkingen noodzakelijk en bovendien proportioneel moeten zijn, dus niet verder gaan dan noodzakelijk om het doel te realiseren.

Dit houdt in dat, zodra er een alternatief is dat hetzelfde doel kan realiseren, zónder het vrije verkeer te belemmeren, de beperkingen niet langer noodzakelijk of proportioneel zijn. En voor het verbod op premie-differentiatie bestaat zó alternatief, te weten zorgtoeslagen. Als verzekeraars die een acceptatieplicht hebben, vrij worden gelaten in de premiestelling, is het allereerst de vraag of ze in staat zijn om nieuwe risicofactoren te vinden. Want op de achtergrond is er het risico-vereveningssysteem dat de verzekeraars al compenseert voor leeftijd, geslacht, morbiditeitsindicatoren enz. Dat is al méér dan de risicofactoren die de particuliere verzekeraars op dit moment in het algemeen hanteren. Maar goed, stel dat de verzekeraars toch nog nieuwe risicofactoren vinden, bijvoorbeeld diabetes type II, en die patiënten bijvoorbeeld gemiddeld 500 euro meer laten betalen, dan kan vervolgens aan die patiënt een hogere zorgtoeslag gegeven worden. Omdat al zes miljoen huishoudens een zorgtoeslag zullen krijgen, is het een relatief kleine moeite om die groep van diabetes type II-patiënten 500 euro méér zorgtoeslag te geven.

Langs die weg wordt hetzelfde doel bereikt, namelijk dat de verzekering voor die groep betaalbaar is, zonder dat de interstatelijke concurrentie binnen de EU wordt belemmerd, want verzekeraars worden vrijgelaten in hun premiestelling. Er is dus een alternatief en dan is het verbod op premiedifferentiatie niet alleen niet nodig, maar zeker ook niet proportioneel.

De heer **Hamel** (PvdA): Er wordt in verband met het punt van het voorspelbare verlies vaak verwezen naar Ierland, waar er inderdaad sprake is van de commerciële versus de niet-commerciële verzekeraar. Daar is bij wet opgelegd dat er compensatie achteraf wordt gegeven over de aantoonbare verliezen bij de niet-commerciële verzekeraar, en dat de commerciële verzekeraar daaraan moet bijdragen. Heb ik dan goed begrepen dat het eerste deel van het betoog van de heer Van de Ven daarop slaat, en dat ik Ierland kan brengen onder de categorie landen waar na afloop gewoon wordt verevend?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik hoor de heer Van de Ven stellen dat er een alternatief is, namelijk om mensen die een hoge premie moeten betalen, te compenseren via een hogere zorgtoeslag. Is dit ook toe te passen op verzekeraars, dus door niet ex ante, maar ex post de hogere kosten van verzekeraars te compenseren? Is zo'n alternatief toegestaan? Daarnaast is er nog het punt dat het vereveningssysteem en het meenemen van de reserves wellicht als onterechte staatssteun kunnen worden beschouwd. Wij hebben vandaag van verzekeraars gehoord dat het over en uit is als de ziekenfondsen hun reserves niet mee zouden mogen nemen. Kan de heer Van de Ven daar ook iets over zeggen?

De heer **Van de Ven**: Nee, helaas niet.

De heer **Werner** (CDA): Kent u de 26 vragen die de Europese Commissie nog aan de minister heeft gesteld over het nieuwe verzekeringsstelsel, om zich een nader oordeel te kunnen vormen?

De heer **Van de Ven**: Nee.

De heer **Werner** (CDA): Verder begrijp ik toch niet goed wat buitenlandse verzekeraars belemmert om in Nederland ziektekostenverzekeringen te gaan aanbieden. Dat kunnen ze toch gewoon doen op dezelfde voorwaarden als alle andere verzekeraars? Er zijn trouwens al veel verzekeraars die in Nederland opereren en die onderdeel zijn van een Europees conglomeraat, zoals Achmea, en die hebben kennelijk geen problemen. Zou verder niet de allereenvoudigste oplossing zijn: het vervangen van het bordje «privaat» door het bordje «publiek»?

De heer **Van de Ven**: Ja, dan is het probleem in één keer opgelost.

De heer **Werner** (CDA): De bandbreedte tussen een privaat stelsel met publieke randvoorwaarden, en een publiek stelsel met private uitvoering is ook maar buitengewoon gering. Kortom: is er hier sprake van een echte bedreiging? Of gaat het meer om een wetenschappelijke redenering die goed is voor hooggeleerden, maar waarvan de praktische betekenis toch niet zo groot is?

De **voorzitter**: Het zal de heer Van de Ven bekend zijn dat alles weer terug moet naar de Tweede Kamer als zijn voorstel zou worden gevolgd, waardoor wij alleen maar uitstel krijgen. Heeft het kabinet dan niet juist uiterst zorgvuldig gehandeld door na de Bolkestein-brief toch door te gaan en vragen van de Europese Commissie uit te lokken? Inmiddels is het aantal vragen van die kant, zo heb ik begrepen, gereduceerd tot een beperkt aantal.

Verder zal de heer Van de Ven niet onbekend zijn met alle adviezen die zijn uitgebracht. Het advies van het wetenschappelijk instituut van mijn eigen partij komt zonder meer uit op: wat nu in de huidige wetsvoorstellen staat, is wél mogelijk. Wat is de reactie van de heer Van de Ven daarop?

De heer **Van de Ven**: In Ierland is er ook een ex ante-risicoverevenings-systeem. Dat zit overigens iets anders in elkaar en is wellicht tevens een aanvullende verzekering. Bovendien is het vereveningssysteem daar wel in de wet opgenomen, maar of het ook al daadwerkelijk wordt toegepast, is vers twee.

De heer **Hamel** (PvdA): Daar wordt er twee keer gecompenseerd, zowel ex ante als na afloop.

De heer **Van de Ven**: Inderdaad, dat is waar. Ierland is vergelijkbaar in die zin, dat ook daar een acceptatieplicht en een verbod op premie-differentiatie gelden. Ook in Ierland zijn op voorhand groepen aan te wijzen waar de verzekeraar voorspelbaar verlies op lijdt. Als de commerciële verzekeraar in Ierland naar het Europese Hof stapt, denk ik dan ook dat hij daar gelijk zal krijgen.

De heer **Werner** (CDA): Maar een verzekeraar kan toch altijd een verzekering zo maken dat er verlies op wordt geleden? Als een autoverzekeraar alleen maar auto's in achterbuurten verzekert, zal die verzekeraar zeker verlies gaan lijden.

De heer **Van de Ven**: Dat hangt af van de premiestelling. De essentie van verzekeren is risicoclassificatie, waarbij de aangeboden risico's in zo homogeen mogelijke groepen worden ondergebracht en per groep de te

verwachten schade wordt geschat. Aan de hand daarvan wordt dan de premie berekend. Dat kan ertoe leiden dat mensen in die buurten vanwege de hoge premie deze verzekering niet nemen. Het is ook eigen aan verzekeraars dat ze achteraf soms verlies lijden en soms winst maken, maar bij de Zorgverzekeringswet gaat het om een voorspelbaar verlies voor bepaalde groepen.

De heer **Werner** (CDA): Dan moet een verzekeraar er niet aan beginnen.

De heer **Van de Ven**: Dat brengt mij bij het antwoord op uw vraag, wat een buitenlandse verzekeraar belemmert om in Nederland actief te worden. Stel, er is een buitenlandse verzekeraar die heel goed is in disease management, in managed care, in zorgprogramma's voor bepaalde groepen chronisch zieken. Die zou dat ook willen gaan doen in Nederland, maar dan is die verzekeraar uitermate aantrekkelijk voor chronisch zieken en zou hij door die groepen worden overspoeld. De verzekeraar ziet vervolgens tot zijn schrik dat een deel van die groepen voorspelbaar verliesgevend zijn, en ziet dus af van de komst naar Nederland.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Dat zou betekenen dat het vereveningssysteem niet goed werkt.

De heer **Van de Ven**: Dat is inderdaad de kern. Naar internationale maatstaven is ons vereveningssysteem goed. Wij hebben zelfs het beste systeem ter wereld; er is geen land dat een beter systeem heeft. Desondanks is ons systeem nog niet goed genoeg.

Mevrouw **Swenker** (VVD): De oplossing kan dus ook zijn om dit systeem nog verder te verfijnen, zodanig dat het in ieder geval neutraal uitwerkt.

De heer **Van de Ven**: Inderdaad. Bij een perfect vereveningssysteem is het argument van de landsadvocaat niet meer van toepassing. Maar dan is er ook geen noodzaak meer voor een verbod op premiedifferentiatie.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Dan is er dus geen probleem meer voor een buitenlandse verzekeraar om zich hier met disease management op bepaalde groepen te storten, want dan werkt het voor hem neutraal uit?

De heer **Van de Ven**: Dat is correct.

Als het zou gaan om een publiekrechtelijk stelsel, zou het verbod op premiedifferentiatie inderdaad geen probleem vormen. Dan wordt de Zorgverzekeringswet immers niet uitgevoerd door commerciële verzekeraars – want dan zou het geheel weer onder de Schaderichtlijn vallen – maar door uitvoeringsorganen Zorgverzekeringswet. Die uitvoeringsorganen kunnen wij dan weer zorgverzekeraars noemen, net zoals wij nu met de ziekenfondsen doen. De Zorgverzekeringswet moet dan wel zodanig worden ingekleed, dat het ook duidelijk is voor de Europese Commissie en het Europese Hof dat het echt om een deel van het stelsel van sociale zekerheid gaat. Sociale zekerheid valt namelijk niet onder de Europese Schaderichtlijnen. In dat geval kunnen wij zonder meer beperkingen als een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie opleggen. Wij mogen die op dit moment ook aan de ziekenfondsen opleggen en de overheid biedt ook bepaalde garanties als een ziekenfonds failliet zou gaan.

De heer **Hamel** (PvdA): Bij de AWBZ treden particuliere verzekeraars ook als uitvoerders op.

De heer **Van de Ven**: Ja, maar dat is weer volkomen risicoloos, min of meer vergelijkbaar met de WTZ.

De vraag of het kabinet zorgvuldig heeft gehandeld, gegeven de Bolkestein-brief, vind ik lastig te beantwoorden. Ik vind de Bolkestein-brief boterzacht; er staat geen enkele harde toezegging in. De meest cruciale zin waar het kabinet zich op baseert, luidt: «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». Dat zijn toch heel vage bewoordingen.

De **voorzitter**: De regering had het bij die Bolkestein-brief kunnen laten, maar heeft er juist een vervolg aan gegeven. De heer Hoogervorst heeft zich immers, met alles dat er is, opnieuw gewend tot de Europese Commissie. Daar zijn een aantal harde vragen uit voortgekomen, maar ik heb begrepen dat die al in behoorlijke mate beantwoord zijn. Je kunt verder nooit voorkomen dat er eens een procedure bij het Europese Hof terecht komt. Dat kan ook met een publiekrechtelijk systeem gebeuren.

De heer **Van de Ven**: Dat klopt, maar de risico's van een publiekrechtelijk systeem schat ik aanzienlijk geringer in. In de afgelopen twintig tot dertig jaar heb ik nog nauwelijks echt serieus de stelling gehoord dat het ziekenfondssysteem Europees-rechtelijk risico zou lopen. Ik weet niet wat er in alle gesprekken met de Europese Commissie naar voren is gekomen. Daar heb ik ook geen verslag van gezien. Ik kan alleen afgaan op hetgeen op de website van het ministerie staat: de brief van de minister aan Bolkestein waarin de hoofdlijnen van het nieuwe stelsel worden uitgelegd, en de Bolkestein-brief zelf. Als de minister uitsluitend op de Bolkestein-brief het standpunt baseert dat het Europees-rechtelijk in orde is, moet mijn conclusie zijn dat dit standpunt is gebaseerd op drijfzand.

De heer **Werner** (CDA): Dan zou ook het huidige particuliere ziektekostenverzekeringsstelsel dat wij in Nederland hebben, niet Europa-proof zijn, maar dat heb ik nog nooit horen beweren.

De heer **Van de Ven**: Nee, dat is niet juist. De buitenlandse verzekeraar die gespecialiseerd is in disease management, kan naar Nederland komen en is vrij in het weigeren van verzekerden en in het vaststellen van de premie.

De heer **Werner** (CDA): Ja, maar dan maakt die verzekeraar in Nederland geen schijn van kans.

De heer **Van de Ven**: Als de verzekerde echt een hoog risico is, is de meerbetalingsregeling van toepassing en kan de verzekerde een beroep doen op de WTZ, die in ieder geval Europa-proof is. Tenslotte is mij opgevallen dat veel juristen die Europees-rechtelijk geschoold zijn, onvoldoende het verschil kennen tussen ex ante-risicoverevening, ofwel normuitkeringen, en ex post-kostencompensatie. Dat cruciale verschil is ook niet goed begrepen door de opsteller van het advies van het wetenschappelijk instituut van het CDA. Op basis van de Derde Schaderichtlijn is het in orde als er een volledige kostencompensatie achteraf is. Bij de WTZ is dit het geval, en daarom is die wet in orde. Bij de Zorgverzekeringswet is dit niet het geval.

De voorzitter van de commissie voor VWS,
Van Leeuwen

De griffier van de commissie voor VWS,
Janssen

Lijst van ingekomen brieven

Datum	Kenmerk Brief	Instelling
3-2-2005		Belangenvereniging van Psychotherapeuten Dijkers-Verbaan
16-2-2005	32 724.01	Afschrift brief aan Min. VWS Zorgverzekeringswet Beroepenstructuur Verbond van Verzekeraars
16-2-2005	132724.02	Weurding Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet NPCF Schipaanboord
17-2-2005	132724.03	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag KNMG Wigersma
15-2-2005	132724.04	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet Vereniging van middelbare en hogere politieambtenaren Holtackers
18-2-2005	132724.05	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet MKB Hermans
28-2-2005	132724.06	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag Landelijke Huisartsen Vereniging Vos
23-2-2005	132724.07	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet Consumentenbond
24-2-2005	132724.09	Jonge VNO-NCW Braak
21-2-2005	132724.10	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag VGZ-IZA Mol
17-2-2005	132724.11	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet CG-Raad (Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad) Troost
22-2-2005	132724.12	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet Vereniging Regionale Zorgverzekeraars Feenstra
23-2-2005	132714.13	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet NVZ (Vereniging van Ziekenhuizen) Leemhuis-Stout
22-2-2005	132724.15	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet MENZIS Wever
7-3-2005	132724.16	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag FNV Heerts
17-3-2005	132724.22	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag SCO (Centrale van Overheidspersoneel) Uyl
23-3-2005	132724.26	Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag Ministerie VWS
29-3-2005	132724.27	Afschrift van de brief aan de Vereniging Regionale Zorgverzekeraars inzake de Zorgverzekeringswet Belangenvereniging van Psychotherapeuten Dijkers-Verbaan
30-3-2005	132724.28	Reactie op voorhang ontwerp besluit Zorgverzekering NVZ (Vereniging van Ziekenhuizen) Leemhuis-Stout Reactie op voorhang ontwerp besluit Zorgverzekering

10-4-2005	132724.32	Belangenvereniging van Psychotherapeuten Dijkers-Verbaan Reactie op uitnodiging 19 april 2005 inzake de voorhang ontwerp besluit Zorgverzekering
12-4-2005	132724.33	VGZ-IZA Mol Reactie op voorhang ontwerp besluit Zorgverzekering
12-4-2005	132724.34	Ministerie VWS Afschrift van de brief aan de TK Reactie op de brief van de VMHP inzake het ontwerp besluit Zorgverzekering
19-4-2005		VMHP (Vereniging van Middelbare en Hogere Politieambtenaren Maat Reactie op wetsvoorstel Zorgverzekeringenwet
21-4-2005	132724.46	Landelijke Huisartsen Vereniging Santen Beantwoording vragen inzake de Zorgverzekeringwet
22-4-2005	132724.47	VMHP (Vereniging van Middelbare en Hogere Politieambtenaren Holtackers Beantwoording vragen inzake de Zorgverzekeringwet
19-4-2005	132724.48	MENZIS Boxtel-Wever Info tbv het gesprek op 19-04-2005 tbv Zorgverzekeringwet
19-4-2005	132724.49	Platform Zorginstellingen Grote Steden Informatie tbv het gesprek op 19-04-2005 tbv de Zorgverzekeringwet
19-4-2005	132724.50	VGZ-IZA Informatie tbv het gesprek op 19-04-2005 tbv de Zorgverzekeringwet
10-2-2005		Zorgverzekeraars Nederland Wiegel Vorbereiding behandeling Zorgverzekeringwet
22-2-2005	132724.03	Erasmus Universiteit Exter Zorgverzekeringwet
26-4-2005	132724.54	Haarsma Reactie wvs zorgverzekering
26-4-2005	132724.55	Verheijnen Reactie wvs zorgverzekering
26-4-2005	132724.56	NVZ Vereniging van Ziekenhuizen Reactie naar aanleiding van bespreking 19 april 2005 inzake wvs zorg- verzekering
26-4-2005	132724.57	Agis Zorgverzekeringen Excuus nav artikel in het Financieel Dagblad 20-04-2005 mbt invoering basispolis
27-4-2005	132724.58	Ministerie van VWS Afschrift brief aan Tweede Kamer inzake College Persoonsgegevens tbv wvs zorgverzekering
28-4-2005	132724.59	CG-Raad en CSO Bijdrage tbv bespreking 19 april 2005 inzake wvs zorgverzekering en zorg- toeslag