

Vergaderjaar 2004–2005

29 763

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

D

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹

Vastgesteld 14 maart 2005

Het voorbereidend onderzoek gaf de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

1. Inleiding

De leden van de **CDA**-fractie hadden met bijzondere belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Immers, na diverse mislukte pogingen ligt er nu opnieuw een voorstel voor een Zorgverzekeringswet voor, in combinatie met de Wet op de Zorgtoeslag. In samenhang moeten deze wetsvoorstellen een einde maken aan het vigerende, verbrokkelde stelsel van ziektekostenverzekeringen met onder meer risicoselectie en willekeurige inkomenseffecten, bijvoorbeeld bij grensovergangen. Eén basisverzekering met acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie en een adequate risicoverevening zijn elementen die op instemming van de CDA-fractie kunnen rekenen. Naast een wettelijk verzekeringsregime voor alle burgers van Nederland wordt tevens inhoud gegeven aan een andere sturing en verantwoordelijkheidsverdeling binnen de zorg. Een gedereguleerd stelsel met gereguleerde marktwerking wordt hierbij uitgangspunt. De leden van de CDA-fractie onderschreven in algemene zin de in het wetsvoorstel neergelegde visie, maar wilden toch wel de nodige kritische kanttekeningen maken met betrekking tot de voorgestelde invulling, zeker ook uit een oogpunt van rechtmatigheid, uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid. Gaarne wilden deze leden hiertoe een aantal knelpunten voorleggen, waarbij zij ervan uitgingen, dat in een open dialoog een oplossing voor deze knelpunten kan worden gevonden.

Wetgevingstraject

Allereerst wilden de leden van de CDA-fractie stilstaan bij het wetgevend traject als zodanig en de gerezen twijfel over de haalbaarheid van de gekozen invoeringsdatum, namelijk 1 januari 2006. Een en andermaal hadden deze leden de minister erop geattendeerd, dat een verantwoorde behandeling van dit wetsvoorstel, dat een zeer essentiële structuurwijziging omvat, staat of valt met het tijdig beschikbaar komen van de

¹ Samenstelling:

Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA) (*voorzitter*), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), Swenker (VVD), (*plv. voorzitter*), Hamel (PvdA), Nap-Borger (CDA), Slagter-Roukema (SP), Schouw (D66), Putters (PvdA) en Thissen (GL).

vereiste stukken, zoals de Invoerings- en Aanpassingswet (I&Aw), de AMvB's, de Wet Marktordening Gezondheidszorg, etc. In antwoord op het verzoek van de vaste commissie heeft de minister van VWS in zijn brief van 11 februari jl. het tijdspad voor de behandeling van de aan de voorliggende wetsvoorstellen gerelateerde wetgeving bekend gemaakt. De leden van de CDA-fractie zijn hiervan geschrokken.

Zeker ook gelet op een uitspraak van de minister zelf in deze brief, dat het van evident belang is, dat er tijdig voldoende zekerheid voor burgers en partijen in het veld is, gebaseerd op vaststaande wet- en regelgeving. Dat nu zal zeer zeker niet het geval zijn wanneer de minister vasthoudt aan zijn mededeling, dat bijvoorbeeld de Invoerings- en Aanpassingswet eerst eind mei a.s. aan de Tweede Kamer (!) zal worden aangeboden. Wanneer de Eerste Kamer zou vasthouden aan de terechte wens, dat de I&A-wet Zorgverzekeringswet tezamen met de andere wetten zou moeten worden afgehandeld, dan is alleen al hierdoor invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag niet meer mogelijk op de tot dusverre beoogde datum.

Wanneer de Eerste Kamer genoeg zou nemen met een lichtere variant – kennis van de inhoud van alle gerelateerde wetgeving zonder deze al voor haar rekening te hebben genomen – dan ook sporen de diverse tijdstippen kennelijk niet met de met het veld gemaakte afspraken. Welke deadlines heeft de minister terzake met Zorgverzekeraars Nederland exact afgesproken (Zie interview heer Bontje, ZN Nederland)? In de eerdergenoemde brief valt bovendien op dat blijkbaar op het departement niet al te zwaar wordt getild aan de zwaarte van het traject rond de I&A-wet, terwijl toch een uiterst belangrijke zaak als het overgangsrecht voor verzekerden, wanneer door overheidsingrijpen verkregen rechten worden aangetast, nauwelijks eerder aan de orde is geweest. Ook een uiterst belangrijke zaak hoe om te gaan met de reserves van de huidige ziektefondsen moet hierin toch worden geregeld? En wat met betrekking tot de diverse termijnen, de solvabiliteit, etc.?

Terug naar het overgangsrecht, zo vervolgden deze leden. De verwijzing naar de Tweede-Kamer Handelingen 2004–2005, nr. 35, pag. 2345–2346, is verre van toereikend, roept zelfs vragen op over de juistheid van de antwoorden. Zoals de minister zich ongetwijfeld zal herinneren, is indertijd met de Eerste Kamer overeengekomen (Kamerstukken 25 900) dat in desbetreffende wetsvoorstellen beredeneerd moet worden aangegeven voor welke vorm van overgangsrecht uiteindelijk door de overheid wordt gekozen (onmiddellijke, eerbiedigende of uitgestelde werking). De leden van de CDA-fractie wilden nu reeds meedelen het niet nakomen van deze afspraak in het voorliggende wetsvoorstel zeer te betreuren. In de I&A-wet zou toch slechts de uitwerking dienen te worden vastgelegd? Voorts wilden deze leden gaarne vernemen welke redenen er nu exact aan het zover uiteentrekken van de hoofdwetten en de I&A-wet, alsmede andere regelgeving ten grondslag liggen. Immers bij alle grote structuurwetten op het terrein van de sociale zekerheid is altijd sprake geweest van een gezamenlijke behandeling. Denk bijvoorbeeld aan de PEMBA- en SUWI-wetgeving en meer recent onder het huidige kabinet aan de Wet Werk & Bijstand en de Wet Financiering sociale verzekeringen.

Met betrekking tot het Besluit Zorgverzekeringen stelden deze leden het op prijs dat er een voorhangprocedure zal gelden. De late aanbieding – eind april bij de Tweede Kamer – van het wetsvoorstel Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) heeft de minister zelf al tot het inzicht gebracht, dat er een latere dan voorziene invoeringsdatum noodzakelijk zal zijn. Ook al zal via het College van Toezicht op de Zorgverzekeringen (CTZ) het toezicht wel worden gecontinueerd overeenkomstig de huidige spelregels; dat geldt niet voor alle voor de Zorgautoriteit voorziene taken. Hoe oordeelt de minister in dit kader trouwens over de uitspraak van de

Consumentenbond, die er steeds van is uitgegaan, dat de toezichthouders volledig werkzaam moeten zijn voordat de Zorgverzekeringswet wordt geïmplementeerd? Al met al hadden de leden van de CDA-fractie grote moeite met de nu voorgestelde gang van zaken, zeker ook gelet op de gevoeligheid van deze materie en een zorgvuldige invoering.

Invoeringstraject

Hadden voorgaande opmerkingen betrekking op het wetgevingstraject, minstens zo belangrijk is het invoeringstraject. Kunnen de zorgverzekeraars hiermede uit de voeten ofwel verdraagt het tijdpad van de minister zich met de tijd, die de zorgverzekeraars nodig hebben om op verantwoorde en zorgvuldige wijze de Zorgverzekeringswet te implementeren? Naar de mening van de leden van de CDA-fractie ligt hier een wezenlijk knelpunt. Een simpele weergave van de feiten over de nog uit te voeren activiteiten kan dit duidelijk maken. Deze leden vroegen de minister dan ook hierop in te gaan aan de hand van een beoordeling van het navolgende voorbeeld. Opdat de verzekerden werkelijk kunnen «stemmen met de voeten» zullen zij toch uiterlijk 1 november a.s. moeten kunnen beschikken over een polisaanbod van de zorgverzekeraars om de invoeringsdatum van 1 januari 2006 te halen. Dit betekent dat uiterlijk op 1 oktober daaraan voorafgaand met de verzending hiervan aan de miljoenen verzekerden zal moeten worden begonnen. Dit nu heeft als consequentie, dat de premie uiterlijk medio september moet worden vastgesteld. Om dit te kunnen bereiken moeten de budgetten, die het CVZ vaststelt, wel op 15 juli 2006 bekend zijn en niet, zoals de minister heeft aangekondigd op 1 oktober, dat wil zeggen 2 ½ maand later. In het traject zit verder nog een toetsing van de polissen door het CTZ, voor de eerste keer een begrijpelijke zaak. Hiervoor zou dan als uiterste datum 1 juni moeten gelden. Hiervan is weer het gevolg, dat alle hieraan voorafgaande activiteiten, zoals toetsingskader CTZ, AMvB's/ministeriële regelingen op 1 april 2006 hun beslag moeten hebben gekregen, drie maanden eerder dan thans voorzien.

Naar het gevoel van deze leden vraagt dit schema al een uiterste krachtsinspanning van de diverse zorgverzekeraars. De minister kan, voorzover nu bekend en aangegeven in brieven en tijdschema's, aan deze reële wensen niet tegemoetkomen. Welke consequenties wil de minister hieraan voor de invoering verbinden?

De overige leden van de **commissie** sloten zich aan bij de opmerkingen van de CDA-fractie over het wetgevings- en invoeringstraject.

De leden van de fracties van de **PvdA** en van de **VVD** hadden met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel, maar hadden wel een aantal vragen aan het kabinet.

Is het niet een contradictio in terminis dat een ordening wordt voorgestaan door middel van marktwerking, maar dat er tevens een plafond door het budgettaire kader zorg wordt gesteld aan de uitgaven voor de zorg, zo vroegen de leden van de PvdA-fractie.

De leden van de fractie van de **Socialistische Partij** merkten op dat met de voorliggende wetsvoorstellen Zorgverzekeringswet en Zorgtoeslag een nieuw tijdperk wordt ingeluid, waarmee er een voorlopig (?) einde komt aan discussies van tientallen jaren. Iedere inwoner van Nederland is verplicht zich met ingang van 1 januari 2005 te verzekeren tegen ziektekosten bij één van de in ons land werkzame zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars zijn private ondernemingen die een vastgesteld basispakket tegen een standaard nominale premie moeten aanbieden en die door differentiatie in polisvormen en gecontracteerd aanbod en op

service en kwaliteit met elkaar moeten concurreren om de gunst van de verzekerde. De publieke waarborgen zijn een acceptatieplicht waardoor er solidariteit tussen gezond en ziek blijft bestaan en een zorgtoeslag voor 6 miljoen huishoudens, die er anders te ver in inkomen op achteruit gaan, als inkomenssolidariteit. Het verbod op premiedifferentiatie zal risicoselectie tegengaan, zorgverzekeraars zullen door een vereveningsbijdrage uit het zorgverzekeringsfonds gecompenseerd worden voor de slechte risico's.

De leden van de Socialistische Partij waren blij dat er uiteindelijk een einde lijkt te komen aan de gekunstelde en ook niet goed uit te leggen indeling die er bestond in de zorgverzekeringswereld met zijn publieke zorgverzekeraars voor mensen tot een bepaalde inkomensgrens en de particuliere markt die heel andere systemen en mechanismen kent. Zij zijn voorstander van één sociale volksverzekering, tegen ziektekosten, zij zijn voor acceptatieplicht en tegen risicoselectie. Zij waren echter tegen de wetsvoorstellen zoals ze nu voorliggen omdat hiermee grote risico's worden gelopen, de solidariteit onder druk zal komen te staan, de kosten door concurrerende partijen op een markt waar schaarste heerst zullen stijgen, zorgverzekeraars schade gaan beheersen in plaats van gezondheid te bevorderen. De relatie tussen behandelaar en patiënt zal verschuiven van een relatie, waarin vertrouwen het sleutelwoord is naar een relatie waarin kosten een rol kunnen/moeten spelen, hiermee zal de professionele autonomie onder druk komen te staan.

Deze leden maakten zich grote zorgen over de financiële gevolgen van de invoering van de wetten, alsmede over de administratieve chaos die de uitvoering met zich mee zal brengen. Ook is het de vraag of de voorliggende wetten Europa «proof» zullen blijken te zijn. De Eerste Kamer moet vooral letten op de uitvoerbaarheid en consistentie. De leden van de SP-fractie meenden dat deze wetten in deze vorm niet bijdragen aan het welzijn en de gezondheid van alle inwoners van Nederland. Zij namen daarom de vrijheid om de minister van VWS en de staatssecretaris van Financiën de volgende vragen te stellen.

Deze leden vonden het voorts uitermate storend dat er tot nu toe slechts contouren bekend zijn van de Invoerings- en Aanpassingswet, die de implementatie van de voorliggende wetten zal begeleiden. Ook de Wet Marktordening Gezondheidszorg ligt nog niet voor. Zij vonden dat plenaire behandeling in feite pas kan plaatsvinden als alle wetsvoorstellen bekend zijn, zodat ze in samenhang besproken kunnen worden. Is er al meer duidelijkheid over de termijnen waarop de genoemde wetten ingediend en behandeld zullen worden?

De leden van de fractie van **GroenLinks** sloten zich in grote lijnen bij de opmerkingen van hun collega's van de Socialistische Partij aan. Zij waren bij de grote vorige hervormingspoging onder leiding van de toenmalige staatssecretaris Simons al van mening dat het onderscheid tussen particuliere verzekerden en ziekenfondsverzekerden niet meer van die tijd was, en dat standpunt staat nog steeds recht overeind. Alleen hadden zij ernstige twijfels over de wijze waarop de regering thans invulling geeft aan een nieuw stelsel van ziektekostenverzekering. De vrees van de leden van de fractie van GroenLinks was vooral dat niet de menselijke betrekkingen centraal staan in de hervorming van de gezondheidszorg, maar de financiële kanten van de zorg het leidende en sturende principe vormen voor de inrichting en ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland. In het rapport Bewijzen van goede dienstverlening heeft de WRR onlangs ernstige twijfels geuit bij de effectiviteit van recente hervormingen van de publieke sector. De voorstellen waar de regering nu mee komt gaan echter onverdroten voort op de ingeslagen weg, die in de ogen van de WRR leidt

tot starre omgangsvormen tussen financiers en zorgaanbieders c.q. professionals, waarin het wantrouwen voorop gaat. De leden van de fractie van GroenLinks zouden het op prijs stellen als de regering haar inzet nog eens tegen het licht houdt van de analyse zoals de WRR deze in het rapport Bewijzen van goede dienstverlening op tafel heeft gelegd. Valt het nog wel te rijmen?

Naast tal van inhoudelijke bezwaren hadden de leden van de fractie van GroenLinks onoverkomelijke bezwaren tegen de wijze waarop het hele wetgevingstraject is georganiseerd. Bij de plenaire behandeling van de HOZ hebben de leden van deze fractie al hun onvrede geuit over de stapeling van wetten die bij stukjes en beetjes de stelselherziening mogelijk maken. Zij spraken toen van een fuik, waarin het parlement ingetrokken wordt door de regering, waardoor er langzaam maar zeker een situatie van voldongen feiten ontstaat, waarvan niemand meer weet wie daartoe het besluit genomen heeft. Die vorm van wetgeving stond de leden van GroenLinks zeer tegen, vooral nu er enorme druk ontstaat om tot snelle besluitvorming te komen om de herziening op 1 januari 2006 te laten ingaan. Dat leidt tot chaos, tot oneigenlijke beslissingen, die niemand zou moeten willen. De bedenkingen met betrekking tot het verdere invoeringstraject van de wet, zoals die door alle andere partijen al naar voren zijn gebracht, worden door de leden van de fractie van GroenLinks meer dan onderstreept. Zij meenden zelfs dat het hier geen incident betreft, maar een trend. Onder vergelijkbare druk werd de wet op de Jeugdzorg gemaakt (om het uiteindelijk net niet te halen) en wordt binnenkort ook de Wet Maatschappelijke Ondersteuning op gemeenten losgelaten. Wie de tijdsspanne meet tussen de afronding van de parlementaire besluitvorming van dergelijke wettrajecten en de dag van invoering zal gemeten naar de laatste 25 jaar moeten constateren dat deze tijdsspanne tot een vrijwel onmogelijk minimum is gekrompen. Het is evident dat de kwaliteit van de wetgeving en de kwaliteit van de uitvoering op geen enkele manier ten goede komt. De leden van de fractie van GroenLinks zouden daarom graag van de regering willen vernemen wat er nu precies tegen invoering van de voorliggende voorstellen per 1 januari 2007 is.

De leden van de fracties van **D66** en **OSF** meenden dat het zorgverzekeringsstelsel aan een grondige herziening toe is. Het kabinet heeft hiertoe een wetsvoorstel ingediend; dit wetsvoorstel is nu onderwerp van discussie. Het wetsvoorstel heeft een tweeledige doelstelling. Ten eerste moet de zorg van betaalbare kwaliteit blijven. Kostenbesparingen moeten door zorgverzekeraars geboekt worden door goedkoper zorg in te kopen. Het wetsvoorstel beoogt een versterking van de positie van de zorgverzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders. Hiertoe dient de zorgmarkt verder geliberaliseerd te worden. In deze verdere liberalisering van de zorgmarkt is reeds in andere wetsvoorstellen voorzien.

In de tweede plaats dient het wetsvoorstel de keuzevrijheid van de verzekeringsnemers te vergroten. De groep van verzekeringsnemers wordt in dit geval gevormd door de gehele Nederlandse bevolking, daar het wetsvoorstel in een verzekeringsplicht voorziet. Het huidige systeem is versnipperd; er is sprake van een niet homogene verzekeringsmarkt. Na invoering van het wetsvoorstel zal er een homogene verzekeringsmarkt ontstaan zijn voor alle Nederlanders, waarin private zorgverzekeraars een basisverzekering aanbieden. Aanvullende verzekering is voor de verzekeringsnemers optioneel. Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht.

De leden van de fracties van D66 en OSF steunden in beginsel beide doelstellingen, maar de wijze waarop deze zijn uitgewerkt is bepalend

voor hun definitieve standpunt. De leden van beide fracties hadden dan ook flink wat vragen en opmerkingen. Zij vroegen zich dan ook af of het niet verstandiger is invoering van het wetsvoorstel met een jaar uit te stellen

2. Inhoud wetsvoorstel

A. ALGEMEEN

2.1 Inleiding en samenvatting

Doelstellingen van het wetsvoorstel

De leden van de **PvdA**-fractie – de leden van de fractie van **GroenLinks** sloten zich daarbij aan – zouden graag een nadere onderbouwing zien van de stelling dat de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars zal leiden tot een doelmatiger zorg. Wat zijn de garanties dat verzekeraars zich opstellen als doelmatige klantgerichte regisseurs? Zal er sprake zijn van daadwerkelijke concurrentie tussen verzekeraars? In de Verenigde Staten is te zien dat verzekeraars helemaal niet gebaat hoeven te zijn bij een doelmatiger stelsel. Is het niet zo dat de commerciële verzekeraar in de eerste plaats gericht is op winstmaximalisatie? Deze winstmaximalisatie leidt toch niet per definitie tot een grotere doelmatigheid van de zorg?

Deze leden merkten op dat in de huidige situatie particuliere verzekeraars vaak de ziekenfondsen in hun beleid volgen, terwijl de particuliere verzekeraars wel degelijk al opereerden op een markt. Hoe valt dit gedrag van de commerciële verzekeraars dan te verklaren? Kan evenzo een verklaring worden gegeven voor het feit dat de particuliere verzekeraars weinig invloed hebben uitgeoefend op de kwaliteit, de prijs en het volume van de zorg?

De leden van de PvdA-fractie vroegen tevens hoe het aantal aanbieders in een bepaalde regio zich verhoudt tot de kosten van de zorg. Zou een te grote spreiding kunnen leiden tot schijnvoordelen? Verzekeraars moeten per regio daadwerkelijk kunnen kiezen tussen meerdere aanbieders, maar veel aanbieders hoeven toch niet automatisch te leiden tot een economisch en kwalitatief optimum? Kan tevens worden meegedeeld hoe de regionale spreiding van zorgaanbieders zich verhoudt tot de keuzevrijheid van de verzekerde? Hierbij vroegen deze leden zich af, nu de GGZ (geestelijke gezondheidszorg) onderdeel is van de zorgverzekering en de GGZ met name regionaal is georganiseerd, hoe reëel keuzemogelijkheden zijn wanneer er in de regio slechts één aanbieder is.

De leden van de PvdA-fractie vroegen vervolgens of een reactie gegeven kan worden op de omschrijving van de Raad van State van het voorgestelde stelsel als bureaucratisch gesimuleerde marktwerking.

Noodzaak tot hervorming van het huidige verzekeringsstelsel

De leden van de **SP**-fractie merkten op dat de minister van VWS in discussies heeft gezegd dat het in feite niet veel uitmaakt of de zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd door private verzekeraars waarbij de publieke belangen per wet geregeld is en de burger van rechtswege zelf verplicht is een verzekering af te sluiten, of dat deze door publieke verzekeraars van rechtswege wordt aangeboden. De leden van de SP-fractie dachten dat de keus voor een privaatrechtelijke vormgeving een keus is tegen de in Nederland heersende cultuur van overleg en samen-

werking en voor marktwerking en concurrentie. De keus druist in tegen de Nederlandse geschiedenis en traditie. De minister lijkt hiermee op een historische vergissing aan te koersen. Kan de minister nog eens kort zijn analyse schetsen van wat het probleem nu eigenlijk is waarop deze stelselherziening het antwoord is? Wie zal er, naast de ziekenfondsen die als ondernemingen straks winst mogen maken, die aan aandeelhouders is uit te keren, nu echt beter van worden? Op grond van welke argumenten is de keus voor deze manier van zorg verzekeren gemaakt?

De leden van de fractie van **GroenLinks** zouden daar de vraag aan toe willen voegen welke lessen de regering heeft getrokken uit de introductie van marktwerking in andere sectoren van publieke dienstverlening, die zoals bekend mag worden verondersteld niet overal even positief heeft uitgewerkt. Welke garantie kan de regering geven dat negatieve effecten zoals die in andere sectoren zichtbaar waren (winst maken als doel op zich, ondermaatse prestaties op weinig winstgevende zaken, verlies van professionele autonomie, taylorisering van menselijke betrekkingen, etcetera) in de zorgsector zullen uitblijven? In dit verband zouden de leden van de fractie van GroenLinks het ook op prijs stellen als de regering haar voorstellen nog eens toetst aan de vijf ordenende principes die de WRR in het advies Bewijzen van Goede Dienstverlening heeft gepresenteerd.

Meer keuzevrijheid en verantwoordelijkheid voor de verzekerde

De leden van de **CDA**-fractie merkten op dat de memorie van toelichting is doortrokken van zowel een grotere verantwoordelijkheid als een grotere keuzevrijheid, niet alleen voor de zorgverzekeraars, maar ook voor de zorgaanbieders en met name voor de verzekerden/patiënten. In de zinsnede op pagina 2 «Burgers krijgen zowel meer financiële verantwoordelijkheid als meer invloed en reële keuzevrijheden bij het bepalen van hun zorgverzekering» wordt dit ook duidelijk weergegeven. Op pagina 32 van de nota naar aanleiding van het verslag wordt hieraan toegevoegd «Het belangrijkste element in de invloed van de verzekerde vloeit echter voort uit de omstandigheid dat hij in het nieuwe verzekeringssysteem een sleutelrol heeft. De verzekerde is in het nieuwe systeem degene, die door het bepalen van zijn keuzes aangeeft welke spelers het naar zijn mening goed doen en welke niet». De leden van de CDA-fractie hadden terzake echter nog de nodige twijfels en oordeelden, dat al te zeer wordt uitgegaan van een situatie die eerst op langere termijn met aller inspanning kan worden bereikt. Wel is er sprake van een positieve ontwikkeling. Duidelijk positief kan bijvoorbeeld het oordeel zijn over het op termijn beschikbaar komen van keuze-informatie over de prestaties van zorgverzekeraars. De transparantie van de zorgverzekeringmarkt is een eerste vereiste en wordt hiermede zeer zeker gediend. Niettemin zal de aanwezige, grote informatiekloof hierdoor de eerste jaren zeker nog niet zijn gedicht, derhalve niet tot het verleden behoren. Het zal dan ook voorlopig nog bijzondere inspanningen van de verzekerden vergen om de verschillende op de markt komende polissen van de zorgverzekeraars goed tegen elkaar te kunnen afwegen. Kan de minister tegen deze achtergrond inzicht geven in aanvullende maatregelen, die alsnog zullen en kunnen worden genomen om de verzekerden hierbij te ondersteunen? Vond de minister overigens in dit kader de Keuzegids Zorgverzekeringen, gelet ook op alle rumoer, een geslaagde en verantwoorde poging? Wordt er bovendien nog aandacht gegeven aan de wens van de verzekerden dat de keuze-informatie ook op andere wijze (op papier) beschikbaar komt?

De problematiek rond de informatie-achterstand zinkt evenwel in het niet bij de vraag of de verzekerde/patiënt over de gehele linie reële keuzemogelijkheden krijgt. Kan de sleutelrol worden waargemaakt en is deze wel aanwezig? Een verantwoorde keuze voor een zorgverzekeraar zal

voorlopig voor de verzekerden nog uitermate moeilijk blijven, bovendien is deze keuze wel erg beperkt (eenmaal per jaar). De keuzemogelijkheden voor de patiënt zijn echter nog veel geringer. Veel van de informatie, waarover tot dusverre is gesproken, betreft immers algemene informatie, waarmee op termijn de verzekerde metterdaad meer keuzemogelijkheden zal krijgen. Specifieke informatie, die patiënten nodig hebben, ontbreekt nog in overwegende mate. Hoe denkt de minister hierin te voorzien? Bovendien worden de patiëntenorganisaties, die hierbij – naast de koepelorganisaties – een belangrijke rol dienen te spelen, momenteel eerder in hun mogelijkheden beperkt dan dat deze aanzienlijk worden verruimd. De leden van de CDA-fractie wilden dan ook de nadrukkelijke toezegging, dat het veld van erkende patiëntenorganisaties en hun koepels een aanzienlijke verruiming van financiële middelen tegemoet kunnen zien, al dan niet via de Stichting PGO (patiënten-, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden).

Terecht stelt de Raad van State dat het uiteindelijk gaat om de relatie arts–patiënt, waarbij de medische professionaliteit en het onderlinge vertrouwen essentieel zijn. De Raad meent, dat het wetsvoorstel te weinig zicht biedt op de gevolgen van het nieuwe stelsel voor deze relatie. Kunnen deze gevolgen nog eens expliciet worden aangegeven? Ook de leden van de CDA-fractie waren zich bewust van deze problematiek, zoals uit de inbreng in het kader van het restitutiebesluit is gebleken. Kan de minister nog eens bevestigen, dat aan de polissen een addendum van gecontracteerde zorgaanbieders zal worden toegevoegd, opdat de verzekerden metterdaad kunnen kiezen?

In de Zorgverzekeringswet gaat het om de betekenis van de naturapolissen versus de restitutiepolissen. Patiënten worden toch principieel (de omvang doet dan niet terzake) afhankelijk van de keuze van de zorgverzekeraars, die overwegend zullen opteren voor een natuursysteem. Voorzover er sprake zal zijn van restitutiepolissen en -mogelijkheden, dat blijkt ook uit de antwoorden van de minister, kan de minister er niet voor instaan, dat de prijs niet hoger zal zijn. Hierdoor kan de vrije artskeuze voor degenen met een smalle, té smalle beurs – en onder hen bevinden zich relatief veel chronisch zieken – buiten beeld raken. De leden van de CDA-fractie bleven en blijven zich dit knelpunt bij voortdurend realiseren, gaan er vooralsnog van uit dat de patiënt niet in zijn keuzevrijheid mag worden belemmerd, blijven nadenken over de meest geëigende oplossing en verwachtten van de minister dat hij in creativiteit terzake de CDA-fractie zal overtreffen. Deze leden erkenden overigens de voordelen van een naturapolis in het kader van een gericht inkoopbeleid, maar zij vonden dat deze voordelen in evenwicht moesten worden gebracht met de keuze voor een restitutiepolis. Ook als tegenwicht tegen té smalle contractering. Voorts vroegen deze leden de minister nog eens uiteen te zetten wat, gelet op de Europese regelgeving over het vrije verkeer van diensten, nu in feite in het kader van een restitutiepolis wel of niet mogelijk is.

Bij een eerdere gelegenheid hadden deze leden ook nog aandacht gevraagd voor de problemen rond de betaling, waarbij de Derde Betalerregeling als voorbeeld werd genoemd. Is hierover nog nagedacht en met welk resultaat?

Op welke te onderscheiden gebieden, zo vroegen de leden van de **PvdA**-fractie, draagt het voorgestane systeem nu daadwerkelijk bij aan prikkels voor de eigen verantwoordelijkheid en de keuzevrijheid van de burger? Is er binnen het voorgestelde systeem niet veel meer sprake van prikkels voor verzekeraars?

Kan de regering, zo vroegen de leden van de fractie van **GroenLinks** in aansluiting op de vragen van hun collega's van de PvdA-fractie, in resultaatstermen aangeven wat de keuzevrijheidswinst van de burger is? Wat kan hij/zij in het huidige systeem niet wat hij/zij in het nieuwe systeem wel kan? Hoe operationaliseert de regering het idee van het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid? Zijn «grotere keuzevrijheid» en een «grotere eigen verantwoordelijkheid» in het voorgestelde stelsel ook op een andere wijze te definiëren dan het kiezen op basis van kosten?

Specialistische behandeling met ziekenhuisopname, waarvoor het budgetstelsel nog geldt kan vele duizenden Euro's bedragen. In hoeverre, zo vroegen de leden van de **VVD**-fractie, wordt het beginsel van vrije artskeuze hierdoor gefrustreerd indien de verzekerde/patiënt bijvoorbeeld slechts 90% van de kosten gerestitueerd krijgt.

Meer concurrentie en invloed voor de zorgverzekeraar

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen wat de noodzaak is de verzekeraars de mogelijkheid te bieden om aan derden uit te keren winst te maken. Wat is, zo vroegen deze leden, de reden dat vele commerciële aanbieders van zorgverzekeringen zich teruggetrokken hebben en dat nog slechts een zeer beperkt deel van de verzekerden bij deze verzekeraars hun ziektekostenverzekering hebben ondergebracht?

De leden van de **VVD**-fractie constateerden dat zorgverzekeraars winst mogen maken op hun bedrijfsvoering. Op het ogenblik kennen ziekenfondsen financieel gezien een tweedeling: een budget voor de beheerskosten en daarnaast de financiële middelen uit voornamelijk de vereveningsbijdragen en premies voor de betaling van de kosten van zorg. Wat omvat het begrip «bedrijfsvoering»? Vervalt het onderscheid zoals dat nu voor ziekenfondsen geldt?

Meer maatwerk en prestatiegerichtheid door zorgaanbieders

De leden van de **CDA**-fractie meenden dat de minister zich zal herinneren dat zij het winstbeoogend mogen zijn van de zorginstellingen niet direct toejuichen. Sterker nog, voor bepaalde sectoren zagen deze leden dit in het geheel niet zitten. De introductie van uitkeerbare winst is immers niet noodzakelijk voor de introductie van marktwerking als zodanig, zo stelt de minister. Het winstmotief wordt immers ingegeven door argumenten als rationele bedrijfsvoering, hogere productiviteit, klantgericht, efficiënt en innovatief gedrag of meer toetreding van nieuwe zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een aantal aangevoerde argumenten waagden de leden van de CDA-fractie in twijfel te trekken. Juist vanwege het concurreren op «massa» beweegt de trend onder de zorgverzekeraars zich in omgekeerde richting en met voorlopig uitdrukkelijke bewaking van de inkomens van beroepsbeoefenaren. Hoe wordt bovendien voorkomen, dat maatschappelijke ondernemingen op achterstand worden gezet?

Wat zijn nu exact de voornemens in de februaribrief, die onderwerp van discussie is in de zorgsector? Kan de minister nadere informatie verschaffen over de situatie terzake elders in Europa? De leden van de fractie van **GroenLinks**, voor wie de winst-kwestie ook een zeer prangende zaak is, sloten zich bij deze vragen van de leden van de CDA-fractie aan.

De leden van de **VVD**-fractie konden zich vinden in het standpunt van de minister dat het toegestaan is dat degenen die investeren in een zorgvoorziening, een vergoeding krijgen voor het verstrekken van risicodragend kapitaal. Echter kan het ook zo zijn dat bijvoorbeeld

beleggingsmaatschappijen een vergoeding vragen voor het geïnvesteerde kapitaal dat (ver) uitstijgt boven een redelijke vergoeding voor het geïnvesteerd vermogen. Is dit voor de minister ook aanvaardbaar, of gaat hij hier dan nadere grenzen aan stellen?

Minder bureaucratie en administratieve lasten

De leden van de **PvdA**-fractie merkten op dat gesteld wordt dat meer verantwoordelijkheid voor de betrokken partijen in de zorg het mogelijk maakt te komen tot een reductie van onnodige bureaucratie. Op welke wijze zal dat gerealiseerd worden?

Of, andersom geformuleerd, aldus vervolgden de leden van de fractie van **GroenLinks**, hoe zal het uitgangspunt van minder bureaucratie lasten daadwerkelijk kunnen leiden tot meer handen aan het bed?

2.2 Achtergrond van het wetsvoorstel

Eisen aan het systeem van gezondheidszorg

Naar het oordeel van de leden van de **CDA**-fractie is een zorgpunt of de zorgverzekeraars zich niet overwegend als financiële belangenbehartigers zullen opstellen en onvoldoende aandacht zullen willen of mogelijk kunnen geven aan de medisch-inhoudelijke keuzes, alsmede aan de kwaliteit. De zorgverzekeraars dienen immers ook kwaliteitsverschillen te kunnen duiden. Zijn zij hiervoor voldoende toegerust? Hoe te voorkomen dat patiënten hiervan de dupe worden? Een verwijzing naar het kunnen stemmen met de voeten is hier té mager.

Gesteld wordt, zo vervolgden de leden van de **PvdA**-fractie, dat marktwerking een hogere kwaliteit en/of een lagere prijs voor de verzekerde ten doel heeft. Ook wordt gezegd dat de invoering van het nieuwe stelsel ten doel heeft de zorg betaalbaar te houden, door middel van kostenreductie. Als de uitkomst van de marktwerking een hogere kwaliteit is en niet een lagere prijs, of als de kostenreductie niet wordt gerealiseerd, welke mogelijkheden zijn er dan in dit wetsvoorstel om wel de beoogde doeleinden te realiseren, zo vroegen de leden van de PvdA-fractie.

Deze leden vroegen tevens of de voorgestane marktwerking niet te veel uit gaat van de prijs en of er niet te weinig aandacht wordt besteed aan de kwaliteit. Kan nog eens worden toegelicht op welke wijze kwaliteit een cruciale rol zal spelen in het voorgestane model? Welke definitie van kwaliteit is gehanteerd bij het opstellen van het voorliggende wetsvoorstel?

Kwaliteit en continuïteit van de zorg zijn erg belangrijk. De beoordeling daarvan wordt nu volledig aan de zorgverzekeraars overgelaten. Is deze constatering van de leden van de **SGP**- en **CU**-fractie juist? Strijdt dit niet met de verplichting van de overheid om te zorgen voor een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg?

Toekomstige ontwikkelingen

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen wat nu de belangrijkste oorzaak van de stijging van de kosten van de gezondheidszorg is. Is dat de technische ontwikkeling die hogere kosten met zich brengt, of is dat het langere leven van burgers dat door technische ontwikkelingen mogelijk is geworden, of is dat de toenemende vergrijzing? Herhaaldelijk wordt in de memorie van toelichting genoemd dat de aanzienlijke stijging van de zorguitgaven de vraag oproept over de houdbaarheid van het stelsel op

langere termijn. Welke garanties biedt het thans voorgestane stelsel voor de houdbaarheid op de langere termijn?

Stapsgewijze invoering van concurrentie

Ook voor de zorgaanbieders blijven de meerdere mogelijkheden om zorg te bieden die aansluit bij de behoeften en wensen van de burgers, vaak nog té beperkt aanwezig, aldus de leden van de **CDA**-fractie. Hierbij spelen diverse factoren een rol, waar onder ook schaarste. Bovendien zal ook de arts niet onbelemmerd kunnen kiezen, maar rekening moeten houden met de voor de patiënt al dan niet gecontracteerde zorg. Meer en meer wordt in het licht van dit alles gespeculeerd over de vraag wanneer het nieuwe systeem goed zal kunnen functioneren. Uiteraard mag niemand verwachten, dat alles in 2006 of 2007 reeds optimaal zal verlopen, maar om zwarte pieten achteraf te voorkomen (denk aan de SUWI-ontwikkelingen), is het zaak hierover in het parlementaire debat toch helder te communiceren, omdat een té lange periode van kinderziektes het systeem eveneens kan uithollen. Hoe oordeelt de minister in dit kader over een uitspraak van de heer Van Boven tijdens het NVA-congres, te weten «Vriend en vijand zijn het erover eens, dat het nieuwe systeem zeker in de beginjaren veel meer zal kosten dan het oude systeem. Pas rond 2012 zal het systeem goed functioneren. Ik heb grote vraagtekens of we die tijd wel krijgen van de politiek». Kan de minister deze stellingname overtuigend ontzenuwen en de leden van de CDA-fractie duidelijk maken dat eventuele negatieve uitkomsten, ook financieel, niet zullen worden afgewenteld op de verzekerden?

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen of het niet wenselijk ware geweest dat, voor een verdergaande liberalisering van de zorgverzekeringsmarkt plaatsvindt, eerst meer ervaring is opgedaan met de beoogde marktwerking op de markt voor aanbieders. De afspraken die zijn gemaakt tussen aanbieders en verzekeraars voor 2005 kunnen toch nog slechts gezien worden als vingeroefeningen. Pas voor het jaar 2006 zal er sprake zijn van reële onderhandelingen. De leden van de PvdA-fractie vroegen zich dan ook af in hoeverre de geplande invoeringsdatum van 1 januari 2006 realistisch is. Kan een zorgvuldige invoering op die datum worden gegarandeerd?

De fracties van **D66** en **OSF** stelden dat in het wetsvoorstel wordt uitgegaan van voldoende concurrentie tussen de zorgverzekeraars. Voldoende concurrentie is van groot belang om de zorgverzekering toegankelijk en betaalbaar te houden; temeer daar er niet voorzien is in een maximumpremie. De Raad van State constateert echter een «reëel gevaar voor monopolie- en oligopolievorming.» Volgens de Raad kunnen verdere ontwikkeling van de internationalisering van de markt van zorgverzekeraars en aanbieders de slagingskans van het voorgestelde systeem doen toenemen. De Raad van State stelt dan ook een gefaseerde invoering van het nieuwe stelsel voor. De leden van de fracties van D66 en OSF vroegen of door het kabinet serieus is nagegaan of een gefaseerde invoering van de wet daadwerkelijk de kans van slagen doet toenemen. Zo ja, vanaf welke invoeringsdatum heeft de wet voldoende kans van slagen? Zo nee, moet deze informatie dan niet eerst nog gezocht worden alvorens tot invoering van het wetsvoorstel over te gaan; of moet het (tijdelijk) stellen van een maximumpremie niet worden overwogen? Marktwerking is in het nieuwe stelsel te vinden op een tweetal plaatsen, te weten in de relatie zorgverzekeraar-verzekerde en in de relatie zorgverzekeraar-zorgverlener. De leden van deze fracties vermoedden dat het cruciale knelpunt in de totstandkoming van een daadwerkelijk competitief stelsel te vinden is in de relatie tussen zorgverzekeraar en de zorgverleners. De veronderstelling is dat de zorgverleners zullen concu-

ren om de gunst van de zorgverzekeraars. Ziet het kabinet dit ook als een cruciaal knelpunt? Beschikt het kabinet over een toetsingskader voor de totstandkoming van de zorgverzekeringsmarkt op basis van objectieve criteria? Zo ja, welke objectieve criteria zijn in die toetsingscriteria opgenomen? Hoe gaat het kabinet dit toetsen? Welke consequenties zijn er in geval dat de zorgverzekeringsmarkt niet tijdig aan de toetsingscriteria voldoet? Zo nee, is het dan niet van het grootste belang om binnen korte termijn dergelijke toetsingscriteria vast te stellen?

Ook wat betreft de zorginkoopmarkt is door betrokkenen de vrees geuit dat er niet daadwerkelijk een competitieve zorgmarkt zal ontstaan. De zorgverzekeraars zouden teveel marktmacht krijgen bij de inkoop van zorg. De minister heeft deze vrees proberen weg te nemen door te wijzen op zijn beschikking over een «Stalinistisch gereedschapskistje». De leden van de fracties van D66 en OSF vroegen welke stukken gereedschap de minister in zijn «kistje» heeft; met andere woorden, op welke concrete wijze kan de minister na invoering van het wetsvoorstel nog ingrijpen in de zorgmarkt?

De leden van de fracties van D66 en OSF, daarin gesteund door de leden van de fractie van **GroenLinks**, vroegen het kabinet vervolgens wat de stand van zaken is met het uitvoeren van de door de Eerste Kamer aangenomen motie-Schouw c.s (EK 28 994/29 379, letter I) ten aanzien van de marktwerking in de zorg. Staat het kabinet nog steeds achter de daarin vastgelegde lijn?

2.3 De vormgeving van de zorgverzekering

De leden van de **CDA**-fractie meenden dat over de Europeesrechtelijke aspecten rond de keuze voor een privaatrechtelijke verzekering voldoende stof in de tot dusverre gewisselde stukken is te vinden voor een boeiende plenaire discussie. Het echte uur van de waarheid zal echter pas aanbreken bij een uitspraak van het Hof van Justitie.

Deze leden wilden zich nu dan ook beperken tot een enkele opmerking en vraag. De minister stelt bij herhaling dat het kabinet heeft gekozen voor een privaatrechtelijke verzekering, maar verzuimt aan te geven wat nu feitelijk in deze afweging uiteindelijk de doorslag heeft gegeven. Zeker omdat tweederde van de verzekerden thans reeds publiekrechtelijk is verzekerd en min of meer wordt gesuggereerd dat de verschillen qua materiële werking tussen de beoogde privaatrechtelijke en een publiekrechtelijke verzekering elkaar nauwelijks ontlopen, wekt dit bevreemding. Hierbij speelde voor deze leden ook een rol dat de meeste stelsels in Europa eveneens op publiekrechtelijke leest zijn geschoeid, waarop de Raad van State terecht wijst. Met een privaatrechtelijke regeling wordt op z'n minst toch enig risico gelopen, gelet ook op de ingebrachte publieke waarborgen. Waarom dit risico dan op deze wijze gezocht? Is het dan uitsluitend het marktdenken, dat het hier heeft gewonnen, terwijl de minister niettemin zich toch intensief met vrijwel alles wil blijven bemoeien? De leden van de fractie van **GroenLinks** sluiten zich bij deze vragen aan.

Voor de zorgverzekeraars geldt, dat in een aantal opzichten het systeem van centrale overheidssturing nog onvoldoende wordt losgelaten, waardoor de verzekeraars in hun ogen de regierol onvoldoende zullen kunnen waarmaken, onvoldoende verantwoordelijkheid krijgen en beperkt worden in hun keuzen. Zullen de zorgverzekeraars zich bij aantoonbaar teleurstellende resultaten niet met enig recht kunnen beroepen op de in het kader van een privaatrechtelijke verzekering té vergaande overheidsbemoeienis, zo vroegen de leden van de CDA-fractie de minister. Hiernaast is het nog maar de vraag of de aanvaarde amendementen en

moties in de Tweede Kamer in dit licht positief zullen uitwerken. Kan de minister meedelen hoe hij deze beoordeelt, alsmede of en op welke wijze de moties zullen worden uitgevoerd?

Tenslotte wilden de leden van de **CDA**-fractie de minister uitdagen zijn mening te geven over de huidige visie van prof. Van de Ven over de Europeesrechtelijke aspecten (het Financiële Dagblad van 10 februari jl), die in de pers veel speculaties heeft opgeroepen. Ook de leden van de **PvdA**-fractie vroegen een reactie op de stellingname van prof. Dr. Wynand van de Ven dat een andere borging van publieke belangen goed denkbaar is en dat daarmee de voorgestelde eisen niet voldoen aan de eisen van noodzakelijkheid en proportionaliteit.

De leden van de **PvdA**-fractie waren van mening dat de gezondheidszorg en het zorgverzekeringsstelsel van eminent maatschappelijk belang zijn en zich daarom slecht lenen voor experimenten. Voor een juiste beoordeling van het wetsvoorstel wilden deze leden graag weten hoe reëel de mogelijkheid is om, wanneer eenmaal de zorgverzekeringswet in werking is getreden, terug te keren naar een publiekrechtelijk stelsel.

In de memorie van toelichting wordt herhaaldelijk gesteld dat gekozen is voor een privaat-publiek stelsel. De leden van de PvdA-fractie vroegen wat daarbij wordt verstaan onder privaat en wat onder publiek? Tevens wordt gememoreerd dat het verschil tussen een privaat-publiek stelsel en een publiek-privaat stelsel niet groot is. Kan worden uiteengezet waaruit de verschillen dan wel bestaan?

Welke mogelijkheden bestaan er om, in het geval van een uitspraak van het Europese hof die de beoogde werking van het wetsvoorstel belemmert, het stelsel om te zetten in een publiek stelsel? Waarom is er, gezien de vele onzekerheden, niet voor gekozen om te beginnen met een publiek stelsel van zorgverzekeringen, waar bij gebleken effectiviteit meer private elementen in worden gebracht?

De leden van de PvdA-fractie konden zich niet aan de indruk onttrekken dat mede door dit wetsvoorstel kunstmatig een markt wordt gecreëerd. Zij zouden willen vragen in hoeverre de beoogde doelstellingen van dit wetsvoorstel zouden worden belemmerd indien uitgegaan zou zijn van een publiek stelsel, waarbij de uitvoering aan private partijen wordt overgelaten en het ondernemen zou worden gekenmerkt door de wijze waarop vorm wordt gegeven aan de dienstverlening, in casu de uitvoering van deze wet. Waarom zouden bijvoorbeeld de voorgestane doelstellingen als homogeniteit en transparantie alsmede doelmatigheid, niet binnen een publiek stelsel zijn te realiseren?

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen zich voorts af in hoeverre het voorgestelde zorgverzekeringsstelsel en met name de borging van publieke elementen daarin, voldoet aan de eisen die het Europese recht stelt. De eisen die aan verzekeraars worden gesteld, zijn toegestaan als het gaat om een dringende reden van algemeen belang en die reden niet van zuiver economische aard is. Wel moet worden aangetoond dat deze eisen aan verzekeraars noodzakelijk en proportioneel zijn. Dat wil zeggen dat de eisen die aan verzekeraars gesteld worden, onmisbaar moeten zijn voor het realiseren van het doel en dat er geen andere realistische maatregel is die dit doel op een minder ingrijpende manier kan bereiken. Biedt het feit dat in de memorie van toelichting en in reactie op vragen uit de Tweede Kamer gesteld wordt dat de voorgestelde eisen aan verzekeraars voldoen aan de eis van noodzakelijkheid en proportionaliteit, de zekerheid dat deze eisen ook zo door het Europese hof worden beoordeeld? In hoeverre biedt ook de brief van Eurocommissaris Bolkestein

voldoende zekerheid dat de aan verzekeraars gestelde eisen voldoen aan de vereiste van noodzakelijkheid en proportionaliteit? Kan in dit licht ook worden verduidelijkt in hoeverre het eventuele gebrekkige functioneren van het nieuwe stelsel gevolgen zou kunnen hebben voor de mate waarin de wettelijke eisen die aan verzekeraars worden gesteld, Europees rechtelijk gerechtvaardigd kunnen worden?

Kan worden uiteengezet in hoeverre het inkopen van zorg bij zorgaanbieders door zorgverzekeraars valt onder het Nederlandse en Europese mededingingsrecht? Kan, indien het inkopen van zorg onder het mededingingsrecht valt eveneens worden uiteengezet in hoeverre de omgekeerde contracteerplicht die voor een deel van het zorgaanbod geldt, gerechtvaardigd wordt door het Nederlandse en Europese mededingingsrecht?

De leden van de **VVD**-fractie konden zich vinden in een private uitvoering van de zorgverzekering die anderzijds voldoende wettelijke waarborgen kent om risicoselectie, verbod op premiedifferentiatie, non-acceptatie tegen te gaan, alsmede een wettelijk vereveningssysteem. De leden van deze fractie hadden ook begrepen dat er overleg met de Europese Commissie heeft plaatsgevonden om te bezien of de uitzonderingsbepaling vastgelegd in artikel 54 van de derde EU-schaderichtlijn zodanig ruim kan worden geïnterpreteerd dat het Nederlandse stelsel hieronder valt en derhalve niet in strijd is met deze schaderichtlijn van de EU. Echter het definitieve oordeel over de uitleg van artikel 54 en met name of de verplichtingen die aan verzekeraars worden opgelegd echt noodzakelijk zijn en of deze voldoen aan het proportionaliteitsbeginsel, zal uiteindelijk geveld worden door het Europese Hof, bijvoorbeeld op grond van een klacht of prejudiciële procedure. Indien Het Europese Hof zou uitgaan van een enge interpretatie van artikel 54 en/of van mening is dat de eisen aan verzekeraars niet noodzakelijk zijn dan wel niet proportioneel, kan dit gigantische gevolgen voor het voorgestelde stelsel hebben omdat het dan waarschijnlijk zal gaan over de al dan niet te ver gaande wettelijke waarborging van de onderwerpen zoals in de eerste volzin omschreven, ofwel de hoekstenen van het voorgestelde stelsel. Daarom vroegen ook deze leden de minister nu een indicatie te geven van welke koers hij dan zal varen. Zal de minister dan genoodzaakt zijn het zorgverzekeringsstelsel een publiekrechtelijk karakter te geven?

Voorts vroegen de leden van de VVD-fractie of deze zorgverzekeringwet onder de EU-verordening 1408/71 valt. Zo ja, dan rijst de vraag of er sprake kan zijn van een dubbele verzekering en dubbele premieplicht bijvoorbeeld omdat een werknemer die in Nederland onder de AWBZ bepalingen valt, en dus verzekeringsplichtig is conform de ZVW, maar in het buitenland werkt en op grond daarvan ook verzekerd is tegen ziektekosten.

Ook vroegen de leden van de VVD-fractie of de minister al meer duidelijkheid kan geven omtrent de vraag of de Europese Commissie het vereveningssysteem niet zal kwalificeren als het geven van verboden staatssteun.

De leden van de **Socialistische Partij** misten een overtuigende visie waarom voor de nu gekozen vorm van herziening is gekozen. De keus voor uitvoering door private zorgverzekeraars wordt door velen gezien als pokerspel op hoog niveau. Het zal nog moeten blijken of de acceptatieplicht, het vaste basispakket, het verbod op premiedifferentiatie en de risicovereveningsbijdrage door de Europese beugel kunnen. Door een aantal deskundigen is in de afgelopen maanden betoogd dat de derde schaderichtlijn, de vrij verkeersbepalingen en het mededingingsrecht

uitvoering in deze vorm niet toestaan. Bovendien is bij de behandeling in de Tweede Kamer alsnog een wijziging van de wet aangenomen waarbij het zorgverzekeraars verboden wordt om bij overstappen van een verzekerde naar een andere verzekeraar de aanvullende verzekering op te zeggen, waarbij in feite ontkoppeling van basis- en aanvullende verzekering is bewerkstelligd. De minister heeft naar de mening van deze leden terecht betoogd dat dit verbod op gespannen voet staat met Europese regelgeving. Graag vernamen ook deze leden het commentaar van het kabinet op deze Europees rechtelijke aspecten.

Waarom is niet direct gekozen voor een sociale ziektekostenverzekering, nu de minister heeft gezegd dat aanpassing altijd nog mogelijk is als zou blijken dat stelselherziening op deze manier niet kan? Het risico van schadeclaims van verzekeraars is dan toch levensgroot! Wie moet daarvan de kosten dragen, zo vroegen deze leden.

Het bleef ook voor de leden van de **SGP**- en **CU**-fractie onduidelijk waarom het kabinet heeft besloten voor het risicovolle systeem van de privaatrechtelijke verzekering. Hoewel de verwachting is dat «Europa» geen problemen op zal leveren, is hierover geen zekerheid vooraf te geven. Wat zijn de gevolgen als er op Europees niveau onverhoopt zou blijken dat de wet toch niet Europa «proof» is? Betekent dit dat er op een vrij eenvoudige manier slechts één onderdeel(tje) komt te vervallen, of kan dit tot gevolg hebben dat de hele wet onderuit gehaald wordt? Wat is in dit verband de mening van de minister over de gedachte dat op grond van het Europees recht bepalend is of verzekeringen voor eigen risico van de verzekeraar worden uitgeoefend? Zou dit niet kunnen betekenen dat het erg lastig wordt om te bewijzen dat verzekeraars die met winst-oogmerk werken, toch bepaalde verplichtingen opgelegd kunnen krijgen? Ook de risico's van de verevening komen in principe immers op het bordje van de zorgverzekeraars?

Ook de leden van de **GroenLinks**-fractie achtten de privaatrechtelijke vormgeving van het voorliggende zorgverzekeringssysteem onvoldoende beargumenteerd en onnodig riskant. Er ontstaat nu een privaatrechtelijk georganiseerd systeem dat steeds meer wordt ingesponnen door publieke waarborgen. Zou dat op zichzelf al niet een reden zijn voor een publiekrechtelijke vormgeving van het zorgstelsel?

2.4 De inhoud van de zorgverzekering

2.4.a De uitvoering

Werkgebieden zorgverzekeraars

De leden van de **PvdA**-fractie constateerden dat het verzekeraars wordt toegestaan per provincie in premie te differentiëren. Is er een inschatting te geven in welke mate een dergelijke premiedifferentiatie het gevolg zal zijn van een goed contracteerbeleid en in hoeverre zij het gevolg zal zijn van wisselende gezondheidsrisico's per provincie? Kan worden uiteengezet in hoeverre het per provincie wisselende zorggebruik samenhangt met een verschil in aanbod?

Deze leden constateerden dat bij de uitleg over de werking van het wetsvoorstel nogal eens teruggerepen wordt op voorbeelden van regionaal opererende verzekeraars. Anderzijds worden ter wille van de marktwerking landelijk, en zelfs in het buitenland, opererende verzekeraars wenselijk geacht. Wat wordt met het wetsvoorstel nu beoogd, ofwel landelijke verzekeraars of juist regionale? Zij vroegen dit omdat hierbij zeker een verschil zal optreden in mogelijkheden tot marktwerking en kwaliteitsregulering.

Het staat landelijk werkende verzekeraars vrij om per provincie premie-differentiatie uit te voeren. In feite komt dit toch neer op risicoselectie. De leden van de **SP**-fractie vroegen hoe dit zich verhoudt tot de acceptatieplicht. Als ik als inwoner van Groningen meer moet betalen dan een inwoner van Drenthe voor hetzelfde aanbod moet ik toch kunnen kiezen voor de Drentse polis. Ook leek het deze leden vreemd dat als men verhuist naar een andere provincie men meer dan wel minder voor dezelfde polis van dezelfde zorgverzekeraar moet betalen. Wat vindt de minister hiervan?

De leden van de SP-fractie ontvingen graag commentaar van de minister op de brief van de vereniging van Regionale Zorgverzekeraars (d.d. 22 februari 2005). De VRZ is van mening dat het hanteren van een regiopremie onder de vlag van een provinciepolis ongewenst is en een eerlijke en vrije markt in de weg staat. Onderscheid tussen nationale en regionale polissen staat marktwerking in de weg. Het landelijk solidariteitsbeginsel wordt hierdoor omzeild.

Boven 850 000 verzekerden dienen zorgverzekeraars landelijk te gaan werken. Beschouwt de wet, zo vroegen de leden van de SP-fractie, grote concerns als één geheel of wordt per label (aparte juridische entiteit binnen grote verzekeraar met eigen portefeuille en vaak minder dan 850 000 verzekerden) de grens gesteld. In dat geval zijn er in feite maar weinig verzekeraars die boven de 850 000 grens uitkomen.

Invloed van verzekerden op het beleid

Met betrekking tot de invloed van de verzekerden hadden de leden van de **CDA**-fractie tijdens de behandeling van de wet Herziening overeenkomstenstelsel zorg HOZ (Kamerstuk 28 994) nog een suggestie gedaan, namelijk om de ledenraden van de zorgverzekeraars een toetsende rol te geven bij de af te sluiten contracten met zorgaanbieders. De minister wilde – en toen ons inziens terecht – vooralsnog geen gebruikmaken van de mogelijkheid dit via een AMvB te regelen. De minister zou hierover overleg met de zorgverzekeraars plegen. Het was deze leden opgevallen, dat hij van deze toezegging geen melding heeft gemaakt in de Tweede Kamer toen deze problematiek bij amendement, overigens ontraden, aan de orde is gekomen. Heeft de interventie van de minister al plaatsgevonden en met welke uitkomst? Verder is het noodzakelijk, dat – naast de verzekerden – ook de inbreng van de patiënten méér in de ledenraden is verzekerd. Ziet de minister hiervoor mogelijkheden?

Het voorliggende wetsvoorstel maakt het mogelijk om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen betreffende de invloed die verzekerden ten minste dienen te hebben op het beleid van een zorgverzekeraar. In het debat over de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg en de WTG Expres is hier ook naar verwezen. De leden van de **PvdA**-fractie vroegen hoe aan deze minimale invloed van verzekerden vorm kan worden gegeven. Welke concrete voorstellen kunnen tegemoet worden gezien?

Over de positie van de patiënten/consumenten is ook in de discussie in de Tweede Kamer al veel gezegd. Wil er een enigszins reële markt ontstaan dan moeten patiënten veel meer dan nu het geval is hun stem krachtig kunnen laten horen. Ook de leden van de **SP**-fractie vroegen of de minister wil toelichten op welke manieren er meer ruimte komt voor de gebruikers van zorg om invloed op het aanbod en de wijze van levering te krijgen. Hebben zij invloed op de samenstelling van het basisaanbod, casu quo adviesrecht bij wijziging van de samenstelling van het pakket?

Worden zij serieus genomen door de zorgverzekeraars, op welke manier is hun mening daar gewaarborgd? Hebben burgers een stem bij de toezichthoudende organen, Pensioen- en verzekeringskamer, De Nederlandsche Bank, CVZ, CTZ, CTG/Zorgautoriteit in oprichting?

In de literatuur wordt, zo constateerden de leden van de fractie van **GroenLinks**, vaak onderscheid gemaakt tussen «voice» en «exit» (Hirschman) als het gaat om de reële invloed van gebruikers op bijvoorbeeld zorgvoorzieningen. Voice betreft de mogelijkheden om mee te sturen, te beslissen, exit is «met de voeten» stemmen, dat wil zeggen elders de zorg zoeken. Reorganisatie van de publieke sector zou er op neer moeten komen, zo meenden de meeste deskundigen, dat er tussen «voice» en «exit»-strategieën een evenwicht ontstaat, dat ze elkaar zouden kunnen aanvullen. Hoe denkt de regering met het voorliggende voorstel aan een dergelijk evenwicht te kunnen bijdragen? Klopt de waarneming van de leden van de fractie van GroenLinks dat de exit-opties in het voorliggende voorstel meer tot hun recht komen dan de voice-opties?

2.4.b De zorgplicht

De leden van de **CDA**-fractie merkten op dat tijdens de behandeling in de Tweede Kamer ook uitvoerig is stilgestaan bij de zorgplicht en, hieruit voortvloeiende, de reikwijdte van artikel 11. Uiteindelijk is met het ontbreken van criteria in het wetsvoorstel ingestemd. Niettemin konden de leden van de CDA-fractie zich voorstellen, dat op deze criteria nog steeds vanuit het veld wordt aangedrongen.

Kan de minister nog eens, met argumenten gestaafd, uiteenzetten dat met het ontbreken hiervan de rechtszekerheid niet wordt geschaad, zo vroegen zij.

De leden van de **VVD**-fractie merkten op dat onlangs bekend is geworden dat een aantal ziekenhuizen niet altijd optimale zorg verleent aan bijvoorbeeld kankerpatiënten omdat zij de, volgens de beroepsgroep, noodzakelijke geneesmiddelen niet verstrekken vanwege de hoge kosten. Deze leden vroegen of de zorgplicht van de verzekeraars ook omvat het erop toezien dat deze geneesmiddelen worden verstrekt.

De leden van de **SP**-fractie vroegen bij wie uiteindelijk de zorgplicht berust. Kan de minister een zorgverzekeraar die in gebreke blijft tot de orde roepen? Er is gesproken van een verplichting om voldoende acute zorg en topklinische zorg te regelen. Moet dat in natura, of voldoet een restitutieverplichting? Het leek de leden van de SP-fractie dat als het aanbieden van restitutie voor gemaakte kosten voldoende is, dat dan de zorgverzekeraar ook niet meer verplicht kan worden het zorgaanbod voldoende te organiseren. De burger wordt dan zelf verantwoordelijk gemaakt voor de organisatie van het zorgaanbod. De minister werd gevraagd de zorgplicht nogmaals duidelijk toe te lichten. Deze leden waren van mening dat deze in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet niet voldoende concreet is omschreven. Het blijft onduidelijk wat de zorgplicht concreet inhoudt en tot hoever deze reikt. Het moet de burgers volstrekt duidelijk zijn tot wie zij zich ten finale moeten wenden als de zorg te kort schiet of als er een tekort aan zorg is.

De leden van de fracties van **D66** en **OSF** waren eveneens van mening dat de zorgplicht van zorgverzekeraars in artikel 11 echt concreter moet zijn beschreven. Waar begint en waar eindigt de zorgplicht is niet zomaar een vraag, maar een uiterst politiek relevante. Inhoud en reikwijdte van de zorgplicht moeten helder zijn aangegeven, wilden deze leden het wetgevingsproces verder brengen. Welke criteria voor kwaliteit van zorg, reisafstand en reistijd, toegangstijd en wachttijd denkt het kabinet op te

nemen? En hoe wil het kabinet dit wettelijk verankeren? De leden van de fractie van **GroenLinks** sloten zich bij deze vragen aan.

Gecontracteerde zorg

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen of het zorgaanbieders in dienst van een verzekeraar is toegestaan acute zorg te verlenen aan anderen dan verzekerden van de verzekeraar bij wie de zorgaanbieder in dienst is.

Deze leden wilden verder weten in hoeverre het als gevolg van het voorliggende wetsvoorstel mogelijk is te komen tot een Health Maintenance Organisation (HMO), waarbij de aanbieder en de verzekeraar dezelfde zijn. Zij merkten op dat hier in het buitenland soms gelukkige voorbeelden van zijn, omdat kennis, kwaliteit en prijs aan elkaar worden gekoppeld.

De leden van de **SP**-fractie merkten vervolgens op dat huisartsenzorg van oudsher een zorg is die in natura wordt aangeboden en met de inschrijving op naam wordt een vaste relatie tussen patiënt en huisarts gecreëerd, die de gezondheidszorg geen windeieren heeft gelegd. Patiënten zijn over het algemeen erg tevreden over hun vaste huisarts die hun integrale zorg levert en houder is van het medisch dossier en juist door die vaste relatie is er weinig neiging tot shoppen en wordt onnodig bezoek aan de tweede lijn voorkomen. De leden van de **SP**-fractie vroegen of de minister van plan is om zorg in natura als het om huisartsenzorg gaat te blijven bevorderen. Volgens C. Bos van Zorgverzekeraars Nederland (in Medisch Contact van 4 februari 2005) zal het abonnements-tarief voor huisartsen verleden tijd zijn met de komst van de Zorgverzekeringswet. Omdat in deze wet elke verzekerde de mogelijkheid heeft van een eigen risico, kan een abonnementstarief technisch niet. Zijn er, behalve de optie om bezoek aan de huisarts net zoals bij de no-claim is gebeurd buiten het eigen risico te houden, nog andere opties om dit probleem te attaqueren, ervan uitgaande dat de minister net zo als deze fractie hecht aan een sterke eerste lijn?

Niet-gecontracteerde zorg

Begrepen de leden van de **PvdA**-fractie het goed dat medisch-inhoudelijke gronden de doorslag geven bij de uitoefening van het recht op aanspraak? Betekent dit dat indien de door een zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder niet voldoet aan de medisch-inhoudelijke eisen, bijvoorbeeld in het geval er sprake is van co-morbiditeit, dat volledige restitutie plaatsvindt van de kosten gemaakt bij een niet-gecontracteerde aanbieder?

De leden van de fractie van **GroenLinks** zouden bovendien willen weten wie kan bepalen dat gecontracteerde aanbieders niet voldoen aan medisch-inhoudelijke eisen. Kan de patiënt/gebruiker hier ook nog een rol van betekenis spelen?

De leden van de **VVD**-fractie waren van mening dat bij hulp door niet gecontracteerde zorgaanbieders de restitutie door de zorgverzekeraar zodanig dient te zijn dat «de verzekerde geen wezenlijke belemmeringen ondervindt» met betrekking tot het zoeken van hulp. In het arrest van het Europese Hof *Muller Faure en Van Riet* wordt een ander uitgangspunt gehanteerd, namelijk dat de vergoeding van kosten aan de zorgaanbieder zodanig moet zijn dat er voldoende vrij verkeer van diensten kan plaatsvinden. In de nota naar aanleiding van het verslag aan de Tweede Kamer wordt door de minister gesteld dat het voor de hand ligt dat de hoogte van deze vergoeding aan een (buitenlandse) zorgaanbieder

vergelijkbaar is met de gemiddelde vergoeding van de kosten die door zorgaanbieders (in Nederland) in rekening worden gebracht.

De leden van de VVD-fractie vroegen in hoeverre het systeem van een gedeeltelijke restitutie van kosten zich verdraagt met het vrije dienstenverkeer binnen de EU. Snijdt het begrip «geen wezenlijke belemmeringen ondervinden» voldoende hout in Europees verband of zal er sprake zijn van cumulatie in die zin bij restitutie dan ook sprake moet zijn van een vergoeding van de «gemiddelde kosten van een zorgproduct in Nederland»? De leden van de VVD-fractie vroegen voorts of de verzekeraar verplicht is om altijd volledige restitutie van de kosten te geven indien de verzekerde een polis met door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders heeft gesloten.

Bij acute zorg verleend door een niet gecontracteerde zorgaanbieder zal altijd 100% restitutie plaatsvinden, aldus de minister. Soms denkt de patiënt echter dat een aandoening acuut is maar dat blijkt (achteraf) lang niet altijd het geval te zijn in de praktijk. De leden van de VVD-fractie wilden weten welke vergoeding dan wordt gegeven.

De leden van de **SP**-fractie merkten op dat in de Tweede Kamer ook is toegezegd dat na twee en vijf jaar bekeken zal worden hoe groot het aandeel aan restitutiepolissen is. Uit contacten met zorgverzekeraars is deze leden gebleken dat er een grote kans bestaat dat er zo weinig mogelijk zorg in natura wordt ingekocht. De voorkeur gaat uit naar restitutiepolissen. Het argument daarvoor is dat als een zorgverzekeraar kiest voor zorg in natura hij verplicht is de verzekerde op tijd, de juiste zorg van een goede kwaliteit te leveren. Dit is een resultaatsverplichting. Bij een restitutiepolis moet de verzekeraar een kostenvergoeding leveren voor zorg waar de verzekerde zelf verantwoordelijk voor is. In de Zorgverzekeringswet staat nog wel dat de verzekeraar eventueel de verzekerde, als hij dat wenst, bemiddeling moet aanbieden. Het gaat dan echter om een inspanningsverplichting. Graag vernamen deze leden het commentaar van de minister op het feit dat restitutie de norm lijkt te worden, zorgverzekeraars kiezen liever voor een inspannings- dan een resultaatsverplichting. Bij zorg in natura, wordt zorg gecontracteerd en is de verzekeraar mede verantwoordelijk voor de kwaliteit, hij kan er eisen aan stellen. Dit lijkt bij restitutie minder te spelen, de verzekeraar onderhandelt over de prijs, de verzekeraar vergoedt schade en de kwaliteit is van minder belang. Deze leden vonden dit een zorgelijke ontwikkeling. Graag ontvingen zij daarop commentaar. Is de verzekeraar verplicht om beide soorten polissen aan te bieden?

Voor de leden van de fracties van **D66** en **OSF** is het uitgangspunt van de grote veranderingsoperatie zoals die nu in het zorgstelsel plaatsvindt, dat hij moet leiden tot een versterkte positie van de patiënt. De hulpvraag, het resultaat van een interactie tussen patiënt en hulpverlener, dient centraal gesteld te worden. Het persoonsgebonden budget kan hierin een grote rol toegekend worden. De mogelijkheid tot het toekennen van een persoonsgebonden budget is niet expliciet in de wet opgenomen. Biedt de wet hiertoe wel voldoende ruimte? En zo ja, hoe en waar?

De leden van de **SGP**- en **CU**-fractie merkten op dat artikel 2.2 van het concept-besluit stelt dat bij vergoedingen voor zorg in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse markt-omstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Dit is naar hun oordeel erg vaag. Met welke factoren wordt rekening gehouden? Wie bepaalt dat? Wat is «in redelijkheid»? Wat betekent «Nederlandse marktomstandigheden»? Vooral is ook van belang wie uiteindelijk het eventuele nadeel draagt: de zorgaanbieder of de patiënt. Duidelijke

garantie is nodig dat de patiënt niet de dupe wordt van het hele verhaal over restitutie.

Zekerheid voor de verzekerden

Naar het oordeel van de leden van de **SGP**- en **CU**-fractie is het een probleem dat mensen niet weten waar zij terecht kunnen: grote onduidelijkheid bestaat of er al dan niet een contract ten grondslag ligt. Hoe valt dit op te lossen? Deze leden achten het informeren van burgers als enige factor natuurlijk onvoldoende. Hoe groot acht de minister de risico's dat burgers onverhoopt toch te maken krijgen met kosten die niet volledig worden vergoed? Op het moment dat iemand de zorg nodig heeft, kan hij immers niet zomaar even overstappen. Dat is geen oplossing. Hoe wordt voorkomen dat de risico's worden afgewenteld op de verzekerden?

Het model dat wordt gekozen voor de berekening van de vergoeding via de restitutiepolis is nog niet uitgekristalliseerd, zo vervolgden deze leden. Dit is wel noodzakelijk voordat het mogelijk is om een weloverwogen oordeel over de wet te geven. Is de minister van plan gebruik te maken van zijn bevoegdheid om een contracteerplicht op te leggen voor specifieke sectoren? Hoe? Is hij van plan om hier in ieder geval de acute zorg onder te laten vallen en de topklinische zorg? Welke deelsectoren nog meer? Eerstelijnszorg (: vrije keuze huisarts, tenzij bewezen is dat hij slechte kwaliteit levert)?

2.4.c De verzekerden

Verzekeringsplicht

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen of, als een zorgverzekeraar meerdere overstapmomenten biedt en een verzekerde daarvan gebruikmaakt, een andere zorgverzekeraar dan ook verplicht is die verzekerde op dat moment te accepteren?

De leden van de fracties van **D66** en **OSF**, daarin gesteund door de leden van de fractie van **GroenLinks**, wilden asielzoekers van wie de aanvraag in behandeling is zoveel mogelijk de kans geven te werken en aan de samenleving deel te nemen. Is deze groep ook verzekeringsplichtig, met andere woorden, geldt de acceptatieplicht ook onverkort voor deze groep?

Onverzekerden

Naar het oordeel van de leden van de **CDA**-fractie zal de problematiek van de onverzekerden nu de verzekeringsplichtige niet meer van rechtswege verzekerd zal zijn maar zelf een zorgverzekering zal moeten afsluiten, alleen nog maar groter worden. Een adequate oplossing is er nog niet, maar dient er wel te komen. De leden van de CDA-fractie vroegen zich af hoe de minister het aantal onverzekerden in beeld gaat brengen? Welk percentage onverzekerden acht de minister nog aanvaardbaar?

Met de Raad van State waren deze leden van mening, dat medische zorg moet worden verleend, ook wanneer de patiënt niet is verzekerd. Dit groeiend maatschappelijk probleem mag niet worden veronachtzaamd en ook niet worden afgeschoven op zorgverzekeraars, zorginstellingen en behandelaars. De vraag wie dan de kosten dient te dragen, dient goed te worden geregeld, nu toch mag worden verwacht dat het debiteuren-risico sterk zal oplopen. Wat de minister zich ter zake exact voorstelt, was deze leden nog niet geheel duidelijk.

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen op wie een aanbieder de kosten gemaakt voor een onverzekerd kind kan verhalen. Tevens was het deze leden niet duidelijk of voor personen jonger dan 19 jaar een standaardpolis wordt vastgesteld, of dat een kind meelift op de polis van de hoofdverzekerde. Aan de hand waarvan wordt de rijksbijdrage voor de zorgverzekering van personen, jonger dan 18 jaar vastgesteld?

De leden van de PvdA-fractie wilden voorts weten hoe zal worden voorzien in de kosten van acute zorg aan vreemdelingen die hier onrechtmatig verblijven of die niet verzekerd zijn? In de huidige zorg wordt in acute situaties een niet onbelangrijk aantal niet-verzekerden geholpen. Evenzo verzekerden die een omvangrijke premieschuld hebben. In het huidige publieke systeem zijn met medeweten van de minister daarvoor pragmatische oplossingen gevonden. De leden van de PvdA-fractie vroegen welke oplossingen in het nieuwe systeem daarvoor zullen worden gecreëerd. Of zal dit risico op de aanbieder worden afgewenteld?

De leden van de **VVD**-fractie merkten op dat Nederland, afgezien van de illegalen, naar schatting zo'n 300 000 onverzekerden kent. De Zorgverzekeringswet kent voor de burger een verzekeringsplicht. Indien deze onverzekerden zorg vragen is niet geregeld of deze zorg moet worden verleend dan wel niet mag worden verleend. Zorgaanbieders zullen waarschijnlijk in acute situaties toch zorg verlenen, maar naar deze leden aannemen geen betaling ontvangen. Blijft de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) regel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren en de Stichting Koppeling bestaan? Is de minister voornemens, gelet op de verzekeringsplicht hier iets aan te doen, bijvoorbeeld de zorgaanbieders te verplichten identiteit /sofi-nummer van de onverzekerden te laten melden? Is er voorzien in een sanctie als een burger die voldoet aan de criteria met betrekking tot de verzekeringsplicht, (om niet principiële redenen) weigert zich te verzekeren?

De leden van de **SP**-fractie vroegen op welke manier de minister zal bevorderen dat alle inwoners van Nederland ook daadwerkelijk verzekerd zijn per 1 januari 2006. De fractie van de Socialistische Partij maakt zich met name zorgen over die groep mensen in de samenleving die lang niet altijd in staat is om zelf initiatief te nemen. Te denken valt aan (ex) psychiatrische patiënten, sociaal geïsoleerd levende mensen, hoog bejaarden en daklozen. Bestaat er een vangnet voor deze categorieën mensen? Een boete opleggen, als ze in gebreke zijn gebleven leek deze leden zinloos, aangezien er toch al weinig geld te halen valt. Aan de andere kant is de Zorgverzekeringswet er ook niet duidelijk over wie de zorg betaalt als deze mensen niet verzekerd zijn. Het probleem van onverzekerden en illegalen is een groeiend maatschappelijk probleem, dat tot nu toe stilzwijgend op zorgaanbieders en zorgverzekeraars is afgewenteld. Is de minister bereid om een Koppelingsfonds in te stellen voor de hele sector, zoals dat in de eerste lijn en in de AWBZ-zorg al jaren gebruikelijk is?

Ook de leden van de fractie van **GroenLinks** vroegen aandacht voor de positie van onverzekerden. Welk opvangnet wordt voor hen gespannen? Welke initiatieven zijn van het kabinet te verwachten? Mag van zorgverzekeraars in dit opzicht ook een maatschappelijk verantwoordelijkheid verwacht worden?

Risicoselectie

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen of met het aantrekkelijk maken van

de polissen met een hoog eigen risico niet indirect een wijze van risicoselectie wordt toegepast.

De leden van de **SP**-fractie merkten op dat risicoselectie niet is toegestaan. Indirecte risicoselectie kan optreden waar burgers niet in staat zijn alle informatie tot zich te nemen omdat ze bijvoorbeeld niet in staat zijn gebruik te maken van internet. Als antwoord op het amendement-Tonckens heeft de minister toegezegd dat hij na 2 en 5 jaar zal evalueren of er risicoselectie plaatsvindt. In onze ogen verdient het de voorkeur om selectie voor te zijn. Wat voor acties onderneemt de minister om dit te voorkomen? De leden van de SP-fractie meenden dat met name de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Chronisch zieken en Gehandicaptenraad hem hiervoor waardevolle adviezen kunnen geven. Is de minister bereid hierover contact op te nemen met genoemde fora?

Het is niet ondenkbaar, zo vervolgden deze leden, dat verzekeraars bepaalde typen dure zorg in onvoldoende mate zullen inkopen om daarmee bepaalde hoge risico-verzekerden (vb Chronisch zieken, vb diabetici) te weren. Zorgverzekeraars hebben immers keuzevrijheid om al dan niet bepaalde zorg te contracteren en aan te bieden aan verzekerden. Indirecte selectie van potentiële verzekerden kan kosteneffectiever blijken te zijn dan een doelmatige inkoop. Hoe gaat de minister deze vorm van selectie tegen? Denkt de minister dat de mogelijkheid om gecompenseerd te worden via bijdragen uit het vereveningsfonds een voldoende garantie zal zijn om verzekeraars ervan te weerhouden risico's te selecteren?

Risicoselectie treedt ook spontaan op doordat gezonde jonge mensen kunnen kiezen voor een hoog eigen risico in de verwachting dat ze toch nauwelijks of geen gebruik zullen maken van zorg. Dit zet de solidariteit op een niet te accepteren manier onder druk. Waarom accepteert de minister dit effect, zo vroegen de leden van de SP-fractie.

De leden van de fractie van **GroenLinks** vroegen zich af of er grenzen zijn aan de vormen van indirecte risicoselectie die bijvoorbeeld via hoge eigenrisicopolissen zullen optreden. Wat vindt de regering in dezen nog acceptabel?

Collectieve contracten

Wat betreft de collectiviteiten merkten de leden van de **CDA**-fractie het volgende op. Van meet af aan was duidelijk, dat de mogelijkheid tot het afsluiten van collectieve contracten zou blijven bestaan, zij het aanvankelijk met een gemaximaliseerde premiekorting van 5%, vervolgens kwam het zogeheten etalage-artikel in beeld. Door het aanvaarden van het amendement-Schippers is dit etalage-artikel verdwenen en het maximale kortingspercentage op 10% gebracht. Alhoewel de leden van de CDA-fractie zich konden voorstellen dat er behoefte is aan collectieve contracten, mede vanwege een gewenste, nauwere samenhang tussen de sociale zekerheid en zorg, die onder meer gestalte kan krijgen in een geïntegreerde preventie- en verzuimaanpak, hadden zij ook begrip voor de hier en daar bestaande twijfels op grond van in het verleden opgedane ervaringen, onder meer vanwege de mogelijkheid van risicoselectie. Zij vroegen zich dan ook af op welke wijze de minister de noodremprocedure inhoud wil geven en op basis van welke criteria. Of kan de minister garanderen, dat de korting, die aan de collectiviteiten wordt gegeven, niet wordt terugverdiend op individuele verzekerden?

Artikel 18, zesde lid, maakt melding van de zo nodig afwijkende regels. Daarom is het van uitermate groot belang, zo oordeelden deze leden, vast

te leggen hoe en op welke gronden de minister tot een dergelijk voornemen kan komen. Lijkt een goede monitoring in combinatie met evaluatie niet meer voor de hand te liggen? In het gewijzigde artikel 18 over de collectiviteiten is ook verder nog sprake van een opmerkelijke wijziging. In plaats van de term deelnemers wordt nu gesproken over werknemers. Is het metterdaad de bedoeling om familieleden, bijvoorbeeld de niet-werkende partner, uit te sluiten van het kunnen gebruikmaken van dezelfde collectiviteit, zoals thans het geval is? Wordt hierdoor deze partner ook een mogelijkheid tot keuzevrijheid niet ontnomen? Moet dit artikel niet worden gerepareerd?

De leden van de **SP**-fractie merkten op dat collectiviteiten een korting tot maximaal 10% op de standaard nominale premie kunnen krijgen. Zij vroegen of er een ondergrens dan wel bovengrens is aan de omvang van een collectiviteit. Vooral als het grote groepen betreft, kan het om grote bedragen gaan (10% van ongeveer 1100 euro x het aantal leden van de collectiviteit) die de zorgverzekeraar hoe dan ook elders op zijn verzekerden bestand moet verhalen. Is dat toegestaan, is dat te controleren? Is het aanbieden van collectieve contracten een mogelijkheid of een verplichting? Kan/mag een zorgverzekeraar een groep van 100 diabeten die zich collectief wil verzekeren weigeren? Mag een zorgverzekeraar de gezinsleden van een collectief verzekerd contingent mee verzekeren? Wat is de procedure als iemand ontslagen wordt of verhuist? Blijft hij/zij tot het eind van het jaar collectief meeverzekerd, zo vroegen de leden van de SP-fractie.

De fracties van **D66** en **OSF** en **GroenLinks** wilden absoluut geen risicoselectie binnen de verplichte basisverzekering. In dit licht gezien riep artikel 18 van de Zorgverzekeringswet ook bij deze leden de nodige vragen op. Dit artikel biedt werkgevers de mogelijkheid om met een zorgverzekeraar een modelovereenkomst af te sluiten voor al zijn werknemers. In ruil hiervoor mag de zorgverzekeraar een korting van maximaal tien procent op de premie bieden. Acht het kabinet het politiek acceptabel dat bepaalde beroepen die grotere gezondheidsrisico's met zich meebrengen dan andere beroepen een korting kunnen krijgen? Deze korting is volgens de minister «vooral een vehikel om administratieve voordelen door te kunnen geven. Die voordelen gaan ongeveer in de richting van 4% of 5%». Waarom is er in het wetsvoorstel dan gekozen voor een mogelijke premiekorting van tien procent? Hoe verhoudt deze mogelijke premiekorting zich tot het voornemen risicoselectie binnen de basisverzekering volledig uit te sluiten? De leden van de D66- en OSF-fractie waren vooralsnog van mening dat hier feitelijk aan zorgverzekeraars de mogelijkheid wordt geboden om voor de overige zes tot vijf procent op premie te differentiëren op basis van risicoselectie, via de omweg van een collectieve verzekeringsovereenkomst. Is het kabinet het hiermee met hen eens?

2.4.d Het te verzekeren pakket

De te verzekeren zorgvorm

De leden van de **CDA**-fractie merkten op dat de minister op meerdere plaatsen in de schriftelijke stukken heeft meegedeeld geen voornemens te hebben om verdere pakketverkleining door te voeren. Deze leden waren erkentelijk voor deze duidelijke toezegging. Immers, in het jongste verkiezingsprogramma van het CDA was nog uitgegaan van een verplichte, hoogwaardige en transparante standaardpolis, dat wil zeggen gelijkwaardig aan het toenmalige ziekenfondspakket. Intussen zijn er noodgedwongen al een aantal verstrekkingen geschrapt, waardoor voor de leden van de CDA-fractie verdere beperkingen voorlopig bepaald zijn

uitgesloten. Zelfs kan de vraag worden gesteld of sommige verstrekingen die uit het basispakket zijn gehaald, toch niet behoren tot de noodzakelijke zorg, zoals door prof. Dunning beoogd. Edoch, de minister wil niet vooruitlopen op de financiële uitkomsten van de DBC's (diagnose behandelingcombinaties). De ongerustheid van deze leden over de oplopende kosten mede als gevolg van de invoering van de DBC's en de beoogde marktwerking is nog steeds niet weggenomen en wordt door uitspraken van deskundigen opnieuw bevestigd. Kan de minister toezeggen, dat dan niet zal worden gegrepen naar pakketverkleining en ook niet naar het middel van de premieverhoging (door de hond of door de kat gebeten worden), maar dat zal worden ingegrepen bij de veroorzakers van de hogere kosten, of zal de oplossing worden gezocht in de verhoging van de zorgtoeslag?

Een diepgaande discussie over kostenbeheersing is in dit kader meer dan gerechtvaardigd. Hiermede wil niet gezegd zijn, dat de leden van de CDA-fractie tegen periodieke toetsing van het pakket zijn. Dit wordt overigens aan de CVZ toevertrouwd. Toch wel met inspraak van verzekerden/patiënten, zo vroegen deze leden.

Het is de bedoeling, met de invoering van de Zorgverzekeringswet ook de ambulante GGZ en de intramurale GGZ gedurende het eerste jaar over te hevelen naar het tweede compartiment. De leden van de CDA-fractie konden zich in dit voorstel vinden, maar hadden node een beschouwing gemist of dat reeds op de voorgestelde datum mogelijk is. Met andere woorden is een verantwoorde, zorgvuldige invoering dan reeds mogelijk of is toch enig uitstel hier geboden? Deze leden vroegen zich tevens af of de DBC's in deze sector dan gereed zullen zijn. Gelet op het feit, dat de functiegerichte aanspraken slechts globaal omschreven worden, riep dit met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg in ieder geval (ook anderszins) toch de vraag op hoe kan worden voorkomen, dat onderdelen van de GGZ niet meer beschikbaar komen via het standaardpakket. Het zou overigens een goede zaak zijn wanneer de samenhang tussen de diverse te verwachten maatregelen in AWBZ/WMO en Zorgverzekeringswet met een daarbij behorend tijdspad nog eens vóór de plenaire behandeling van de Zorgverzekeringswet zou kunnen worden aangegeven. De leden van de CDA-fractie vertrouwden erop, dat de minister hiertoe bereid is teneinde tijdig onsamenhangendheid, waarvan met name de verzekerden/patiënten de dupe kunnen worden, overlap en onduidelijkheden, waarmede de zorgverzekeraars en zorgaanbieders van doen krijgen, zoveel mogelijk te voorkomen.

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen of een nadere toelichting gegeven kan worden van hoe de toepassing van de Trechter van Dunning en hoe de criteria noodzakelijke zorg, aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering zullen worden geoperationaliseerd. In de memorie van toelichting wordt, zo stelden de leden van de PvdA-fractie, geconstateerd dat er een spanning bestaat tussen de kosten die het behoud van het individuele menselijk leven met zich meebrengt en de beperkte beschikbaarheid van middelen om die kosten te dekken. Op welke wijze en in welke mate draagt het voorliggende wetsvoorstel bij aan de vermindering van die spanning?

Deze leden vroegen tevens op welke wijze en met welke middelen het College van Zorgverzekeringen (CVZ) het pakket zal beoordelen en voorstellen zal doen ter vergroting dan wel verkleining van het pakket.

De leden van de **SP**-fractie vroegen of er een kans is dat in de toekomst zorgverzekeraars met elkaar, of ieder afzonderlijk, beslissen over de omvang van het pakket of zelfs over de inrichting van het zorgstelsel. Dit

is de vraag naar wat voor invloed de minister en het parlement blijven houden. En op welke manier zij die invloed kunnen (blijven) uitoefenen.

Deze leden begrepen dat het de bedoeling is dat per 1 januari 2006 de op genezing gerichte GGZ uit de AWBZ naar de standaardverzekering wordt overgeheveld. Is het veld klaar voor deze overheveling? Het leek de leden van de SP-fractie een erg zware klus, ook al als men zich realiseert dat de GGZ nog bezig is om zijn zorgaanbod te vertalen in DBC's die dan vervolgens nog gecontracteerd en in polissen verwerkt moeten worden. Onder andere zorgverzekeraar VGZ-IZA meldt dat overheveling per 1 januari 2006 een groot afbreukrisico betekent zeker naar de klant en dat zeker voor de GGZ-hulp de doelstelling van de Zorgverzekeringswet, keuzevrijheid en verantwoordelijkheid niet gehaald zal worden. Is de minister ook van mening dat deze overheveling zorgvuldig moet gebeuren en dus beter een jaar kan worden uitgesteld? Planning moet gebaseerd zijn op feiten, niet op dromen. Is überhaupt al bekend om welke onderdelen van de GGZ het gaat en of daar onderdelen bij zijn, die nu ook met behulp van een PGB kunnen worden ingekocht? Ook met het oog daarop en in verband met het feit dat er nog onderzoek is toegezegd naar al of niet ook een PGB in de Zorgverzekeringswet leek deze leden voorzichtigheid geboden. Graag ontvingen zij in dit verband ook commentaar op de brief van de belangenvereniging van Psychotherapeuten van 3 februari 2005, die erop wijst dat in de huidige wet onvoldoende tot uiting komt dat psychotherapie een specialistische en niet een eerstelijns deskundigheid is.

De leden van de fracties van **D66** en **OSF** wilden komen tot een zorgverzekeringsstelsel waarin acceptatieplicht is vastgelegd en de mogelijkheid tot risicoselectie door premiestelling zoveel mogelijk is uitgesloten. Een verzekeringsplicht voor de basisverzekering is in dit licht dan ook onontbeerlijk. Tegelijkertijd vonden zij vrijheid en eigen verantwoordelijkheid ook in de zorg van groot belang. Een aanvullende verzekering met een niet verplicht karakter sluit hier goed bij aan.

Deze leden merkten op dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in zijn advies «van patiënt tot klant» onder andere het volgende signaleert: «Hoewel het er op papier op lijkt dat er acceptatieplicht is voor het basispakket is het niet zeker dat dit in praktijk ook zo makkelijk zal werken. Zo is het de vraag of de verzekeraar een nieuwe verzekerde zal accepteren voor aanvullende verzekeringen als deze een paar kleine gebreken heeft?» Er is geen acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering; deze leden waren zeer bevreesd dat het lastig wordt voor mensen met een «vlekje» om van verzekeraar te wisselen. Hun vraag aan het kabinet was welk pakket in de basisverzekering gaat en waarvoor moet worden bijverzekerd.

De leden van de **SGP**- en **CU**-fractie merkten op dat de omvang van het pakket op hoofdlijnen gelijk wordt gesteld met het huidige Ziekenfondspakket. Dit lijkt heel duidelijk. In de praktijk bestaat toch veel mist over de precieze invulling. De stelling over de gelijkwaardigheid met het ziekenfondspakket gaat slechts in zoverre op dat dezelfde thema's behandeld worden. De functiegerichte benadering geeft veel minder duidelijkheid. Veel zal in de praktijk afhangen van de manier waarop de verzekeraars hun pakket vorm zullen geven en welke voorwaarden ze stellen. Die stelling over de gelijkwaardigheid kan dus eigenlijk vanuit de overheid niet goed ingenomen worden. Ook vroegen de leden van de fracties van de SGP en de CU naar bijvoorbeeld de garanties dat verzekeraars ook echt voldoende dure behandelingen in zullen kopen voor chronische zieken of oudere patiënten.

De leden van de SGP- en CU-fractie hebben diverse signalen bereikt uit de GGZ-sector dat er in de praktijk juist versnippering dreigt te ontstaan. Kan nog eens helder voor deze sector worden uiteengezet welke onderdelen precies onder welke wet zullen vallen? Met ambulante hulpverlening, intramuraal, extramuraal, korter/langer dan een jaar moet wel worden opgepast dat de wetgeving zo sterk op de andere vormen van zorg wordt gericht dat deze sector eraan onderdoor gaat.

Functiegericht omschreven verzekeringsrechten

De leden van de **CDA**-fractie vroegen zich af of met de functiegerichte omschrijvingen, zoals in de stukken toegelicht, niet eerder sprake zal zijn van vermindering van transparantie dan van vermeerdering.

Gelet op het feit dat de omvang van het basispakket wordt uitgedrukt in functiegerichte omschrijvingen, moet daarom, zo vroegen de leden van de **PvdA**-fractie, in de polis worden omschreven op welke wijze inhoud zal worden gegeven aan de zorg. Op welke wijze zal bijvoorbeeld de medisch specialistische zorg worden omschreven in de verzekeringspolis? Zal de wijze waarop de verzekeraar in de polis inhoud geeft aan een bepaalde aanspraak op zorg, ook bepalend zijn voor de restitutie die wordt gegeven bij een niet gecontracteerde aanbieder?

Wordt door een functiegerichte omschrijving van de aanspraken het aspect niet verwaarloosd, dat in bijzondere gevallen gebruik moet worden gemaakt van specifieke aanbieders, die mogelijk niet gecontracteerd zijn? In het geval van multiple pathogenese, zo vervolgden deze leden, kan het bijvoorbeeld zo zijn dat de behandeling in een ander ziekenhuis moet plaatsvinden dan de behandeling van één van de bij multiple pathogenese te onderscheiden ziektebeelden. Hoe wordt hierin voorzien? Kan voorts worden meegedeeld welke definitie van acute zorg wordt gehanteerd? Waar ligt de grens tussen acute en electieve zorg? Op welke wijze zal de acute zorg worden gecontracteerd? Hoe verhoudt het recht op een second-opinion zich tot een beperking van de keus uit zorgaanbieders die het gevolg kan zijn van een selectief contracteerbeleid?

De leden van de **VVD**-fractie merkten op dat de functionele omschrijving van de zorg de vrijheid geeft om tot een meer flexibele invulling van zorg te komen. Indertijd was een van de redenen om de Wet BIG in te voeren, dat burgers ervan uit konden gaan dat een ingeschrevene in het BIG register over de nodige deskundigheid beschikte. Is het mogelijk dat een verzekeraar om aan zijn zorgplicht te voldoen ook gezondheidszorgverleners contracteert die niet staan ingeschreven, zo vroegen de leden van de VVD-fractie. Kan een zorgverzekeraar bijvoorbeeld ook in zijn collectief contract opnemen dat een bedrijfsarts de huisartsenzorg op zich neemt, of dat de burger in het weekend zich moet wenden tot de eerste hulp van het ziekenhuis voor deze hulp?

Burgers moeten in de ogen van de leden van de fracties van **D66** en **OSF** «vrij maar verantwoordelijk» zijn. Mensen moeten zelf kunnen kiezen, maar ook zelf verantwoordelijkheid dragen, mensen moeten beseffen dat keuzes consequenties hebben. In het wetsvoorstel wordt verzekeringsnemers tot op zekere hoogte de mogelijkheid geboden tot het nemen van de eigen verantwoordelijkheid, namelijk via de mogelijkheid tot keuze voor een bepaald eigen risico en de eventuele «no-claim»-teruggave bij beperkt zorggebruik. De Raad van State noemt in dit licht echter ook een mogelijke «gezond gedrag»-polis. Hoe staat het kabinet tegenover een «gezond gedrag»-polis? Is het kabinet bereid die sterk te stimuleren? Zo ja, met welke concrete acties en wanneer; zo nee, waarom niet?

Functiegerichte omschrijving: alleen aard en omvang zijn vastgelegd, niet is bepaald door wie het moet gebeuren. Betekent dit, zo vroegen de leden van de **SGP**- en **CU**-fractie, dat feitelijk «willekeurige personen» zorg kunnen verlenen? Hoe is de verhouding tot bijvoorbeeld de Kwaliteitswet? Een andere vraag in dit verband was of bijvoorbeeld ook familieleden verpleegkundige zorg of kraamzorg kunnen verlenen met een vergoeding van de onkosten op basis van de Zorgverzekeringswet, of de functie verblijf, als dat thuis plaatsvindt of bij een familielid. (Dus vergelijkbaar systeem als de PGB.) Er is immers niet meer vastgelegd door wie en waar de zorgverlening moet plaatsvinden. Is dit wat de minister er ook mee voor ogen heeft? Is dat een wenselijke ontwikkeling? Hier zijn wel duidelijke normen nodig, zodat functiegerichte benadering niet leidt tot enorm explosieve groei.

Deze leden vroegen tevens waarom bij de omschrijving van de zorgaanspraken in het besluit gekozen is voor de term «plegen te bieden», terwijl er toch in de toelichting vooral gewerkt wordt met het gebruikelijkheids criterium. Betekent «plegen te bieden» precies hetzelfde als de omschrijving in het tweede lid van artikel 2.1 van het besluit (Stand wetenschap en praktijk of verantwoorde en adequate zorg.)? Als de betekenis toch verschillend is: door wie en hoe wordt dan uitgemaakt waarop de verzekerde recht heeft?

Vervolgens gingen deze leden in op het belang van een goed verankerde positie van de eerstelijnszorg. Terecht stelt de minister dat de belangrijke poortwachtersfunctie niet wordt opgeheven door dit wetsvoorstel. In de oorspronkelijke plannen was dit echter wel mogelijk. Dit is volstrekt ongewenst. Nederland heeft een uniek systeem dat deze leden graag willen behouden. Als gevolg van het amendement is deze functie nu duidelijk in de wet verankerd. De leden van de **SGP**- en **CU**-fractie vroegen of de minister ook bereid is in de lagere regelgeving duidelijk op te nemen dat verzekeraars ook echt verplicht zijn om de huisarts als basis van het systeem te nemen, welke alternatieven er verder ook worden geboden. Dat betekent niet dat de huisarts ook zelf alle taken moet verrichten, maar hij blijft wel volop verantwoordelijk voor het goed functioneren van de basiszorg.

De leden van de **SP**-fractie sloten zich aan bij de bovenstaande vragen van de **VVD**- de **SGP/CU**-fracties.

Kwaliteit van zorg

De leden van de **PvdA**-fractie, en de leden van de fractie van **GroenLinks** sloten zich daarbij aan, merkten op dat het niet de verzekerde is die met de aanbieder onderhandelt over prijs en kwaliteit en daar een keuze maakt, maar dat de verzekeraar dat voor hem doet. In de memorie van toelichting wordt geconstateerd dat de marktwerking betrekking heeft op de verzekeringen in plaats van de zorg. In hoeverre is te verwachten dat verzekeraars concurreren op de kwaliteit van hun eigen organisatie in plaats van de kwaliteit van de door hen gecontracteerde zorg? In hoeverre wordt het inkoopbeleid van de verzekeraar duidelijk in de polis, anders dan in de prijsstelling? In welke mate valt te verwachten dat verzekerden bij de keus voor een verzekeraar zich laten leiden door de verschillen in kwaliteit? Een verzekerde weet op het moment dat hij een verzekering afsluit meestal niet welke ziektes zich mogelijk bij hem zullen voordoen. Hoe groot wordt de kans ingeschat dat verzekerden voordat zij als patiënt ervaring opdoen met de kwaliteit van de door hun verzekeraar ingekochte zorg, om redenen van kwaliteit van verzekeraar zullen wisselen? Kan in het antwoord ook aandacht worden besteed aan het feit dat uit recente rapporten van de inspectie blijkt dat er betekenisvolle kwaliteitsverschillen

bestaan tussen aanbieders. Is de wens van de verzekerde niet boven alles dat «het goed geregeld is»? Kortom dat hij als hij ziek wordt goede zorg ontvangt en dan niet met allerlei beperkingen wordt geconfronteerd.

Waarom is verzekerden niet de mogelijkheid geboden in plaats van ieder jaar te kunnen wisselen van zorgverzekeraar, bijvoorbeeld te kunnen wisselen van verzekeraar op het moment dat naar voren komt dat hun verzekeraar een voor de verzekerde relevante medisch-specialistische zorgaanbieder niet gecontracteerd heeft? Het probleem dat de vrije artskeuze door gedeeltelijke restitutie in het gedrang komt, zou met een dergelijke regeling toch te ondervangen zijn?

De leden van de PvdA-fractie vroegen vervolgens of het denkbaar is dat, hoewel in artikel 11, lid 1 is bepaald dat een verzekeraar in de polis de aanspraken van de verzekerde moet vastleggen, de kwaliteit van de zorg waarop aanspraak bestaat, verschilt afhankelijk van de hoogte van het eigen risico?

De aanvullende verzekering

Het was voor de leden van de **CDA**-fractie een duidelijk gegeven, dat in het kader van een privaatrechtelijke verzekering aan de zorgverzekeraars ter zake van een aanvullende verzekering in feite moeilijk voorwaarden kunnen worden opgelegd. Desondanks is – hoewel de minister aanneming van een amendement ter zake heeft ontraden – een desbetreffend amendement met grote meerderheid aanvaard. Wat stelt de minister zich ter zake voor, nu hierdoor nieuwe spanningen zijn opgeroepen en de zorgverzekeraars er terecht op wijzen, dat dit een rechtstreeks ingrijpen in de aanvullende verzekering is? Ziet de minister nog andere mogelijkheden, mede om strijd met de Europese regelgeving te voorkomen? Overigens is het nog maar de vraag of ont koppeling niet juist de keuzevrijheid beperkt en bovendien het gevaar van risicoselectie oproept met alle gevolgen van dien. Kan de minister in het overleg met de zorgverzekeraars oplossingen zoeken om dit gevaar te voorkomen?

Een zelfde opmerking is op z'n plaats ter zake van de motie, waarin wordt gevraagd met een voorstel te komen om bij het verlaten van de collectiviteit de aanvullende verzekering te mogen behouden. Een voorstel is weliswaar van een andere aard dan het verrichten van het door de minister toegezegde onderzoek. Niettemin had de minister geen bezwaar tegen de motie. Dat had deze leden verwonderd. Kan de minister zijn standpunt nog eens toelichten?

Het bovenstaande neemt niet weg dat de leden van de CDA-fractie zich ernstige zorgen maakten over de mogelijkheden voor de chronisch zieken en gehandicapten om een aanvullende verzekering te krijgen c.q. te behouden. Op welke wijze kan weigering van deze categorie worden voorkomen?

Naar het oordeel van de **PvdA**-fractie is het aannemelijk dat het belang van de aanvullende verzekering verder toeneemt. Het is goed denkbaar dat sommigen een deel van de WMO-zorg (Wet maatschappelijke ondersteuning) door middel van een aanvullende verzekering zullen dekken. De leden van de PvdA-fractie vroegen welke mogelijkheden er bestaan voor verzekeraars tot risicoselectie voor de aanvullende verzekering bij de eerste aanmelding voor een aanvullende verzekering. Het pakket dat nu door particuliere verzekeraars wordt aangeboden, komt niet in alle gevallen overeen met het voorgestelde basispakket. Deze leden vroegen hoe de verzekering voor zorg die nu nog mogelijk binnen het particulier verzekerde pakket maar straks buiten het basispakket valt,

wordt voortgezet. In het geval een verzekerde er voor zou kiezen deze dekking om te zetten naar een aanvullende verzekering, bestaat dan de mogelijkheid dat hij hiervoor wordt geweigerd?

De leden van de **VVD**-fractie hadden begrepen dat de leden van Zorgverzekeraars Nederland geen consensus hebben bereikt over een code om de aanvullende en basisverzekering bij de start naar het nieuwe stelsel aan elkaar te koppelen. Kan de minister, die een dergelijke code een goede zaak vond, hier zijn standpunt over geven?

De leden van de **SP**-fractie merkten op dat risicoselectie bij de standaardverzekering niet is toegestaan, wel bij de aanvullende verzekering. In de Tweede Kamer heeft de minister betoogd dat ont koppeling risicoselectie in de hand zal werken en dat daarom koppeling van basis en aanvullende verzekering te prefereren is. Kan hij deze stelling met argumenten onderbouwen, zo vragen deze leden. De zorgverzekeraars melden dat ont koppeling moeilijk uit te voeren zal zijn, er is ten aanzien van een aantal verstrekkingen een duidelijk koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering, zo zijn bijvoorbeeld bij fysiotherapie de eerste negen behandelingen ondergebracht bij de aanvullende verzekering en worden de vervolgbehandelingen bij bepaalde chronische aandoeningen uit de standaardverzekering vergoed, iets soortgelijks geldt voor IVF. De leden van de SP-fractie vroegen hoe zorgverzekeraars hiermee moeten omgaan.

De leden van de fracties van **D66** en **OSF** vroegen of het kabinet hen op basis van feitelijke gegevens, statistieken, wil overtuigen dat slechts een gering deel van de bevolking zich aanvullend zou moeten bijverzekeren. Kan het kabinet ook meedelen welke karakteristieken deze mensen hebben? Welk deel van de chronisch zieken en gehandicapten, in percentages en absolute aantallen, kan niet zonder aanvullende verzekering? Welk stelsel van maatregelen heeft het kabinet bedacht om de chronisch zieken en gehandicapten die zich gedwongen aanvullend moeten verzekeren, tegemoet te komen? Kan het kabinet de garantie geven dat deze groep nu niet en ook niet over tien jaar, het slachtoffer wordt van risicoselectie door de zorgverzekeraars?

2.4.e Rechtsbescherming

De uitvoerige discussie over de «geschillencommissie» heeft tot een vergaande wijziging van de oorspronkelijke tekst geleid, aldus de leden van de **CDA**-fractie. Geschillen inzake polisaanspraken moeten nu worden voorgelegd aan een onafhankelijke instantie, die evenwel verplicht is advies te vragen aan het CVZ, een publiekrechtelijke instantie. Het amendement is, mede op grond van principiële bezwaren, door de minister ontraden. Het was de leden van de CDA-fractie opgevallen, dat de minister in dit kader geen sterkere bewoordingen heeft gebruikt. Immers, komt er nu wel een geschillenregeling met deze strekking, of acht de minister het uitgesloten dat vanuit de Europese regelgeving hiertegen bezwaar wordt aangetekend? Moet – uit preventieve overwegingen – niet naar een andere oplossing worden gestreefd?

De leden van de **SP**-fractie merkten op dat geschillen kunnen worden voorgelegd aan een onafhankelijke geschillencommissie; deze instantie is verplicht advies te vragen aan het CVZ als het geschil betrekking heeft op de zorg dan wel de vergoeding van de zorg. Deze leden vroegen de minister nog eens toe te lichten hoe hij zich deze instantie(s?) voorstelt. Wie neemt het initiatief tot oprichting, wie financiert de oprichting en wie bepaalt toegangstijd, afhandeling en hoogte kosten? Bestaat er een tijdspad waarop één en ander geregeld zal zijn? Welke geschillen kunnen

eigenlijk worden voorgelegd en welke niet? Zorgverzekeraars Nederland heeft o.a. over deze materie een indringende brief geschreven (d.d. 10 februari 2005). Ook de NPCF vraagt in haar brief van 16 februari hiervoor aandacht. Graag vernamen deze leden de reactie van de minister.

2.4.f De financiering

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen of uiteen kan worden gezet waarom er op grond van praktische overwegingen is afgezien van het bij wet vaststellen van de macropremielast.

De inkomensafhankelijke bijdrage

De leden van de **SGP**- en **CU**-fractie merkten op dat de inkomensafhankelijke bijdrage voor iedereen geldt. Voor werknemers en niet-werknemers. Werknemers krijgen een belaste vergoeding ter hoogte van deze bijdrage. De positie van vooral gepensioneerden (maar ook zelfstandigen) is onduidelijk. Over welk inkomen moeten zij precies premie betalen, zo vroegen de leden van deze fracties. Moeten de uitkerende instanties voor hen die premie inhouden? Worden zij ook verplicht de belaste vergoeding te betalen? Geldt dit alleen voor het AOW-deel of ook voor het pensioendeel?

Werkgeversbijdrage

Met betrekking tot de werkgeversbijdrage was het de leden van de **PvdA**-fractie niet geheel duidelijk wat moet worden verstaan onder de opmerking in de memorie van toelichting «Deze verplichting tot het verstrekken van een vergoeding geldt eveneens voor uitkeringsinstanties met betrekking tot de door de uitkeringsgerechtigden verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aan te wijzen uitkeringen.» (p. 47). Worden bijvoorbeeld ook pensioenfondsen onder uitkeringsinstanties verstaan? In de nota naar aanleiding van het verslag van de Tweede Kamer lazen deze leden «AOW-ers gelden als hun eigen werkgever en betalen derhalve zelf de inkomensafhankelijke premie. Voor AOW-ers zonder aanvullend pensioen geldt echter dat via de netto-nettokoppeling hun inkomen zo wordt vastgesteld dat ze daar niets van merken.» (p. 62). Kan dit nader worden toegelicht en met een cijfervoorbeeld worden verduidelijkt? Welke zekerheid hebben de werkgevers over de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage als deze jaarlijks kan verschillen?

De leden van de **VVD**-fractie merkten op dat de werkgevers 50% bijdragen aan de macro-premielasten van de gezondheidszorg. Degenen die geen werkgever hebben moeten zelf het werkgeversdeel betalen. Studenten worden gecompenseerd via hun beursdeel. In de nota naar aanleiding van het verslag worden echter ook «uitkeringsinstanties» als werkgever genoemd. Deze leden vroegen of de minister een overzicht kan geven van die uitkerende instanties die gelijk worden gesteld met een werkgever, of waar anderszins compensatie wordt gegeven. Bijvoorbeeld: betaalt (of compenseert) de gemeente het deel voor de bijstandsgerechtigde of het UWV/particuliere verzekeraar voor de WAO-er, de Sociale verzekeringsbank voor de AOW-er of het Pensioenfonds voor de gepensioneerde?

Financiële gevolgen voor verzekerden

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen in hoeverre de mogelijkheid om in één jaar over te schakelen van een hoog naar een laag eigen risico indirect leidt tot een uitholling van de risicosolidariteit tussen oudere en jongere verzekerden. Kan zo op jeugdige leeftijd, wanneer de kans op

ziekte gering is, een hoog eigen risico worden genomen en indien nodig het risico binnen een jaar weer worden afgebouwd?

Deze leden zagen in de no-claimkorting niet een vergelijkbaar effect als in de eigen bijdrage. Deze leden wilden nogmaals vragen naar de door de minister toegezegde studie naar de mogelijkheid de hoogte van de eigen bijdrage af te stemmen op het inkomen, zoals dat bij de IZA wel gebeurt.

In het wetsvoorstel is een keuze voor een bepaald eigen risico en een no-claimteruggave als mogelijkheid opgenomen. In principe vonden de leden van de fracties van **D66** en **OSF** het een lovend streven om verzekerden een bepaalde mate van eigen verantwoordelijkheid te geven in de zorgconsumptie. Of dit echter ook in de basisverzekering moet worden toegelaten is nadere overweging waard omdat nog niet veel bekend is over de effecten ervan. Is bekend tot op welke hoogte een no-claim een verzekerde ervan zal weerhouden om uit het oogpunt van de medische doeltreffendheid en medische doelmatigheid, of misschien zelfs vanuit het oogpunt van de volksgezondheid, noodzakelijke zorg te consumeren? Met andere woorden, tot op welke hoogte zullen no-claim en eigen risico verzekerden ervan weerhouden een noodzakelijke doorverwijzing van de dokter te accepteren? Hoe past het toekennen van een eigen risico bij het aanvullende deel van de zorgverzekeringsmarkt?

De leden van de D66- en OSF-fractie constateerden dat in het huidige wetsvoorstel het «stapelen» van no-claim en eigen risico mogelijk is; dit houdt een tweerichtingsverkeer van geldstromen in tussen verzekeraar en verzekerde. Eerst wordt de no-claim opgebruikt en vervolgens wordt een beroep gedaan op het eigen risico. De leden van de fracties van D66 en OSF constateerden dat dit onnodige uitvoeringsproblemen met zich brengt en tot hoge administratieve lasten leidt. Deze leden waren van mening dat eigen risico en no-claim voor de verzekerde per saldo inwisselbaar zijn. Zij voelden dan ook meer voor een systeem met een verplicht eigen risico aan de voet voor de basisverzekering; het moet voor de verzekerde vrij blijven zelf een keuze te maken voor de hoogte van dit eigen risico. Het huisartsbezoek valt wat deze leden betreft buiten het eigen risico. Zij waren er van overtuigd dat het hierboven beschreven systeem minder onnodige administratieve rompslomp en kosten met zich mee brengt. Is het kabinet dit met deze leden eens? Zo ja, wil het kabinet dan serieus overwegen dit te bestuderen? Zo nee, welke harde argumenten heeft het kabinet hiervoor?

2.4.g De vereveningsregeling

Naar het oordeel van de leden van de **CDA**-fractie zit het gevaar voor een Europese afwijzing vooral in het risico-vereveningssysteem. De vereveningsbijdrage moet nu meerdere doelen dienen en daarom moet er ernstig rekening mee worden gehouden, dat de vereveningsbijdrage als een steunmaatregel kan worden beschouwd. Ook de minister heeft terzake twijfels. Had dit niet kunnen worden voorkomen? De minister volgt nu de Raad van State die heeft voorgesteld geen vereveningsbijdrage uit te keren zo lang de Europese Commissie zich niet over het karakter hiervan heeft uitgesproken. Welnu, het beoogde risico-vereveningssysteem is onlangs ter toetsing aan de Europese Commissie voorgelegd. De leden van de CDA-fractie zouden gaarne worden ingelicht over het verloop van deze standpuntuitwisseling. Met enige verbazing hadden zij kennisgenomen van een uitspraak van de minister, dat hij geen aanleiding zag ieder wettelijk detail aan de Europese Commissie voor te leggen. De minister meende, dat de regering hier haar verantwoordelijkheid kon nemen. Zonder deze stelling in twijfel te trekken, lijkt het toch uitermate zinvol ook over de details – en die kunnen uitermate belangrijk

zijn – zoveel mogelijk zekerheid te verkrijgen. Juist omdat het bij twijfel beter is zich te onthouden, welke wijze raadgeving niet is gevolgd, heeft ook de Eerste Kamer de plicht door te vragen om zicht te krijgen, ook op de gevolgen bij een eventuele afwijzing. Temeer omdat de minister zal vasthouden aan de publieke waarborgen, waardoor dan een publiekrechtelijke verzekering meer in zicht komt. Welke consequenties worden hiervan verwacht en welke maatregelen moeten dan worden getroffen? Zoals de minister met vele kán-bepalingen in het wetsvoorstel over een stok achter de deur wil kunnen beschikken, wilden deze leden «ook voor het geval dat» over een ander scenario kunnen beschikken. Gaarne nodigden deze leden de minister dan ook uit hier de grootst mogelijke openheid te betrachten en de leden niet afhankelijk te maken van overwaaiende geruchten over de aard en omvang van de door de Europese Commissie gestelde vragen. Bovendien zou informatie over het tijdspad hier ook van belang zijn in verband met de invoeringsdatum van het wetsvoorstel.

Al met al vroegen de leden van de CDA-fractie de minister te staven dat toepassing van het nieuwe stelsel aan zodanige waarborgen voldoet, dat er geen sprake zal zijn van schending van Europeesrechtelijke verdragsbepalingen. Er spelen immers meer onzekerheden, zoals het zorgverzekeringsfonds als zodanig, de (tijdelijke) verstrekking van subsidies door het CVZ, de aanwijzingen door de Zorgautoriteit, het fonds dat achtergestelde leningen gaat verstrekken, om maar enkele dubia te noemen. Dit alles temeer, omdat het door de minister verwachte uitsluitel in januari 2005 (stuk 29 763, nr. 20, pag. 10) er blijkbaar nog niet is.

In aanvulling op de eerdere opmerkingen stelden deze leden nog een aantal vragen. Hadden de leden van de CDA-fractie het goed begrepen, dat de toevoeging van de particulier verzekerden nog niet is verwerkt? Verder vroegen deze leden of aan de diverse patiëntengroepen, veelal risicovolle groepen, al voldoende recht is gedaan c.q. zal worden gedaan? Gedacht kan worden aan die groepen met een aandoening, waarmee het huidige vereveningsstelsel geen rekening houdt, personen met meerdere aandoeningen of psychotische aandoeningen, personen met een functionele beperking, etc. Immers onder de nieuwe omstandigheden (buitenlandse verzekeraars, marktwerking) dienen ook deze extra risico's te worden afgedekt en dat vergt een verdere verfijning van het vereveningssysteem. Slagen wij hierin in onvoldoende mate, welke mogelijkheden en maatregelen staan de minister dan ter beschikking om in te grijpen? Of is hiervoor nog onderzoek noodzakelijk en is de minister hiertoe bereid?

Tenslotte rees naar het oordeel van de leden van de CDA-fractie de vraag of in het vereveningssysteem wel voldoende rekening is gehouden met de specifieke kenmerken van verzekerden in de grote steden. In het zogenoemde WOVN-advies (werkgroep ontwikkeling verdeelmodel) voor 2005 wordt immers geconcludeerd, dat de budgetresultaten in grote steden als Den Haag en Amsterdam consistent negatief zijn, waardoor verzekeraars die hun verzekerden in grote steden gecontracteerd hebben, noodgedwongen een hogere nominale premie moeten vragen. Is het juist, dat binnen het huidige systeem niet tot een oplossing kan worden gekomen en welke gevolgen zou dit kunnen hebben voor aanpassingen in het nieuwe systeem? Het kan zijn, dat deze leden nu vragen stelden, waarop reeds een antwoord is gegeven, maar zij beschikten nog niet over de onderliggende stukken over het vereveningssysteem en dan rijst uiteraard de vraag op basis waarvan de parameters zijn vastgesteld. Gaarne ontvingen deze leden een duidelijk antwoord.

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen eveneens of de reactie van de Europese Commissie op de aanmelding van het risicovereveningssysteem reeds is ontvangen. Zo ja, kan de Eerste Kamer daar een afschrift van ontvangen? Deze leden constateerden vervolgens dat zich verschillen voordoen tussen het Ierse en het Nederlandse stelsel van risicoverevening. Kan de vergelijking zoals die in de memorie van toelichting wordt gemaakt, tussen het Ierse en het Nederlandse stelsel van risicoverevening, ondanks de verschillen worden gerechtvaardigd?

Hebben de leden van de PvdA-fractie goed begrepen dat er in het kader van het risicovereveningssysteem geen vast bedrag per risico wordt uitgekeerd, maar dat de uitkering in het kader van het risicovereveningssysteem voor een risico proportioneel is? In hoeverre is het hierdoor voor verzekeraars mogelijk te anticiperen op uitkeringen uit het risicovereveningssysteem bij het werven van verzekerden met slechte gezondheidsrisico's?

Kan, zo vroegen de leden van de PvdA-fractie, worden uiteengezet hoe fijnmazig het risicovereveningssysteem werkt. Is het niet zo dat in de huidige situatie sommige patiëntencategorieën nadrukkelijk naar voren komen, maar andere in het geheel niet? Welke garanties zijn er dat verzekeraars niet vooral gaan inspelen op de leemtes van het risicovereveningssysteem?

De leden van de PvdA-fractie hebben in de memorie van toelichting gelezen dat in het geval van een plotselinge toevloed van verzekerden die door een faillissement gedwongen zijn een nieuwe verzekeraar te zoeken, een uitkering uit het vereveningsfonds kan worden gedaan. In hoeverre zou een dergelijke uitkering uit het vereveningsfonds als staatssteun aangemerkt kunnen worden? Kan worden toegelicht waarom de aanbidders niet worden betaald door het CVZ bij faillissement van de verzekeraar?

Voor de ziekenfondsen geldt een vereveningssysteem, aldus de leden van de **VVD**-fractie, dat in de loop der jaren is aangepast en verfijnd, zodat de bijdrage nu redelijk goed rekening houdt met het risico profiel van de verzekerdenportefeuille. De vereveningsbijdrage zal voor alle verzekeraars gelijk zijn. Particuliere verzekeringsmaatschappijen hebben nooit met een vereveningssysteem te maken gehad. De minister wil het systeem van de Ziekenfondsen ook op de particuliere verzekeraars van toepassing verklaren. De leden van de VVD-fractie vroegen de minister of de verzekerdenportefeuille van particuliere verzekeraars wel eenzelfde risicoprofiel kent als dat van de Ziekenfondsen en of toepassing van het ziekenfondssysteem niet tot onverwachte uitkomsten leidt. Verwacht de minister dat er specifieke aanpassingen nodig zijn, eventueel tijdelijk, met betrekking tot het vereveningssysteem voor particuliere verzekeraars? Voorts stellen deskundigen dat het huidige vereveningsmodel met betrekking tot de grote steden onvoldoende compensatie biedt voor de extra kosten die het gevolg zijn van de samenstelling van de bevolking. Wordt het vereveningsmodel hierop nog aangepast? Voorlopig zal een aantal kosten van zorgverzekeraars ex post verevend worden. Het is de bedoeling van de minister om te zijner tijd over te gaan op een vereveningssysteem ex ante. Welke zijn de criteria voor deze wijziging?

Deze leden vroegen tevens welke invloed het eigen risico op (onderdelen van) het vereveningssysteem heeft. Wordt de hoogte van de verevening aangepast indien blijkt dat het te verwachten bedrag aan no-claim dat in de praktijk wordt terugbetaald, in de praktijk wijzigt? Met betrekking tot de verzekerdenkenmerken zal ook de «aard van het inkomen» een indicator zijn voor de gezondheid. De leden van de VVD-fractie konden zich

voorstellen dat het gegeven: WAO- of AOW- uitkering, een aanwijzing kan zijn ten aanzien van de te verwachten zorgkosten. Echter bij het gegeven of iemand in loondienst is, ZZZP-er (zelfstandige zonder personeel) dan wel een ondernemer is, ligt de relatie met zorgkosten minder voor de hand. Kan de minister verduidelijken welke inkomenscategorieën wel dan wel niet relevant zijn en van welke externe bronnen hij gebruik gaat maken om de aard van iemands inkomen te achterhalen?

De leden van de **SGP**- en **CU**-fractie constateerden dat het verevenings-systeem voor verzekeraars een zeer belangrijk element van de Zorgverzekeringswet vormt. Zonder dit stelsel zou de acceptatieplicht enorm nadelig uit kunnen pakken. Het is dan natuurlijk wel belangrijk dat er van tevoren overeenstemming is over de verdeelsleutels. In de regels staat dat de minister de gewichten vaststelt. Kunnen verzekeraars ervan uitgaan dat dit ook goed op tijd gebeurt, zodat zij in het najaar bij hun premievaststelling ook duidelijkheid hebben over de te verwachten hoogte van de bijdrage uit het Vereveningsfonds, zo vroegen deze leden. Is de wettelijk verplichte datum van 1 oktober wel haalbaar?

In het kader van verevening is de hogekostencompensatie een vreemde factor, aldus deze leden. Hier wordt gerekend met een compensatie als gevolg van extreem hoge schades die bij een verzekeraar terecht komen. Dit is een onduidelijk gegeven. Hoe werkt dit uit? Betekent dit uiteindelijk toch dat inefficiëntie wordt beloond?

Wat betreft de buitenlandse toetreders op de markt, merkten deze leden het volgende op. Hiervoor moet Europeesrechtelijk alle ruimte zijn. Dat betekent dat dergelijke verzekeraars ook toegang hebben tot het systeem van risicoverevening. Deze leden vroegen tevens op welke wijze gewaarborgd is dat die partijen geen onevenredige voordelen van dit systeem hebben. Hoe is dit verankerd in de regelgeving? Welke ruimte laat het Europese recht op dit punt? Een wegleffect achtten deze leden niet wenselijk.

De **commissie**leden gaan ervan uit dat de Europese Commissie duidelijkheid moet hebben geschapen over haar standpunt alvorens tot plenaire behandeling van het wetsvoorstel zal worden overgegaan.

2.4.h Toezicht

De leden van de **CDA**-fractie constateerden dat nu de Wet Marktordening Gezondheidszorg met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet per 1 januari a.s. van kracht zal worden, het gewenst is de consequenties hiervan onder ogen te zien. In formele zin heeft de minister gelijk wanneer hij stelt «Voor de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet is de wet marktwerking gezondheidszorg niet nodig». Maar om verdere stappen te kunnen zetten op het gebied van de liberalisering van de prijsstelling van zorgaanbieders en (overige) deregulering van het zorgaanbod is dit terdege wel het geval. Daarvoor is een goed geëquipeerde Zorgautoriteit onmisbaar, aldus de minister. Deze leden wilden dit duidelijk markeren, ook al is de minister in dit kader al tot duidelijke toezeggingen gekomen. Nu ziekenhuizen de minister onder druk proberen te zetten, is het noodzakelijk een en ander duidelijk vast te leggen. Er is echter nog meer, want gereguleerde marktwerking vraagt ook om een andere toezicht-structuur dan de huidige. Ook om die reden is uitstel van de invoering van de Wet Marktordening Gezondheidszorg op z'n minst niet fraai. Hiernaast is het van belang vast te stellen, dat in de discussie over de aanpassing van de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer, duidelijk is gesteld, dat over de precieze voorwaarden van de marktmacht nog maar eens goed moet worden gesproken.

Verder bleef het voor de leden van de CDA-fractie een vraag of de Zorgautoriteit nu wel of niet met het toezicht op de AWBZ zal worden belast. Kan op dit punt nu reeds helderheid worden verschaft? Dit zou ook nu reeds kunnen gelden voor het vraagstuk van differentiatie naar individuele aanbieders op het vlak van de prijsvorming. Tenslotte vroegen deze leden of de minister nu reeds kan toezeggen, dat er in de toezicht-structuur geen overlap zal voorkomen, maar wel sprake zal zijn van harmonisatie. De belangrijkste vraag zal tenslotte blijven of er metterdaad sprake zal zijn van een terughoudend overheidstoezicht, dat niettemin adequaat reageert en ook een vermindering van de administratieve lasten oplevert.

De leden van de **PvdA**-fractie constateerden dat het versnipperde toezicht op de gezondheidszorg door dit wetsvoorstel nog verder toeneemt. Kan nog eens worden uiteengezet waarom niet is gekozen óf voor toezicht door de meer algemene toezichthouders, AFM, PVK, NMa, óf voor specifiek toezicht voor de zorg zoals Zorgautoriteit, CVZ? Kan inzicht gegeven worden in de verhouding tussen de eisen die de Pensioen- en Verzekeringkamer stelt en de eisen die vergelijkbare instanties in andere lidstaten stellen?

De leden van de **SGP**- en **CU**-fractie constateerden dat er diverse toezichthouders actief zullen zijn in de zorgsector. De Zorgautoriteit krijgt een centrale positie, maar onduidelijk is hoe overlap in het toezicht met het CVZ en de NMa wordt voorkomen. De NMa gaat over het misbruik van de economische machtspositie, de Zorgautoriteit over misbruik van aanmerkelijke marktmacht. Gaat dit niet botsen in de praktijk? De leden van de SGP- en CU-fractie vroegen of de minister duidelijk uiteen kan zetten hoe deze toezichthouders in de praktijk zich tot elkaar zullen verhouden? Welke risico's voor overlap tussen bijvoorbeeld de regels die CVZ en Zorgautoriteit kunnen stellen, zijn er? Ook is nog niet voldoende duidelijk gemaakt hoe de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en de Zorgautoriteit zich precies zullen verhouden. Zijn de «verzekeringssector» en de «zorgverzekeringssector» voldoende onderscheiden? Welke toezichthouder is bevoegd als er bijvoorbeeld een verzekeraar is die een «zorgverzekering» aanbiedt, maar waarvan het pakket niet (volledig) past binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet?

2.5 Transparantie in het verzekeringsstelsel

De leden van de **PvdA**-fractie merkten op dat in de memorie van toelichting op vele punten de werking van het voorgestelde stelsel wordt gebaseerd op het stemmen met de voeten door de verzekerde. Alleen al deze punten bieden tezamen een grote verscheidenheid aan keuzemogelijkheden. Mede in het licht van de conclusie van Barry Schwartz in The paradox of choice, dat de meeropbrengst van keuzemogelijkheden afneemt bij de toename van keuzemogelijkheden, vroegen deze leden in hoeverre de verzekerde tot een reële keuze kan komen. Daarbij dachten deze leden ook aan de vele denkbare polissen en de vele kwaliteitsverschillen tussen aanbieders. In hoeverre zal gezien de veelheid aan mogelijkheden, blijken dat alleen de prijs voor de verzekerde bepalend is?

Leiden de verschillende mixen en mogelijkheden die worden opgenoemd in artikel 10, bijvoorbeeld tussen DBC in natura en door restitutie, niet tot een volstrekt onoverzichtelijk en onvergelijkbaar beeld om te kunnen vergelijken tussen het aanbod van de diverse verzekeraars? Draagt de bepaling dat iedere verzekeringsnemer uit de zorgpolis moet kunnen opmaken voor welke vormen van zorg en andere diensten natura geldt en voor welke vormen van zorg en andere diensten restitutie wordt geboden, niet ook bij aan de onoverzichtelijkheid van het aanbod. Zou het voor de

beoordeling door de consument niet beter zijn geweest als bepaalde bij wet omschreven standaardpolissen door iedere verzekeraar zouden moeten worden aangeboden opdat een reële prijsvergelijking tussen verzekeraars mogelijk zou zijn?

Is het niet beter, ook voor de vergelijking tussen verzekeraars, een vaste omschrijving van natura- en restitutiepolis te geven waarin de grondslag van de premie moet worden omschreven? Kan een overzicht gegeven worden van op welke punten in de polis een nadere omschrijving of toelichting moet worden gegeven? Op welke wijze kan de burger bij een naturapolis komen tot een doelmatigheidstoets?

De leden van de **SP**-fractie constateerden dat volgens de minister de keuzevrijheid van de verzekerde zal toenemen. Deze leden waren het met de minister eens dat het aantal keuzemogelijkheden zal toenemen. Of de vrijheid om te kiezen zal toenemen is de vraag. Volgens onderzoek van de consumentenbond zal het aantal polissen waaruit te kiezen valt 17 000 bedragen. Menzis geeft aan dat ondanks de keuze voor één basisverzekering er in de praktijk meer dan 1000 varianten op de hoofdverzekering mogelijk zijn. De leden van de fractie van de Socialistische Partij meenden dat met dit gegeven in het achterhoofd er weinig mensen zullen zijn die echt een gewogen en rationele keus kunnen maken. Kiezen zal alleen voor de happy few zijn. Het gros van de bevolking wil alleen maar dat zorg van goede kwaliteit dichtbij georganiseerd is. De NPCF heeft in een brief van 16 februari jl. hier ook op gewezen en bepleit om een transparante markt te creëren. Zij denkt dat dit kan door een beperkt aantal polissen verplicht te stellen. «Bij een te groot aantal polissen is het ondoenlijk om goed afgewogen keuzes te maken en bewust met de voeten te stemmen. Een hulpmiddel om de verschillende polissen te kunnen vergelijken is een standaardopbouw van de polis». Is de minister bereid deze standaardopbouw te bevorderen?

Ook de leden van de fractie van **GroenLinks** meenden dat een dergelijke standaardopbouw een minimaal vereiste moet zijn. Zij meenden dat het minste wat de minister kan doen, is deze standaardopbouw verplicht voorschrijven. Komt zo'n verplichting er?

De leden van de **D66**- en **OSF**-fractie waren van mening dat voor een echte vrije keuze van een zorgverzekeraar door de verzekeringsplichtige de prestaties van de verschillende zorgverzekeraars inzichtelijk en vergelijkbaar moeten zijn. Dit kan gerealiseerd worden door te komen tot een systeem van certificering van zorgverzekeraars, en het on-line publiceren van correcte en betrouwbare gezondheidsinformatie op het internet door de overheid. Deze leden waren sterk voorstander van bovengenoemde aanpak. Wat is de visie van het kabinet? Waarom is er niet in een wettelijke regeling hieromtrent voorzien? Hoe wordt er voor gezorgd dat de juiste informatie voor de burger beschikbaar en inzichtelijk is? Welke stappen worden wanneer gezet en met welke impact? Ziet het kabinet zorgverzekeraars als maatschappelijk verantwoord ondernemers? Hoe wil het kabinet dit stimuleren, en hoe ziet het beleid van het kabinet eruit op dit punt?

Keuzevrijheid is belangrijk, maar betekent in de praktijk wel een vrijwel onoverzichtelijke hoeveelheid zorgpolissen. Dit kan positieve effecten hebben, maar zonder structurering onmogelijk. De leden van de **SGP**- en **CU**-fractie vroegen of het op zijn minst niet te overwegen zou zijn dat er een soort «financiële bijsluiter»/zorgbijsluiter komt, zoals in de bankwereld gebruikelijk? Langs bepaalde duidelijke criteria moet dan helder worden gesteld in de informatie die de zorgverzekeraar aanbiedt, wat de kenmerken zijn van de verzekering. Ze zijn dan veel gemakkelijker vergelijkbaar.

2.7 Gegevensuitwisseling

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen welke gegevens moeten worden uitgewisseld in verband met de uitvoering van de wet en het voeren van de beleidscyclus op het gebied van de gezondheidszorg. Kan een chronologisch overzicht worden gegeven van welke gegevens jaarlijks op grond van deze wet moeten worden verstrekt en aan wie? Kan daarbij worden vermeld door wie deze gegevens moeten worden? Hoe worden ook de administratieve kosten ingeschat van de verdere ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling, alsmede het onderhoud daarvan, die in het kader van de zorgverzekeringswet noodzakelijk zijn?

2.8 De financiële gevolgen

Inkomenseffecten

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen of ook inzicht kan worden gegeven in de regeling die voor studenten en wajongers wordt getroffen. Kan daarbij worden meegedeeld welke definitie van student wordt gehanteerd?

De leden van de PvdA-fractie vonden het moeilijk te beoordelen welke inkomensconsequenties de onderhavige wet zal hebben. Dit komt in het bijzonder door de stapeling die kan optreden tussen de effecten van deze wet, zoals bijvoorbeeld het al dan niet terugkrijgen van de no-claim-korting, het niet hebben van een reële mogelijkheid tot het kiezen voor een eigen risico, een minder gelukkige verhouding tussen inkomen, nominale premielast en zorgtoeslag alsmede de mogelijkheid gebruik te maken van de Buitengewone Uitgavenaftrek (BU) en Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU).

Daarnaast kan ook de combinatie van de zorgtoeslag en de financiële consequenties van andere regelgeving ongelukkig uitpakken. Zij dachten daarbij ook aan recente publicaties waaruit naar voren komt dat sommige inkomensgroepen meer dan 2,3% aan koopkracht hebben ingeleverd. Om tot een juist oordeel te komen, zouden zij meer inzicht willen hebben in wat de maximale teruggang kan zijn voor te onderscheiden inkomensgroepen. Tevens is bij de behandeling van de wet ter regeling van de no-claim toegezegd dat er gezocht zou worden naar compensatie voor groepen die onrechtvaardig «hard gepakt» zouden worden. Op welke wijze zal deze compensatie worden gerealiseerd? Bij de handeling van voornoemd wetsontwerp is ook toegezegd te bezien of de no-claim op een andere wijze door inkomensafhankelijke betalingen zou kunnen worden vervangen. Hoever staat het met deze studie? Tenslotte vroegen de leden van de PvdA-fractie of bij voortzetting van de Buitengewone Uitgavenaftrek (BU) en de Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU) de premie voor de zorgverzekering, verminderd met de ontvangen zorgtoeslag, meegerekend mag worden.

Ook de leden van de fractie van **GroenLinks** maakten zich ernstig zorgen over de denivelleringimpuls die uitgaat van de financiering van het nieuwe stelsel. Naar hun mening valt het niet te rechtvaardigen dat de hogere inkomens het meest profiteren van de invoering van een nieuw zorgverzekeringsstelsel. Zij vroegen de bewindslieden te reageren op een artikel in het Financieel Dagblad van 23 februari 2005: «Grote effecten van het nieuwe zorgstelsel». Is er niet wezenlijk iets mis als 85% van de huishoudens voor de bekostiging van haar ziektekostenverzekering een beroep moet doen op de Zorgtoeslag? De leden van de fractie van GroenLinks zouden graag een reactie zien op het volledige artikel.

De leden van de **VVD**-fractie constateerden dat de solvabiliteitseisen die aan de huidige Ziekenfondsen in het nieuwe stelsel worden gesteld hoger zullen zijn dan nu het geval is. Op het ogenblik worden er maximum grenzen gesteld aan de omvang van de reserves van de ziekenfondsen. De leden van de **VVD**-fractie vroegen of dit maximum gehandhaafd blijft of dat een zorgverzekeraar in het nieuwe stelsel vrij is zelf te bepalen hoever hij zijn reserves boven het verplichte minimum wil opbouwen.

De leden van de **SGP**- en **CU**-fractie merkten vervolgens op dat ziekenfondsen op dit moment verplicht zijn wettelijke reserves aan te houden. In de brief aan de Eerste Kamer stelt de minister dat die reserves ten goede komen van de verzekeraars als zij tenminste minimaal tien jaar zonder winstoogmerk zullen handelen. Dit zal worden geregeld via de Invoeringswet. Kan de minister de leden van de **SGP**- en **CU**-fractie meer inzicht geven in de hoogte van deze reserves? Hebben de huidige particuliere zorgverzekeraars niet met dezelfde soort reserves te maken? Is er vanuit dit oogpunt bezien wel sprake van een gelijke uitgangspositie?

2.9 Overgangsrecht

Op de pagina's 19/20 van de memorie van toelichting wordt melding gemaakt van de consultatie van de diverse veldorganisaties. Het was de leden van de **CDA**-fractie opgevallen, dat in het vervolg niet wordt ingegaan op de door de branche-organisatie Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen (KPZ) gemaakte opmerkingen over het overgangsrecht, zoals ook aangegeven in de brief aan de Tweede Kamer van 11 oktober 2004. Het is duidelijk, dat de Wet op de Zorgverzekering voor groepen verzekerden zowel pijnlijke als ook financieel nadelige gevolgen heeft, omdat zij door overheidsmaatregelen worden gedwongen verkregen rechten prijs te geven. De overheid dient zich hiervan op de overeengekomen wijze, zoals reeds eerder vermeld, rekenschap te geven en een beredeneerde oplossing voor te stellen. Deze kan ter discussie staan en behoeft ook niet per sé tot niet betaalbare voorstellen te leiden. Voor sommige groepen kan mogelijk worden volstaan met aanscherping van de Wet op de Zorgtoeslag. Voor andere groepen zal in het kader van het overgangsrecht een adequate oplossing moeten worden gevonden. De leden van de **CDA**-fractie dachten dan met name aan de niet-rijksambtenaren, dat wil zeggen ambtenaren bij gemeenten, provincies en politie, alsmede particulier verzekerden met een all-inn-dekking. Voor al deze verzekerden geldt, dat zij worden gedwongen hun huidige verzekering met een dekking voor het aanvullend pakket op te geven met alle gevolgen van dien, te weten het gevaar van risicoselectie voor de aanvullende verzekering en extra kosten (de premie), die niet door de Wet op de Zorgtoeslag zullen worden gedekt. Voor het eerste probleem kan inderdaad mogelijk via goed zorgverzekeraarschap – de minister gaat daar echter niet over en de vraag is gewettigd of de opmerking over de Gedragscode niet door de feiten is achterhaald – bij de overgang naar een nieuw stelsel een oplossing worden gevonden. Er is overigens geen sprake van een uit de aanvullende verzekering te worden geknikkerd, deze personen moeten er juist in komen! Anders ligt het wat de financiële consequenties betreft. Het ontging de leden van de **CDA**-fractie wat met de passage op blz. 2346 Handelingen Tweede Kamer 15 december 2004 wordt bedoeld. Deze «Personen, die onder een publiekrechtelijke regeling vallen zullen bij de overgang het aanvullende deel van hun verzekering behouden». Mag hieruit de conclusie worden getrokken, dat de Rijks-overheid metterdaad in het kader van het overgangsrecht de financiële consequenties zal afdekken? Voor zowel actieven als post-actieven en voor welke periode in de geest van de uitspraken van de Eerste Kamer?

Zal een en ander dan worden gefinancierd uit het gereserveerde potje van 138 miljoen euro, dat in ieder geval niet kan worden besteed aan de rijksambtenaren op grond van de in het kader van het overgangsrecht te maken afspraken?

De leden van de **VVD**-fractie merkten vervolgens op dat de minister bij brief van 11 februari 2005 meedeelt dat hij de invoerings- en aanpassingswet pas in mei 2005 aan de Tweede Kamer zal aanbieden, hetgeen inhoudt dat de Eerste Kamer dit wetsvoorstel niet bij haar overwegingen kan betrekken. De leden van de VVD fractie betreurden dit ten zeerste, temeer omdat met de Eerste Kamer is overeengekomen dat bij de beoordeling van de inhoud van wetsvoorstellen ook aangegeven wordt door de minister op welke wijze hij het overgangsrecht vorm zal geven. De leden van de VVD-fractie wilden echter bij hun oordeel over het onderhavige wetsvoorstel wel van de minister inzicht krijgen ten aanzien van de vraag hoe hij om zal gaan met het overgangsrecht ten aanzien van verzekerden en zorgverzekeraars. Gaat de wet bijvoorbeeld in met onmiddellijke werking of eerbiedigende werking? Wat gebeurt er als zorgverzekeraars niet tijdig hun polis aan verzekerden doen toekomen, temeer omdat een verzekeringspolis die niet precies voldoet aan de voorgestelde pakketomschrijving geen zorgverzekering is in de zin van deze wet? Welke tijdsspanne krijgen ziekenfondsen en IZA om zich om te vormen tot particuliere zorgverzekeraars?

2.10 Tot slot

De leden van de **SGP**- en **CU**-fractie vroegen of de Zorgverzekeringswet wel voldoende wordt afgestemd op de WMO? Dat is een belangrijke vraag voor een goed functionerende zorgsector. Moet in de toekomst elk ziekenhuis of elke zorginstelling eerst duidelijkheid hebben over de beschikbare zorg in een bepaalde gemeente via de WMO, voordat kan worden besloten tot ontslag uit het ziekenhuis?

De leden van de fractie van **GroenLinks** wilden aandacht vragen voor preventie. De zorgverzekeraar die volop investeert in preventie komt op hogere kosten, waardoor zijn concurrentiepositie verzwakt ten opzichte van zorgverzekeraars die het op dit punt geheel laten afweten. Niet investeren in gezondheidsbevorderend gedrag loont derhalve. Deze vrees wordt steeds vaker verwoord door «goede zorgverzekeraars» die de bui van hoge investeringen zien hangen. Is de minister het met de fractie van GroenLinks eens dat dit een ongewenst, pervers effect zou kunnen zijn? Zo ja, hoe denkt de minister dit effect dan te voorkomen?

B. ARTIKELEN

1. AMvB's/Ministeriële regelingen

De leden van de **CDA**-fractie hadden de nodige moeite met zowel het tijdig ingevoerd kunnen zijn van AMvB's, als met de omschrijving in de wetsteksten. Opvallend is immers het grote aantal «kan bepalingen». Kan de minister het overzicht gedelegeerde regelgeving, voorkomend op blz. 26 van 29 762/763, nr. 15, voorzien van argumenten waarom op deze wijze zal, móet worden gehandeld? Het is noodzakelijk tijdens de plenaire behandeling exact vast te leggen welke ruimte de minister, maar ook opeenvolgende bewindslieden, zich ter zake kunnen veroorloven. Deze leden dachten hierbij, evenals het Verbond van Verzekeraars, vooral aan artikel 126.

Ook de leden van de **VVD**-fractie constateerden dat op een aantal plaatsen nadere regelgeving plaatsvindt op basis van een algemene maatregel van bestuur. Een aantal ervan houdt een «kan-bepaling» in. Als voorbeeld verwezen zij naar de mogelijkheid om de contracteerplicht weer in te voeren vanwege het algemeen belang, terwijl de inkt van de HOZ amper droog is. Kan de minister zijn overwegingen geven waarom hij deze «kan-bepaling» heeft opgenomen bij de (als de VVD-fractie goed heeft geteld), 9 AMvB's? De leden van de VVD-fractie wilden graag van de minister vernemen welke de criteria zijn om wel dan niet gebruik te maken van deze mogelijkheid voor elk van deze voorgestelde AMvB's.

Naar het oordeel van de leden van de **SP**-fractie wordt in de voorliggende wetsvoorstellen vele malen gerept van nog komende AMvB's en ministeriële regelingen, het aantal «kan» bepalingen is legio. De minister werd door deze leden gevraagd een overzicht te verstrekken van alle nog te verwachten AMvB's, met daarbij waar deze over zullen over gaan en wanneer ze worden voorgehangen.

De leden van de **D66**- en **OSF**-fractie constateerden eveneens dat er nog een aantal AMvB's komen. Zo komt er een AMvB waarin het basispakket is opgenomen. Ook deze leden achtten het lastig te oordelen over de Zorgverzekeringswet zonder precies te weten wat er achteraan komt. Met andere woorden het kabinet vraagt groen licht om de locomotief te laten rijden, zonder dat zicht bestaat op het aantal wagons en de lading. Deze leden neigden ernaar om pas over de Zorgverzekeringswet te stemmen als alles duidelijk is. Is het kabinet het met hen eens dat hierover zo snel mogelijk duidelijkheid moet komen? Wil het kabinet in een schema aangeven welke wagons er nog komen, wat exact duidelijk is over de lading en wat nog onbestemd is? Welke bezwaren zijn er eigenlijk om de invoering met een jaar uit te stellen?

2. Artikelen

In het kader van artikel 29 is het in de ogen van de leden van de **CDA**-fractie noodzakelijk, dat nadere duidelijkheid wordt verschaft over een tweetal interpretaties.

- 1) Is het juist, dat landelijke verzekeraars voor provinciale polissen, die toch eveneens moeten uitgaan van het standaardpakket, een premie-differentiatie kunnen aanbrengen, dat wil zeggen dat deze premie – als regiopremie – lager kan zijn? Of is hier toch sprake van een misverstand?
- 2) Zal bij de grote zorgverzekeraars per label de grens van 850 000 verzekerden worden beoordeeld? Zo ja, wat zijn hiervan de gevolgen voor de regioverzekeraars?

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen of kan worden toegelicht wat de redengeving is dat ten behoeve van een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige kan worden gekozen tussen alle varianten van de zorgverzekering die een zorgverzekeraar in Nederland aanbiedt, zoals wordt bepaald in artikel 3, lid 5. Op welke wijze kan aan in-naturapolissen dan inhoud worden gegeven?

Deze leden vroegen tevens of artikel 10, onder punt a zodanig moet worden gelezen dat de zorg geboden door huisartsen of verloskundigen, de integrale eerstelijnszorg is?

Waarom valt schade ten gevolge van kernexplosies of natuurrampen wel onder de zorgverzekering en wordt voor terrorisme een uitzondering gemaakt? Waarom is er niet besloten een uitzondering te maken op de Noodwet financieel verkeer voor de schaden ten gevolge van terrorisme? De leden van de PvdA-fractie vroegen voorts of de in artikel 12 vastgelegde contracteerplicht die voor Nederlandse instellingen geldt met

betrekking tot bepaalde vormen van zorg niet kan leiden tot een nadelige concurrentiepositie ten opzichte van buitenlandse instellingen voor wie die contracteerplicht niet geldt.

Wat is de noodzaak dat naast de bepaling in artikel 18, lid 2, waar een beperking wordt gesteld aan het te verstrekken voordeel, ook bij AMvB in lid 6 van hetzelfde artikel verdere beperkingen kunnen worden gesteld? Waarom is, zo vroegen deze leden, in artikel 26 de termijn niet geregeld waarop het College van Toezicht op de zorgverzekeringen uitsluitel geeft of door de verzekeraar wordt voldaan aan de in deze wet gestelde eisen? Waarom is niet bij wet in artikel 28 omschreven op welke wijze door de verzekeraar inhoud moet worden gegeven, bijvoorbeeld door een Verzekerdenraad, aan de invloed die de verzekerden tenminste op het beleid dienen te hebben?

De leden van **D66-** en **OSF-**fractie merkten op dat het kabinet voornemens is om bij ministeriële regeling regels te stellen waarop het aantal verzekerden wordt bepaald, voor overnames, fusies en of opdelen van de organisatie, artikel 29 Zvw. Is het kabinet het met de leden van de fracties van D66 en OSF eens dat deze nog in te vullen regels nadelige onduidelijkheid geeft richting zorgverzekeraars? Zij kunnen zich immers niet goed voorbereiden. Wat denkt het kabinet hieraan te gaan doen?

Hoe wordt het bedrag genoemd in artikel 32, lid 4, onder a, vastgesteld, zo vroegen de leden van de PvdA-fractie. Op welke wijze zal voor het eerste jaar de vereveningsbijdragen worden vastgesteld, gelet op de ontbrekende gegevens van particuliere verzekerden? Is het gevaar niet groot dat, gelet op het feit dat de gegevens van de particuliere verzekerden niet bekend zijn, en dus de verevening in belangrijke mate zal berusten op nacalculatie, er sprake zal zijn van staatssteun, zo vroegen ook deze leden. Op basis waarvan wordt het bedrag vastgesteld dat, zoals bepaald in artikel 32, lid 4, bij ministeriële regeling zal worden toegekend aan de zorgverzekeraars?

De leden van de PvdA-fractie vroegen zich vervolgens af in hoeverre de artikelen 35, 86, 87 en 88 voldoende grond bieden voor de verwerking van persoonsgevoelige gegevens in de zin van de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Europese richtlijn 95/46/EG tot bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens. Heeft het thans voorgestane systeem van gegevensuitwisseling de instemming van het College Bescherming Persoonsgegevens?

Volgens artikelen 87 en volgende moeten zorgaanbieders op hun declaraties behalve de naam en het geleverde ook het sofinummer en de medische indicatie vermelden. Zeker voor huisartsen is dat volstrekt nieuw en ongebruikelijk. De medische indicatie valt onder het beroepsgeheim en daarover worden geen mededelingen gedaan. Sterker nog een arts is strafbaar als hij/zij aan derden mededelingen over de gezondheidstoestand van zijn patiënten doet. De leden van de **SP-**fractie vroegen of de minister dit wil toelichten en zo mogelijk deze fractie op dit punt geruuststellen. Overigens zijn alle medische gegevens gekoppeld aan het sofinummer. Op welke manier is de privacy gewaarborgd, zodat zorgverzekeraars gegevens die zij op deze manier hebben verkregen niet op andere manieren ten eigen voordele aanwenden, bijvoorbeeld bij acceptatie voor de aanvullende verzekering of levensverzekeringen? Is het CBP om een oordeel gevraagd in deze materie? Aan wie is het toezicht opgedragen?

Waarom is zo vroegen de leden van de **PvdA-**fractie, blijkens artikel 121, niet voorzien in de mogelijkheid van een controle door de Algemene Rekenkamer in geval van bijzondere omstandigheden.

Artikel 126 Zorgverzekeringswet heeft naar het oordeel van de leden van de **SGP**- en **CU**-fractie wel een heel ruime strekking. Levert dit artikel niet de mogelijkheid om willekeurig welke regels te stellen, terwijl de wet daar geen andere «directe» grond voor biedt?

De voorzitter van de commissie,
Van Leeuwen

De griffier van de commissie,
Janssen