

Vergaderjaar 2004–2005

29 763

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

E

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 24 maart 2005

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het voorlopig verslag op het voorstel van wet tot Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Bij de beantwoording heb ik de volgorde van de vragen en de indeling van het voorlopig verslag aangehouden.

1. Inleiding

Allereerst willen de leden van de CDA-fractie stilstaan bij het wetgevend traject als zodanig en de gerezen twijfel over de haalbaarheid van de gekozen invoeringsdatum, 1 januari 2006.

Een en andermaal hebben 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 vereiste stukken, zoals de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&a-wet Zvw), de amvb's, de Wet marktordening Gezondheidszorg (WMG), etc. De leden van de CDA-fractie geven aan dat ik in antwoord op het verzoek van de vaste commissie in mijn brief van 11 februari jl. het tijdpad voor de behandeling van de aan de voorliggende wetsvoorstellen gerelateerde wetgeving bekend heb gemaakt. De CDA-fractie is hiervan geschrokken; zeker ook gelet op mijn uitspraak 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 naar het oordeel van de CDA-fractie zeer zeker niet het geval zijn wanneer ik vasthoud aan mijn mededeling, dat bijvoorbeeld de I&a-wet Zvw eerst eind mei a.s. aan de Tweede Kamer zal worden aangeboden.

Bij de inrichting van het tijdpad voor de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft een tijdige en zorgvuldige informatievoorziening naar burgers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere belanghebbenden voorop gestaan. Vanuit dat perspectief acht ik de voorziene indieningsdatum voor de I&a-wet Zvw alleszins aanvaardbaar. Enerzijds omdat in deze wet hoofdzakelijk technische kwesties worden geregeld, anderzijds omdat over de in deze wet geregelde aspecten die

een functie hebben voor het invoeringstraject, reeds bij indiening en behandeling van het wetsvoorstel Zvw duidelijkheid is ontstaan, respectievelijk afspraken met partijen zijn gemaakt. Overigens is de beoogde indieningsdatum reeds genoemd in de brief die de staatssecretaris en ik ten behoeve van het hoofdlijnen debat over de vernieuwing van de curatieve zorg in maart 2004 naar de Tweede Kamer hebben gestuurd¹. Voorts ware te bedenken dat de Zvw slechts zal (kunnen) worden ingevoerd nadat ook de I&a-wet Zvw door de beide kamers is aanvaard, zodat beide kamers in elk geval ten volle betrokken zullen zijn bij de vaststelling van de invoeringsmodaliteiten.

De leden van de CDA-fractie menen voorts dat, wanneer de Eerste Kamer zou vasthouden aan de terechte wens dat de I&a-wet Zvw tezamen met de andere wetten zou moeten worden afgehandeld, alleen al hierdoor invoering van de Zvw en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) niet meer mogelijk is op de tot dusverre beoogde datum.

Deze leden zijn tevens van oordeel dat, wanneer de Eerste Kamer genoegen zou nemen met een lichtere variant – kennis van de inhoud van alle gerelateerde wetgeving zonder deze al voor haar rekening te hebben genomen – ook dan de diverse tijdstippen niet sporen met kennelijk met het veld gemaakte afspraken. De leden van de CDA-fractie vragen welke deadlines ik terzake exact heb afgesproken met Zorgverzekeraars Nederland² (ZN).

Om het voorziene tijdspad te kunnen effectueren acht ik het essentieel dat de besluitvorming over de Zvw, Wzt en het Besluit zorgverzekering tijdig kan worden afgerond. Dit tijdspad is evenwel niet haalbaar indien de Eerste Kamer zou besluiten om de behandeling van de Zvw en Wzt te koppelen aan de behandeling van de I&a-wet Zvw, waardoor deze besluitvorming eerst na de zomer zou kunnen worden afgerond. Ik moge dan ook hier, evenals in mijn genoemde brief van 11 februari jl. bij uw Kamer bepleiten, dat uw Kamer instemt met de – in de woorden van de CDA-fractie «lichtere variant». In dit verband heb ik u ook mijn brief van 18 maart doen toekomen die ik aan de Tweede Kamer heb gestuurd, waarin ik nader inga op de inhoud van de I&a-wet Zvw³.

Van belang voor de overgang van verzekerden is de brief die de voorzitter van ZN, de heer Wiegel, op 9 december 2004 heeft gestuurd aan de leden van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer. Hierin schrijft hij over de afspraak die zorgverzekeraars hebben gemaakt na een gesprek met mij over een tijdige informatievoorziening aan verzekerden. Deze afspraak behelst dat zij vóór 1 november 2005 aan hun huidige verzekerden een non-select, integraal aanbod zullen doen voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering, dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking. Met het oog op de gewenste keuzevrijheid van de verzekerde zal daarbij expliciet worden aangegeven dat de verzekerde gerechtigd is een keuze te maken voor andere verzekeringsproducten dan wel voor een andere zorgverzekeraar.

Het is voor alle partijen van belang dat zo snel mogelijk vaststaat waar en op welke polis mensen verzekerd zijn. Om te bevorderen dat tijdig duidelijkheid ontstaat, kan gedacht worden aan een bepaling in de brief van zorgverzekeraars aan hun verzekerden, waarin zij aangeven dat de verzekerde vóór 31 december dient te reageren, indien deze géén gebruik wenst te maken van het aanbod van de verzekeraar.

ZN heeft mijn departement laten weten dat de NPCF de gedragslijn ondersteunt. Deze zal voorts nog door ZN aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ter toetsing aan de Mededingingswet worden voorgelegd. ZN heeft als voorwaarde om de datum van 1 november te halen gesteld dat tijdig de relevante cijfers en gegevens bekend zijn, onder meer wat betreft het systeem van risicoverevening.

¹ Kamerstukken II, 2003/04, kamerstuk 23 619, nr. 21.

² Zie interview heer Bontje, ZN Nederland.

³ DBO-CB-U-2570342.

VWS heeft aan ZN aangegeven dat de relevante informatie naar verwachting uiterlijk 1 oktober beschikbaar kan zijn. Op het halen van deze deadline is onder meer het traject toegesneden van het uitwerken van het vereveningsmodel, waaronder het opstellen van de desbetreffende ministeriële regels en beleidsregels van CVZ conform het Besluit zorgverzekering.

Zoals ik uitgebreid heb toegelicht in mijn brief die ik over de I&A-wet Zvw aan de Tweede Kamer heb gestuurd, is het mijn voornemen om in de I&a-wet Zvw te regelen dat de verzekeringsovereenkomsten vóór 1 maart 2006 gesloten moeten worden. Daarmee hebben de burgers voldoende tijd, namelijk vier maanden, om zich te oriënteren op een verzekering en de verzekeringsovereenkomst te sluiten.

De leden van de CDA-fractie merken op dat bij lezing van mijn brief van 11 februari opvalt dat ik blijkbaar niet al te zwaar til aan het traject rond de I&a-wet Zvw.

Ik wil hier graag het volgende over opmerken. Mocht ik onverhoopt de indruk gewekt hebben dat ik het traject rond het wetsvoorstel I&a-wet Zvw onderschat, dan betreur ik dat. De I&a-wet Zvw is namelijk onlosmakelijk verbonden met de invoering van de Zvw. Dit is ook de reden dat ik bij de behandeling van de Zvw in de Tweede Kamer ben ingegaan op de onderwerpen die in het wetsvoorstel I&a-wet Zvw aan de orde zullen komen en dat ik de hiervoor genoemde brief van 18 maart aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal uitvoerig op de inhoud van dit wetsvoorstel ben ingegaan. Bovendien heb ik in mijn brief aan uw Kamer van 11 februari de bereidheid uitgesproken om met uw Kamer van gedachten te wisselen over de inhoud van het voorstel voor de I&a-wet Zvw voordat ik dit wetsvoorstel bij de Tweede Kamer aanbied.

In mijn brief van 11 februari 2005 (Kamerstukken I 2004/05, 29 762 en 29 763 B) over de planning van diverse met de Zvw verband houdende wetsvoorstellen en van het Besluit zorgverzekering, verwees ik voor een overzicht van het in de I&a-wet Zvw op te nemen overgangsrecht naar de Tweede-Kamerhandelingen 2004/05, nr. 35, pp. 2345–2346. De leden van de CDA-fractie vinden dit niet toereikend. Zij wijzen er op dat indertijd met de Eerste Kamer is overeengekomen (Kamerstukken 25 900) dat in sociale-verzekeringswetsvoorstellen beredeneerd wordt aangegeven voor welke vorm van overgangsrecht wordt gekozen (onmiddellijke, eerbiedigende of uitgestelde werking), en zij betreuren dat ik niet nu al heb aangegeven voor welk overgangsregime ik kies.

In reactie daarop wil ik opmerken dat ik kies voor de zogeheten onmiddellijke werking van een regeling. Dit betekent dat de Zvw niet alleen van toepassing is op hetgeen na haar inwerkingtreding voorvalt, maar ook op hetgeen reeds bij haar inwerkingtreding bestaat.

Dit laat uiteraard onverlet dat ik zorgvuldig heb stilgestaan bij de te treffen overgangsmaatregelen. In antwoord op de voorgaande vragen van de CDA-fractie ben ik ingegaan op de overgang van de verzekerden naar de nieuwe verzekering. Voorts zullen in de I&a-wet Zvw nog enige overgangsrechtelijke voorzieningen worden getroffen. Ook de zorgtoeslag bevordert een goede overgang naar het nieuwe systeem. Ik ben van mening dat aldus wordt voorzien in een uiterst zorgvuldige overgang.

Voorwaarde voor het slagen van deze overgangssystematiek is wél, dat de zorgverzekeraars voor 1 oktober weten welk bedrag aan vereveningsbijdragen zij kunnen verwachten. Anders weten zij niet waar zij aan toe zijn, kunnen zij geen goede modelovereenkomsten opstellen en zullen zij niet in staat zij voor 1 november 2005 bovenbedoelde brieven aan verzekerden

te zenden. Ook de Belastingdienst zal tijdig moeten weten waar zij aan toe is, wil de zorgtoeslag reeds in december 2005 kunnen worden uitgekeerd.

De leden van de CDA-fractie willen gaarne vernemen welke redenen er exact aan het uittrekken van de hoofdwetten en de I&a-wet Zvw alsmede andere regelgeving ten grondslag liggen.

Het totale wetgevingscomplex dat samenhangt met de invoering van de Zvw bestaat uit de volgende onderdelen:

- a. de Zvw;
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de I&a-wet Zvw;
- e. een aanpassingsbesluit;
- f. een aanpassingsregeling;
- g. het buiten werking stellen van de ILO-verdragen nrs. 24 en 25;
- h. het aanpassen van de Europese socialezekerheidsverordening;
- i. het aanpassen van de akkoorden met EU-lidstaten ter afrekening van de kosten van medische zorg die aan wederzijdse verzekerden zijn verleend;
- j. en het aanpassen van 16 bilaterale socialezekerheidsverdragen en het verdrag inzake de sociale zekerheid van Rijnvarenden.

Gelet op de omvang van het totale pakket aan wetgevende activiteiten alsmede op de vereiste kwaliteit van de wetgeving moge het duidelijk zijn dat dit niet als een totaalpakket kan worden voorbereid en aan uw Kamer gepresenteerd. Een zekere volgorde in de werkzaamheden is vanwege de wetgevende capaciteit van mijn ministerie geboden. Zoals ik, mede met verwijzing naar mijn brieven van 11 februari en 18 maart, in antwoord op de vorige vragen heb betoogd staat deze werkwijze een verantwoorde invoering van de Zvw geenszins in de weg.

Met betrekking tot het Besluit zorgverzekering stellen de leden van de CDA-fractie het op prijs dat er een voorhangprocedure zal gelden.

Inmiddels kan ik u informeren dat op 11 maart 2005 het ontwerp van het Besluit zorgverzekering aan beide Kamers is overgelegd.

De leden van de CDA-fractie stellen dat de late aanbieding – eind april bij de Tweede Kamer – van het wetsvoorstel WMG mij al tot het inzicht heeft gebracht, dat er een latere dan voorziene invoeringsdatum noodzakelijk zal zijn. Ook al zal via het CTZ het toezicht wel worden gecontinueerd overeenkomstig de huidige spelregels, zal dat niet gelden niet voor alle voor de Zorgautoriteit voorziene taken, aldus deze leden. Zij vragen hoe ik in dit kader trouwens oordeelt over de uitspraak van de Consumentenbond, die er steeds van is uitgegaan, dat de toezichthouders volledig werkzaam moeten zijn voordat de Zvw 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.

De leden van de CDA-fractie constateren dat nu de WMG 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 geven zij mij gelijk wanneer ik stel «Voor de inwerking-treding 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 dat terdege wel het geval. Daarvoor is een goed geëquipeerde zorgautoriteit onmisbaar». Deze leden willen dit duidelijk markeren, ook al ben ik in dit kader al tot duidelijke

toezeggingen gekomen. Volgens de leden van de CDA-fractie is het noodzakelijk een en ander duidelijk vast te leggen nu ziekenhuizen mij onder druk proberen te zetten. Er is echter nog meer, want geregleerde marktwerking vraagt ook om een andere toezichtstructuur dan de huidige, zo menen zij. Ook om die reden vinden deze leden uitstel van de invoering van de WMG op zijn minst niet fraai. Hiernaast vinden zij 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 blijft 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. Zij vragen of op dit punt nu reeds helderheid kan worden verschaft. Dit zou ook nu reeds kunnen gelden voor het vraagstuk van differentiatie naar individuele aanbieders op het vlak van de prijsvorming. Ten slotte, vragen zij of ik nu reeds kan toezeggen, dat er in de toezichtstructuur 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, zo menen de leden van de CDA-fractie.

Anders dan de leden van de CDA-fractie menen, zie ik geen reden om aan te nemen dat invoering van de WMG per 1 januari niet haalbaar is. Van uitstel is van mijn kant dan ook geen sprake. Ik ben mij er overigens van bewust dat het indieningstijdstip van de WMG van alle betrokkenen de nodige inspanning vraagt om invoering per 2006 mogelijk te maken. Ik ben het in zoverre met de Consumentenbond eens, dat voor een verantwoorde invoering van de Zvw het toezicht adequaat moet zijn geregeld. Dit is ook het uitgangspunt geweest bij de inrichting van de wet. In de Zvw zelf is daarom voorzien in een goede regeling van het toezicht, zodat wat dat betreft geen problemen ontstaan, mocht de WMG onverhoopt vertraging oplopen. Terecht wijzen de leden van de CDA-fractie erop dat de zorgautoriteit enkele aanvullende instrumenten zal krijgen. Dit zijn in hoofdzaak instrumenten om startende deelmarkten op gang te krijgen. Dit speelt vooral een rol op die delen van de zorginkoopmarkt (tussen zorgaanbieder en verzekeraar) waar de tarieven vrij onderhandelbaar zijn. Ik heb daarom ook in de Tweede Kamer uiteengezet dat ik geen verdere stappen op weg naar geregleerde marktwerking zet voordat de WMG in werking treedt. Zoals hiervoor al impliciet aan de orde kwam heb ik derhalve aan de Tweede Kamer toegezegd – en die toezegging bevestig ik hier – dat ik geen nieuwe majeure stappen zal zetten voordat de WMG is ingevoerd.

Wat betreft het toezicht op de uitvoering van de AWBZ: dit komt, tegelijk met de inwerkingtreding van de WMG te berusten bij de zorgautoriteit. Bij de inrichting van het toezicht spelen verschillende algemene uitgangspunten een rol. Het toezicht in de zorgsector wordt zoveel mogelijk gebundeld en geharmoniseerd en overlap tussen verschillende toezichthouders wordt vermeden. Tegelijkertijd is het van belang dat er geen gaten vallen. Verder is diversiteit in interventiemogelijkheden nodig om, indien ingrijpen nodig is, dit zo gericht mogelijk te kunnen doen. Indien de verzekeraars en aanbieders hun zaken goed op orde hebben (denk bijvoorbeeld aan goed functionerend intern toezicht) en indien de markt adequaat functioneert, dan kan het overheidstoezicht terughoudend blijven. Daarmee kunnen dan ook de administratieve lasten als gevolg van het toezicht beperkt blijven.

Minstens zo belangrijk als het wetgevingstraject is het invoeringstraject zo geven de leden van de CDA-fractie aan.

Zij vragen of de zorgverzekeraars hiermede uit de voeten kunnen ofwel dat het tijdpad dat mij voor ogen staat zich verdraagt met de tijd, die de

zorgverzekeraars nodig hebben om op verantwoorde en zorgvuldige wijze de Zvw 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 volgens hen duidelijk maken. Deze leden vroegen mij 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 aanstaande 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 d.a.v. 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 2005 bekend zijn en niet, zoals aangekondigd op 1 oktober, dat willen zeggen 2½ 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 en ministeriële regeling op 1 april 2005 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 leden van de CDA-fractie geven aan dat ik, voorzover nu bekend en aangegeven in brieven en tijdschema's, aan deze reële wensen niet tegemoet kan komen. De leden van de CDA-fractie vragen welke consequenties ik hieraan voor de invoering wil verbinden.

Ik ben het eens met de leden van de CDA-fractie dat 2005 een bijzonder jaar wordt en dat de informatie aan verzekerden daarom eerder moet plaatsvinden dan in andere jaren. Daartoe is met ZN consensus bereikt over een procedure waarbij zorgverzekeraars hun verzekerden vóór 1 november 2005 een aanbod zullen doen. In een normaal jaar rond ik de besluitvorming over de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds vóór 1 oktober af, waarna het CVZ nog enkele weken nodig heeft om de bijdrage aan verzekeraars te berekenen. Dit traject is vóór 1 november afgerond. Voor het bijzondere jaar 2005 heb ik met de zorgverzekeraars afgesproken dat ik mijn deel van het traject al vóór 1 september afrond. Voor het totale traject betekent dat 1 maand winst, zodat de bijdrage vóór 1 oktober bekend is. Het zodanig versnellen van de besluitvorming, dat de bijdrage al op 15 juli 2005 bij de zorgverzekeraar bekend is, lijkt mij niet zinvol. In de praktijk kan het alleen gaan om een voorlopig bedrag dat de verzekeraar nauwelijks houvast biedt. Het te verdelen macro-bedrag is immers nog niet bekend en er zijn ook nog geen normbedragen vastgesteld waarmee een bedrag verdeeld kan worden.

De overige leden van de commissie sluiten zich aan bij de opmerkingen van de leden van de CDA-fractie over het wetgevend- en invoeringstraject.

Ik ga er vanuit dat met het bovenstaande ook is voorzien in een reactie op de opmerkingen van de overige leden van de commissie.

De leden van de PvdA-fractie vragen of een ordening van de zorg door middel van marktwerking en het hebben van een budgettair kader niet met elkaar in strijd zijn.

De Zvw impliceert niet dat de overheid zich niet langer betrokken voelt bij de kostenontwikkeling in de zorg. Er geldt eerder andersom dat de overheid vanwege die betrokkenheid bij de zorgkosten meer marktwerking wil inzetten om de zorgkosten te beheersen. Het vooraf

vaststellen van een budgettair kader dient ter ondersteuning van de kostenbeheersing. In de meeste bedrijven gebeurt dit ook.

De leden van de SP-fractie vragen of er al meer duidelijkheid is over de termijnen waarop de I&a-wet Zvw en de WMG ingediend en behandeld zullen worden.

Zoals ik in mijn brief aan uw Kamer van 11 februari heb opgemerkt, zal het wetsvoorstel I&a-wet Zvw naar verwachting uiterlijk eind mei bij de Tweede Kamer worden ingediend. Ik hoop dat het wetsvoorstel WMG eind april aan de Tweede Kamer zal kunnen worden aangeboden. Beide wetsvoorstellen zullen naar verwachting op hoofdlijnen nagenoeg geen nieuwe informatie bevatten. Immers, zoals hiervoor al aan de orde is gekomen, ben ik mijn brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer van 18 maart uitvoerig ingegaan op de inhoud van het wetsvoorstel voor de I&a-wet Zvw. In de brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer over de oprichting van de zorgautoriteit heb ik al de hoofdlijnen van het wetsvoorstel voor de WMG beschreven¹.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen de inzet van de regering nog eens tegen het licht te houden van de analyse zoals de WRR deze in het rapport «Bewijzen van goede dienstverlening» op tafel heeft gelegd. Daarnaast vragen deze leden om de Zvw te toetsen aan de vijf ordenende principes die de WRR in het advies «Bewijzen van goede dienstverlening» heeft gepresenteerd.

Voor het antwoord daarop wil ik graag verwijzen naar het binnenkort door het kabinet uit te dragen standpunt over dit rapport. Daarbij zal ook worden ingegaan op de bevindingen van de WRR over de verschillende dienstverleningssectoren, zoals de gezondheidszorg.

De leden van de fracties van D66 en OSF steunen in beginsel de doelstellingen van het wetsvoorstel voor de Zvw, maar beide fracties hebben ook nog een behoorlijk aantal vragen en opmerkingen. Deze leden vragen zich af of het niet verstandiger is de invoering van het wetsvoorstel met een jaar uit te stellen.

Naast tal van inhoudelijke bezwaren hebben de leden van de fractie van GroenLinks onoverkomelijke bezwaren tegen de wijze waarop het hele wetgevingstraject is georganiseerd. Bij de plenaire behandeling van Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (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 spreken van een fuik, waarin het parlement getrokken 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 staat 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 volgens hen 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 menen zelfs dat het hier geen incident betreft, maar een trend. Onder vergelijkbare druk is de Wet op de jeugdzorg gemaakt (om het uiteindelijk net niet te halen) en wordt binnenkort ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) 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. De leden van de GroenLinks-fractie geven aan

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 324 nr. 3.

dat het evident is dat dit 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 willen daarom graag van de regering vernemen wat er nu precies tegen invoering van de voorliggende voorstellen per 1 januari 2007 is.

In het hoofdlijnenakkoord is opgenomen dat per 1 januari 2006 de verplichte standaardverzekering voor curatieve zorg wordt ingevoerd. Ik hecht er sterk aan die opdracht uit te voeren.

Vanzelfsprekend dient de invoering van de Zvw en de Wzt op een zorgvuldige en verantwoorde wijze plaats te vinden. Zowel de beoogde indieningsdata van de wet- en regelgeving bij het parlement als de inrichting van het implementatietraject zijn daarop gericht. In het kader van de implementatie vindt momenteel frequent overleg plaats tussen mijn departement en vertegenwoordigers van patiënten en consumentenorganisaties, verzekeraars en zorgaanbieders. Bij zorgverzekeraars zijn de voorbereidingen inmiddels in volle gang. In mijn brief van 11 februari jl. aan de Voorzitter van de Eerste Kamer heb ik tevens gemeld dat dit ook geldt voor de voorbereiding van de voorlichtingscampagne. Ik zie daarom geen aanleiding om de invoering uit te stellen.

2. Inhoud wetsvoorstel

A. ALGEMEEN

2.1 Inleiding en samenvatting

Doelstellingen van het wetsvoorstel

De leden van de PvdA-fractie zien graag een nadere onderbouwing van de stelling dat de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars zal leiden tot een doelmatiger zorg. Zij vragen wat de garanties zijn dat verzekeraars zich opstellen als doelmatige klantgerichte regisseurs en of er sprake zal zijn van daadwerkelijke concurrentie tussen verzekeraars. Volgens hen is in de Verenigde Staten te zien dat verzekeraars helemaal niet gebaat hoeven te zijn bij een doelmatiger stelsel. Deze leden vragen of het niet zo is dat de commerciële verzekeraar in de eerste plaats gericht is op winstmaximalisatie omdat deze toch niet per definitie tot een grotere doelmatigheid van de zorg leidt.

Deze leden merken op dat in de huidige situatie particuliere verzekeraars vaak de ziekenfondsen in hun beleid volgen, terwijl de particuliere verzekeraars wel degelijk al opereren op een markt. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe dit gedrag van de commerciële verzekeraars dan valt te verklaren. Verder vragen zij of evenzo een verklaring kan worden gegeven voor het feit dat de particuliere verzekeraars weinig invloed hebben uitgeoefend op de kwaliteit, de prijs en het volume van de zorg.

Op dit moment is concurrentie tussen alle verzekeraars niet mogelijk door de scheiding tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen, met ieder geheel eigen spelregels. In het nieuwe stelsel werken alle zorgverzekeraars volgens dezelfde spelregels, met één basispakket en een acceptatieplicht voor iedere verzekerde. Dit verbetert de voorwaarden voor concurrentie. Door de acceptatieplicht en bijbehorende risico-verevening, worden verzekeraars gestimuleerd zich te richten op de inkoop van doelmatige zorg in plaats van op selectie van verzekerden. Daar kan de verzekeraar zich onderscheiden ten opzichte van anderen; juist door concurrentie met andere verzekeraars zal de zorgverzekeraar gestimuleerd worden een optimale prijs-kwaliteitverhouding en service

aan te bieden. Daarnaast is de nominale premie voor de standaardverzekering een extra instrument waarmee verzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden. De klant zal immers jaarlijks van verzekeraar kunnen veranderen. Een winststreven kan eveneens bijdragen aan doelmatiger zorg, meer innovaties in de zorg en betere mogelijkheden om kapitaal aan te trekken. De verzekeraar wordt hierdoor immers geprikkeld om enerzijds zoveel mogelijk verzekerden aan te trekken door het aanbieden van een goede prijs-kwaliteitverhouding en innovatieve producten, en anderzijds zo min mogelijk kosten te maken door goede zorginkoop. Dit bevordert de doelmatigheid in de hele zorgketen. In de Verenigde Staten is een aantal wezenlijke voorwaarden niet vervuld, die in de Zvw wel zijn opgenomen. Te denken valt aan de acceptatieplicht voor een wettelijk pakket. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars in de VS «geld verdienen» door risicoselectie in plaats van inkoop van doelmatige zorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen tevens hoe het aantal aanbieders in een bepaalde regio zich verhoudt tot de kosten van de zorg. Zij vragen of een te grote spreiding zou kunnen leiden tot schijnvoordelen. Verzekeraars moeten per regio daadwerkelijk kunnen kiezen tussen meerdere aanbieders, maar, geven deze leden aan, veel aanbieders hoeven toch niet automatisch te leiden tot een economisch en kwalitatief optimum. De leden van de PvdA-fractie vragen of tevens kan worden aangegeven hoe de regionale spreiding van zorgaanbieders zich verhoudt tot de keuzevrijheid van de verzekerde. Hierbij vragen de leden van de PvdA-fractie zich af, nu de geestelijke gezondheidszorg (ggz) 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.

Het is inderdaad niet zo dat de aanwezigheid van veel aanbieders per definitie leidt tot een economisch en kwalitatief optimum. Het economische en kwalitatieve optimum zal per type zorg en per regio verschillen. Door randvoorwaarden te creëren voor een goede marktwerking, kan na verloop van tijd een optimale spreiding van aanbod worden bereikt. Vergelijking met andere markten leert, dat een markt met één grote aanbieder vaak goede mogelijkheden biedt voor kleinere nieuwe aanbieders om op deelmarkten interessante producten aan te bieden, met een betere prijs/kwaliteitsverhouding dan het bestaande aanbod. Andersom kan het zo zijn dat op markten met veel kleine aanbieders een grote aanbieder een doelmatiger product kan neerzetten. Wat betreft de ggz is tot nu toe de gespecialiseerde hulp bij psychische stoornissen vrijwel het exclusieve domein van grote ggz-organisaties die hun cliënten zowel behandeling, begeleiding, ondersteuning, beschermd wonen en dagactiviteiten aanbieden. Naar aanleiding van adviezen, zoals «Zorg van Velen» van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid en «Geestelijke gezondheidszorg in de 21ste eeuw» van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, wordt de ggz nu geherpositioneerd¹. Ik wil bewerkstelligen dat de ggz wordt aangeboden in samenwerking met, dan wel als onderdeel van de somatische curatieve zorg, de care, de welzijnssector en de openbare gezondheidszorg. Kerntaak van de ggz is het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen. Door de overheveling beoog ik de curatieve ggz, wat betreft aansturing en financiering, te ontschotten met de somatische gezondheidszorg. Ik verwacht dat hierdoor flexibiliteit ontstaat om nieuwe zorgvormen te kunnen ontwikkelen en dat er uitdagingen komen voor nieuwe zorgaanbieders om actief te worden op het gebied van de ggz. Dit zal uiteindelijk leiden tot een doelmatiger en doeltreffender zorg en een grotere keuzevrijheid voor de patiënt.

¹ Kamerstuk II 2003/04, 25 424, nr. 47,
Kamerstuk II 2003/04, 23 619, nr. 19,
Kamerstuk II 2003/04, 29 538, nr. 1.

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

Uit de context waarin de Raad van State in zijn advies de werking van het door de regering voorgestelde zorgstelsel omschrijft als «bureaucratisch gesimuleerde marktwerking» kan worden opgemaakt dat Raad van mening is dat de regering onvoldoende een keuze maakt tussen marktwerking en publieke waarborgen, hetgeen kan resulteren in een onwerkbaar en bureaucratisch systeem. Mijn reactie daarop is dat er bij een wettelijk geregelde zorgverzekering altijd sprake is van een mengeling van marktelementen en sociale waarborgen. De Raad van State erkent dit ook in zijn advies. Deze mengeling van marktelementen en sociale waarborgen in de nieuwe zorgverzekering zal naar mijn overtuiging leiden tot betere prestaties. Het opgaan van particuliere verzekeringen en ziekenfondsen in de standaardverzekering maakt de zorgverzekeringsmarkt voor verzekerden inzichtelijker. Het biedt hen de mogelijkheid om jaarlijks te kiezen uit een vergelijkbaar aanbod aan verzekeringen. Aan de ongerijmde premie- en inkomenseffecten voor mensen die noodgedwongen van het ziekenfonds naar het particuliere systeem moeten overstappen, of omgekeerd, komt een einde. Het homogener worden van de verzekeringsmarkt maakt ook dat alle verzekeraars zich voortaan aan dezelfde spelregels moeten houden. De spelregels zijn zo ingericht dat verzekeraars worden aangespoord zich in te spannen als contractspartij van zorgaanbieders. Wanneer deze verdeling van verantwoordelijkheden over verzekerden, verzekeraars en aanbieders tot wasdom komt, kan de overheid de huidige – alom bekritiseerde – aanbodregulering verder verminderen, zonder dat burgers hoeven te vrezen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Zorgaanbieders kunnen door hun kennisvoorsprong en marktmacht gemakkelijk een machtspositie ten opzichte van de consument innemen. De nieuwe zorgverzekeraars kunnen als belangenbehartiger van de verzekerden het gewenste tegenwicht tegen die machtspositie vormen. De prikkel voor de zorgverzekeraars om zich als belangenbehartiger voor de verzekerden te gedragen komt voort uit de wettelijke acceptatieplicht voor een wettelijk vastgesteld pakket in combinatie met de mogelijkheid van verzekerden om jaarlijks van verzekeraar te wisselen.

De concurrentie in het hierboven op hoofdlijnen beschreven systeem is gebaseerd op prikkels die mede door wetgeving worden gecreëerd. Men kan dat hybride noemen, maar men kan het ook – en dat is de positie van de regering – zien als een vernieuwend en tegelijkertijd afgewogen samenstel van sociale waarborgen enerzijds en elementen van marktwerking anderzijds.

Noodzaak tot hervorming van het huidige verzekeringsstelsel

De leden van de SP-fractie merken op dat ik in discussies heb gezegd dat het in feite niet veel uitmaakt of de Zvw wordt uitgevoerd door private verzekeraars waarbij de publieke belangen per wet worden geregeld 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 denken dat de keus voor een privaatrechtelijke vormgeving een keus is tegen de in ons land heersende cultuur van overleg en samenwerking en voor marktwerking en concurrentie. De keus druist in tegen onze geschiedenis en traditie. Ik lijk hiermee, volgens hen, op een historische vergissing aan te koersen.

De leden van de SP-fractie vragen tevens of ik nog eens kort mijn analyse kan 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. Verder vragen die leden op grond van welke argumenten de keus voor deze manier van verzekeren van zorg is gemaakt.

Een korte analyse van het probleem waarop de voorgenomen stelselherziening het antwoord is, is hiervoor gegeven. Het gaat erom door middel van prikkels meer verantwoordelijkheid voor de prestaties van de gezondheidszorg neer te leggen bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders patiënten/consumenten. Naar de overtuiging van de regering is dat het juiste antwoord op het bestaande gebrek aan doelmatigheid, innovatie en klantgerichtheid in de huidige Nederlandse gezondheidszorg. Het is tevens het juiste antwoord op de toekomstige demografische en sociaal-economische ontwikkelingen, die de druk op het stelsel om beter te presteren verder zullen doen toenemen. Degenen die hier van profiteren, zijn de burgers van Nederland. Ik meen hiermee tevens antwoord gegeven te hebben op vraag van de PvdA-fractie wat de verdiensten van het voorgestane stelsel zijn voor de houdbaarheid op de lange termijn.

De keuze voor een privaatrechtelijke verzekering in combinatie met een verzekeringsplicht, boven een publiekrechtelijke verzekering die burgers van rechtswege verzekert, is op zichzelf niet doorslaggevend voor de mogelijkheden om het stelsel te moderniseren, maar moet gezien worden als de meest passende keuze bij de gewenste prikkels en nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden. Ik heb dit ook op deze wijze uiteengezet in het nader rapport (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 4). De mogelijkheid van verzekeraars om uitkeerbare winst te kunnen maken, is hiervan een onderdeel. Onder «2.3 de vormgeving van de zorgverzekering» sta ik uitgebreider stil bij de gemaakte keuze voor een privaatrechtelijke grondslag.

Met het ingediende wetsvoorstel wordt, zoals in de inleiding van de vraag van de SP-fractie wordt opgemerkt, inderdaad meer accent gelegd op concurrentie en marktwerking. Als de SP-fractie met «onze geschiedenis en traditie» het centraal aanbodgestuurde zorgstelsel bedoelt, zoals we dat van de afgelopen decennia kennen, druipt het daar ook tegen in, maar dat is een bewuste keuze. Ik wil er op wijzen dat ons land nu juist een zeer rijke traditie kent van uitvoering van (delen van) de sociale zekerheid door private organisaties. Ter afronding van dit antwoord wil ik nog weerleggen dat de keuze voor privaatrechtelijke vormgeving een keuze zou zijn tegen samenwerking en overleg. Waar dat voor een goede zorgverlening noodzakelijk is, zal er altijd ruimte voor samenwerking en overleg aanwezig blijven.

Meer keuzevrijheid en verantwoordelijkheid voor de verzekerden

De leden van de CDA-fractie geven aan nog de nodige twijfels te hebben bij de sleutelrol die de verzekerde moet gaan vervullen. Zij oordelen dat al te zeer wordt uitgegaan van een situatie, die eerst op langere termijn met aller inspanning kan worden bereikt. De aanwezige grote informatiekloof zal volgens de leden van de CDA-fractie de eerste jaren zeker nog niet zijn gedicht.

De leden van de CDA-fractie vragen naar aanvullende maatregelen, die alsnog zullen en kunnen worden genomen om de verzekerden hierbij te ondersteunen. Daarbij vragen de CDA-fractieleden of in dit kader de Keuzegids Zorgverzekeringen, gelet ook op alle rumoer, een geslaagde en verantwoorde poging was. Ook vragen de CDA-fractieleden naar de aandacht die wordt gegeven aan de wens van de verzekerden, dat de keuze-informatie ook op andere wijze (op papier) beschikbaar komt.

Ik realiseer me dat er nog veel inspanningen nodig zijn om de door de leden van de CDA-fractie genoemde informatiekloof te dichten.

Op 19 januari 2005 is op www.kiesbeter.nl een keuzegids ziekenfondsen gepubliceerd. Dit was een belangrijke, verantwoorde en geslaagde eerste stap.

Het betreft het beste aan gegevens dat op dit moment te verkrijgen is; het geeft een beeld van premie, dekking en kwaliteit die ziekenfondsen te bieden hebben. De komende tijd zal veel aandacht gegeven worden aan de vraag of burgers voldoende uit de voeten kunnen met Kiesbeter.nl. Het doel is Kiesbeter.nl steeds beter te laten aansluiten bij de vragen die burgers hebben over zorgverzekeringen en de website gebruikersvriendelijker te maken. Ook wordt bezien in hoeverre keuze-ondersteunende software het keuzeproces van burgers kan vergemakkelijken.

Ik wil dit jaar met de betrokken partijen, waaronder ZN, de Consumentenbond en de NPCF, verdere bestuurlijke afspraken maken over de totstandkoming van keuze-informatie over zorgverzekeringen op kiesbeter.nl.

Ik streef ernaar om op 1 november 2005 een nieuwe versie van de keuzegids op www.kiesbeter.nl te publiceren, gericht op de nieuwe basisverzekering met aanvullende verzekeringen.

Daarnaast wil ik in de tweede helft van 2005 een media-campagne starten, gericht op de bewustwording bij burgers over keuze-mogelijkheden in de zorg. Zodra de Zvw in de Eerste Kamer is aangenomen start de overheid een media-campagne over de invoering van de Zvw en de gevolgen daarvan voor burgers. Vanaf 2006 wordt de dienstverlening van kiesbeter.nl uitgebreid met een telefoonlijn. Ook streef ik ernaar vanaf 2006 de samenwerking te zoeken met bestaande fysieke loketten, bijvoorbeeld bij gemeenten en bibliotheken.

De leden van de CDA-fractie vragen of de verzekerde/patiënt over de gehele linie reële keuzemogelijkheden krijgt. Daarbij vragen zij of de sleutelrol van de verzekerde kan worden waargemaakt. De keuze (eenmaal per jaar) wordt door de CDA-fractieleden erg beperkt gevonden. Deze leden vragen hoe ik denk te voorzien in specifieke informatie, die de patiënten nodig hebben.

De verzekerde krijgt in ieder geval een keuze uit diverse verzekeringspolissen. Daarbij kan de verzekerde zelf bezien wat de mate van keuzevrijheid voor zorgaanbieders is, die de verschillende polissen met zich meebrengen.

Vanuit het belang van uitvoerbaarheid en vermindering van uitvoeringskosten is ervoor gekozen verzekerden éénmaal per jaar de mogelijkheid te geven van verzekering te wisselen. Tussentijds wisselen is mogelijk in een aantal gevallen (zoals tussentijdse wijzigingen in de polisvoorwaarden).

Hiervoor heb ik al aangegeven hoe ik denk te voorzien in de specifieke informatie over zorgverzekeringen, die verzekerden nodig hebben om te kunnen kiezen. Daarbij heb ik ook gewezen op mijn inspanningen om burgers meer bewust te maken van hun keuze-mogelijkheden.

Daarnaast wordt dit jaar gewerkt aan een keuzegids ziekenhuizen, huisartsen, verpleging/verzorging/thuiszorg, gehandicaptenzorg en ggz. Bij iedere keuzegids wordt uitgegaan van de informatie waarvan burgers hebben aangegeven deze nodig te hebben bij hun keuze. Alle keuzegidsen worden gepubliceerd op www.kiesbeter.nl.

Alle genoemde inspanningen zijn erop gericht om de burgers in staat te stellen de bedoelde sleutelrol te vervullen. Daarbij ben ik mij ervan bewust dat niet alle burgers in staat zijn actief te kiezen. Ik verwacht echter voldoende marktdruk dankzij de burgers die wel actief gaan kiezen.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen daardoor geprikkeld worden betere zorg tegen betere voorwaarden te leveren.

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat de patiëntenorganisaties, die bij de bewustwording van de verzekerden – naast de koepelorgani-

saties – een belangrijke rol dienen te spelen, momenteel eerder in hun mogelijkheden worden beperkt, dan gesteund.

De leden van de CDA-fractie willen de nadrukkelijke toezegging, dat het veld van erkende patiëntenorganisaties en hun koepels een aanzienlijke verruiming van financiële middelen tegemoet kan zien, al dan niet via het Fonds PGO.

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 8 juni 2005 (Beleidsbrief nota Met zorg kiezen) heb ik aangegeven welke inspanningen ik verricht om te komen tot krachtige organisaties die de belangen van zorggebruikers vertegenwoordigen. Daarbij is mijn doel dat de beperkte beschikbare middelen zoveel mogelijk resultaten gaan opleveren voor zorggebruikers. Om dat te bereiken, moet er een duidelijker relatie komen tussen subsidies en de daarvoor te leveren prestaties. Met het Fonds PGO wordt daarom momenteel een nieuwe subsidieregeling ontwikkeld waarbij een prestatiegerichte financiering centraal staat. Bij de subsidiëring moet overlap worden voorkomen en samenwerking tussen organisaties zal worden gestimuleerd. Bedoeling is dat de organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen door dit subsidiebeleid beter en transparanter gaan presteren. Daardoor kan er meer gedaan worden met dezelfde financiële middelen en wordt de rol van deze organisaties in de zorg versterkt. De nieuwe regeling zal in principe op 1 januari 2006 in werking treden, waarbij zal worden zorggedragen voor een adequate overgangsregeling.

De Raad van State heeft, zo lezen de leden van de CDA-fractie in zijn advies, geconstateerd dat de Zvw te weinig zicht biedt op de gevolgen van het nieuwe stelsel voor de relatie tussen arts en patiënt. Ook de leden van de CDA-fractie realiseren zich deze problematiek, zoals uit de inbreng op het restitutiebesluit dat naar aanleiding van de HOZ is voorgehangen, is gebleken. Zij vragen nog eens expliciet aan te geven wat de gevolgen van het nieuwe stelsel zijn voor de relatie tussen de arts en de patiënt. Voorts vrezen de leden van de CDA-fractie, dat voor zorgverzekeringen met een vrije keuze tussen zorgaanbieders (dat wil zeggen: restitutiepolissen krachtens welke de verzekerden zorg niet van door hun zorgverzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders hoeven af te nemen) een hogere premie zal worden gevraagd dan voor zorgverzekeringen die ervan uitgaan dat de verzekerden hun zorg betrekken bij door hun zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders (naturapolissen en restitutiepolissen met achterliggende overeenkomsten). Hierdoor zou het risico ontstaan dat personen met een smalle beurs – en onder hen zijn, aldus de leden van de CDA-fractie, veel chronisch zieken – aangewezen raken op zorgverzekeringen met een beperkte keuzemogelijkheid tussen zorgaanbieders. De leden van de CDA-fractie erkennen overigens in het kader van het gerichte inkoopbeleid de voordelen van een naturapolis, maar zij vinden dat deze voordelen in evenwicht moeten worden gebracht met de keuze voor een restitutiepolis. Ook als tegenwicht tegen té smalle contractering van zorg. Zij vragen mij om een creatieve oplossing hiervoor.

Tevens vragen zij mij te bevestigen, dat aan de polissen een addendum van gecontracteerde zorgaanbieders zal worden toegevoegd, opdat de verzekerden metterdaad kunnen kiezen.

Onder de Zvw zijn de mogelijkheden voor restitutie verruimd ten opzichte van de situatie zoals die onder de Zfw geldt na inwerkingtreding van de zogenaamde Restitutie-amvb (Vergoedingenbesluit Zfw). De Zfw kent niet de mogelijkheid om zelf tevoren de prestatiewijze van de verzekering (natura of restitutie) te kiezen. De Zfw blijft ook met de restitutie-mogelijkheid een naturaverzekering, waarbij men zich in beginsel tot de gecontracteerde aanbieders dient te wenden. De Zvw verruimt de

keuzemogelijkheden voor de verzekerde, door voor elke zorgvorm de restitutiemogelijkheid in de zorgpolis open te stellen. Natura en restitutie zijn in de Zvw nevensgeschikte prestatiewijzen. Daarnaast is in de Zvw de «uitwijkmogelijkheid» naar niet gecontracteerde zorgaanbieders in de situatie dat gekozen is voor een polis met gecontracteerde zorg, uitgebreid naar alle zorgvormen. Onder de Restitutie-amvb Zfw bestond deze uitwijkmogelijkheid alleen voor zorgvormen waarvoor geen (omgekeerde) contracteerplicht én geen Wtg-tarieven gelden.

Een polis met gecontracteerde zorg geeft een verzekerde in principe een beperktere keuze uit zorgaanbieders dan een restitutiepolis met vrije keuze. Aangezien de verzekeraar die namens zijn verzekerden contracteert – mede omdat hij daarmee voor een groot aantal verzekerden tegelijk zorg in kan kopen – bij de zorgaanbieder lagere prijzen kan bedingen dan een individuele verzekerde, valt te verwachten dat voor zorgverzekeringen die uitgaan van gecontracteerde zorg, gemiddeld genomen een lagere premie zal worden gevraagd dan voor restitutiepolissen met vrije keuze. Dat men voor een product met extra keuzemogelijkheden extra betaalt, is echter in onze maatschappij heel gebruikelijk.

Het handhaven van dit algemene economische beginsel binnen de zorgsector zou als problematisch kunnen worden ervaren indien dit zou betekenen dat een verzekerde op een zorgverzekering met gecontracteerde zorg voor een bepaalde vorm van zorg slechts een heel beperkte keuze tussen zorgaanbieders heeft. De kans dat die situatie zich gaat voordoen acht ik echter uiterst klein. Immers, gegeven zijn zorgplicht zal een zorgverzekeraar die uitgaat van gecontracteerde zorg, altijd zoveel zorg moeten contracteren dat iedereen die voor de desbetreffende polissen heeft gekozen, altijd tijdig bij een gecontracteerde zorgaanbieder terecht kan. Alleen daarom al zal hij per vorm van zorg meerdere zorgaanbieders moeten contracteren, waaruit zijn verzekerden vervolgens kunnen kiezen. Binnen de huidige schaarsteverhoudingen, en mede gelet op de omvang van het merendeel van de verzekeraars, betekent dit dat doorgaans het aanwezige aanbod in ruime mate gecontracteerd zal worden, zodat er voldoende vrijheid van artskeuze is voor de verzekerde.

Daarnaast zal een verzekeraar die, binnen deze grens van zijn zorgplicht, een zo beperkt mogelijk aantal zorgaanbieders contracteert, voor verzekeringsplichtigen mogelijk een minder interessante zorgverzekeraar zijn. Wil hij op die manier kunnen blijven opereren, dan zal daar toch wel een erg lage premie tegenover moeten staan.

Zoals ik in het nader rapport naar aanleiding van de opmerkingen van de Raad van State over de verhouding tussen arts en patiënt heb aangegeven (Kamerstukken II 2003/04, 29 763 nr. 4, p. 20, onder 3.1.c.1), ben ik overigens van mening dat de medische professionaliteit of de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt niet nopen tot een recht op volledig vrije keuze tussen zorgaanbieders voor iedereen. Juist vanwege het hoge niveau van de medische opleidingen in Nederland en de daaruit resulterende professionaliteit van de zorgaanbieders, mag verwacht worden dat, ook al contracteert een verzekeraar niet het gehele aanbod, het gecontracteerde deel in staat zal zijn tot het onderhouden van een goede vertrouwensrelatie met de verzekerde patiënten.

Het voorgaande samenvattend, verwacht ik dan ook dat verzekerden op een zorgverzekering met gecontracteerde zorg, reeds voldoende keuzemogelijkheden zullen hebben tussen kwalitatief goede zorgaanbieders.

Ten slotte merk ik op dat de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders deel uitmaakt van een zorgverzekering die van gecontracteerde zorg uitgaat.

Dat wil echter niet zeggen dat die lijst als addendum aan modelovereenkomsten (op basis waarvan men tussen verzekeringen kiest) en aan de zorgpolis (het schriftelijke bewijs van een gesloten zorgverzekering) moet worden toegevoegd. Het mág natuurlijk wel, maar zowel voor de (aspirant-)verzekerden als voor de verzekeraar is het waarschijnlijk efficiënter dat in de modelovereenkomst en in de zorgpolis voor de lijst met namen, adressen en telefoonnummers van de gecontracteerde zorgaanbieders wordt verwezen naar een website en een telefonische hulpdienst. Aldus zal namelijk kunnen worden gewaarborgd dat de verzekerden toegang hebben tot een actueel overzicht van zorgaanbieders.

De leden van de CDA-fractie vroegen mij nog eens aan te geven 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.

Op grond van een restitutiepolis moet een zorgverzekeraar de rekening van een zorgaanbieder vergoeden, mits deze niet hoger is dan de prijs die voor de geleverde zorg op de Nederlandse markt marktconform is. Dat geldt ongeacht de vraag of de zorgaanbieder in Nederland of in het buitenland is gevestigd. Uit jurisprudentie vloeit voort dat de Nederlandse overheid zonder in strijd met het vrije verkeer van diensten te komen, kan bepalen dat een verzekeraar voor buitenlandse zorg niet meer vergoedt dan voor in Nederland verleende zorg zou zijn vergoed. Het staat een lidstaat namelijk vrij om de dekking van een sociale verzekering te bepalen.

De leden de CDA-fractie hebben bij gelegenheid van het wetsvoorstel HOZ ook nog aandacht gevraagd voor de problemen rond de betaling bij restitutiepolicen, waarbij de Derde Betalerregeling als voorbeeld werd genoemd. Zij informeren naar het standpunt van de regering in deze.

Zoals bij de behandeling van genoemd wetsvoorstel is aangegeven, ziet het kabinet geen reden om een derdebetalersregeling zoals die door de NVZ is voorgesteld, in te voeren. Deze regeling houdt in dat ziekenhuizen de rekeningen voor zorg waarvoor de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, rechtstreeks aan de zorgverzekeraar in rekening kunnen brengen. Die rekeningen worden dan zonder tussenkomst van de patiënt aan het ziekenhuis betaald. De ziekenhuizen willen hiermee het risico afwentelen op de verzekeraar.

Zeker wanneer een verzekerde kiest voor een zorgverzekering op restitutiebasis is het onlogisch dat zijn verzekeraar een rekening rechtstreeks zou moeten betalen. Dat de administratieve lasten door restitutie kunnen toenemen, is een gevolg van de keuze voor de restitutiepolis. Afwentelen van het debiteurenrisico op de zorgverzekeraar leidt niet direct tot minder uitvoeringsproblemen.

Het treffen van een specifieke regeling zou een afwijking betekenen van het bij de huidige particuliere verzekering geldende systeem, namelijk dat op de verzekerde de betalingsverplichting rust. Overigens zijn in de bestaande uitvoeringspraktijk daarvoor praktische oplossingen gevonden en hebben verzekeraars daarover met ziekenhuizen administratieve afspraken gemaakt. De restitutiemogelijkheid die in de Zvw wordt ingevoerd, is voor mij geen aanleiding om een specifieke wettelijke (betalings)regeling in het leven te roepen. Dat zou ook op gespannen voet staan met de primaire verantwoordelijkheid van de patiënt voor de betaling, wanneer hij kiest voor een restitutiepolis.

Op welke te onderscheiden gebieden, zo vragen 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.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen in aansluiting op de vragen van hun collega's van de PvdA -fractie, of de regering in resultaatstermen kan aangeven wat de keuzevrijheidswinst van de burger is. Die leden vragen wat de burger in het huidige systeem niet kan wat hij/zij in het nieuwe systeem wel kan en hoe de regering het idee van het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid operationaliseert. Zij vragen verder of «grotere keuzevrijheid» en een «grotere eigen verantwoordelijkheid» in het voorgestelde stelsel ook op een andere wijze te definiëren zijn dan het kiezen op basis van kosten.

De leden van de PvdA-fractie hebben gelijk als zij stellen dat er in het voorgestelde systeem doelmatigheidsprikkels voor verzekeraars zitten. Er zijn echter ook wel degelijk prikkels voor de eigen verantwoordelijkheid en de keuzevrijheid van burgers. De verzekeringsplicht maakt dat zij zelf een verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar moeten sluiten. Daarvoor moeten zij een scala aan afwegingen maken. De substantiële nominale premie geeft deze verantwoordelijkheid een vertaling in financiële zin. Twee prikkels zijn ingebouwd om de verzekerde meer verantwoordelijk te maken voor een gepast zorggebruik. Er is voor iedereen de verplichte deelname aan de no-claimteruggave regeling. Daarnaast is er naar keuze de mogelijkheid om voor een eigen risico te kiezen. Dat laatste is een duidelijk element van keuzevrijheid. Die keuzevrijheid strekt zich ook uit tot de vraag welk type polis men wil. Een polis op basis van door de verzekeraar gecontracteerde zorg, of juist vergoeding van de door hemzelf betaalde kosten. Dat laatste biedt meer mogelijkheden voor het zelf kunnen kiezen van zorgaanbieders. Voor mensen die in de Zvw komen vanuit het ziekenfonds zijn de elementen van verzekeringsplicht, de substantiële nominale premie en de keuzevrijheid ten aanzien van polistype en eigen risico nieuw. Voor mensen die uit de particuliere verzekering komen zijn een aantal keuze-elementen al bekend. Nieuw voor hen is ook de verzekeringsplicht en niet te vergeten de acceptatieplicht voor verzekeraars. Die laatste plicht zorgt ervoor dat straks de «oudere» of «ongezonde» particulier verzekerden daadwerkelijk naar een andere verzekeraar kunnen overstappen. Ook voor de huidige publiekrechtelijk verzekerden neemt de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid toe. Nu zijn zij door hun dienstverband automatisch verzekerd op de door hun werkgever bepaalde wijze.

Specialistische behandeling met ziekenhuisopname kan vele duizenden euro's kosten. De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre het beginsel van vrije artskeuze wordt gefrustreerd indien de verzekerde/patiënt bijvoorbeeld 90% van deze kosten gerestitueerd zou krijgen.

De situatie die de leden van de VVD-fractie beschrijven, zou aan de orde kunnen zijn indien een verzekerde met een zorgverzekering krachtens welke hij zijn zorg moet betrekken van gecontracteerde ziekenhuizen, op het moment dat hij daadwerkelijk specialistische hulp nodig heeft, toch naar een ander ziekenhuis wil.

Hierover wil ik in de eerste plaats opmerken dat de zorgverzekeraar, gelet op zijn zorgplicht, in alle gevallen gehouden is om voor zijn verzekerden die kiezen voor een naturapolis voldoende zorgaanbod te contracteren. Dit heeft niet alleen tot gevolg dat de verzekerde de zekerheid heeft dat hij de zorg kan inroepen als hij deze nodig heeft, het is ook een waarborg voor een voldoende mate van keuzevrijheid uit het beschikbare zorgaanbod. Artikel 13 Zvw geeft de verzekerde die zijn zorg desondanks zijn zorg elders wil betrekken daartoe het recht, maar geeft de zorgverzekeraar dan wél de mogelijkheid de rekening van het ziekenhuis niet volledig te vergoeden. De wijze waarop hij de vergoeding berekent, zal hij in de

modelovereenkomst en derhalve ook in de zorgpolis moeten neerleggen. Vergoeding van percentage van de kosten is daarbij een denkbare mogelijkheid, waarbij een zorgverzekeraar die een aantrekkelijke contractspartij voor verzekeringsplichtigen wil zijn, er overigens verstandig aan doet om het percentage in geval van dure zorg niet te laag te laten zijn. De zorgverzekeraar dient kenbaar te maken welk zorgaanbod hij op zijn zorgpolis heeft gecontracteerd. Op die manier wordt de verzekerde die prijs stelt op behandeling door een specifieke zorgaanbieder in staat gesteld te verifiëren of deze door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

Anders dan de leden van de VVD-fractie kennelijk veronderstellen, leidt artikel 13 Zvw overigens eerder tot een grotere vrijheid van artsenkeuze, dan tot een kleinere. In het overeenkomstenrecht is het volstrekt normaal dat partijen slechts gehouden zijn tot datgene, wat zij met elkaar hebben afgesproken. Sluit een burger, bijvoorbeeld omdat daar een aantrekkelijke premie tegenover staat, een zorgverzekering volgens welke hij zorg dient te betrekken van door zijn verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, dan is het op zich begrijpelijk dat zijn verzekeraar niet hoeft te betalen indien hij desalniettemin naar een andere zorgaanbieder is gegaan. Juist met het oog op een grotere vrijheid van artsenkeuze is ervoor gekozen om in de Zvw op dit algemene beginsel van overeenkomstenrecht een beperking aan te brengen. Dat is gebeurd door in artikel 13 Zvw te regelen dat de verzekeraar ook tot een prestatie – te weten: vergoeding van de rekening – gehouden is indien de verzekerde, ondanks het uitgangspunt in zijn zorgverzekeringsovereenkomst, toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wil. Het ligt in de rede dat de vergoeding dan niet volledig hoeft te zijn. Zou deze wel volledig moeten zijn, dan zou het aanbieden van zorgverzekeringen met gecontracteerde zorg geen zin meer hebben, met als gevolg dat het tegenwicht dat zorgverzekeraars door middel van hun inkoopcontracten aan zorgaanbieders kunnen geven, niet tot stand zou komen.

Meer concurrentie en invloed voor de zorgverzekeraar

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de noodzaak is de verzekeraars de mogelijkheid te bieden om aan derden uit te keren winst te maken.

Het toestaan van aan derden uitkeerbare winst biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om extern kapitaal aan te trekken, waarmee investeringen kunnen worden gedaan ten gunste van de zorg. Daarnaast kan het toelaten van winststreven een extra stimulans betekenen voor concurrentie tussen zorgverzekeraars. Ook als een beperkt deel van de zorgverzekeraars hiervoor kiest kan dat al het geval zijn. De concurrentie tussen zorgverzekeraars draagt bij aan efficiency, verbetering en innovatie en maakt dat winsten uiteindelijk ook weer ten goede komen aan verzekerden in de vorm van lagere premies. Ten slotte verruimt het toestaan van winststreven de mogelijkheid voor nieuwe toetreders om de Nederlandse markt te betreden.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de redenen 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 heeft ondergebracht.

Vanaf medio 2004, toen meer en meer duidelijk werd wat de hoofdlijnen van het wetsvoorstel Zvw zijn, heeft een aantal particuliere ziektekostenverzekeraars besloten de ziektekostenportefeuille over te dragen. Het gaat om Nationale Nederlanden, AXA Zorg, DKV Nederland, Allianz Nederland en OZB. Tezamen hebben deze verzekeraars bijna 1 miljoen particulier

verzekerden. Recent is bekend geworden dat de Goudse een samenwerkingsverband met VGZ is aangegaan. Elk van deze portefeuilles is overgedragen aan andere commerciële verzekeraars, al dan niet deel uitmakend van een groter concern. Hoewel de Zvw een privaatrechtelijke verzekering is, een vorm van verzekering waarvoor de leden van het Verbond van Verzekeraars zich altijd sterk heeft gemaakt, bevat de wet ook een aantal wettelijke verplichtingen die gevolgen hebben voor de inrichting van de administratie en bedrijfsvoering van een verzekeraar. Zorgverzekeraars zijn gehouden aan een zorgplicht en moeten dus zorg inkopen of voor zorgbemiddeling zorgdragen. Niet alle particuliere ziektekostenverzekeraars zijn vermoedelijk in staat of bereid daarvoor hun organisatie in te richten. Het gaat in deze gevallen ook veelal om verzekeraars met een voor de ziektekostenverzekering gering bestand aan verzekerden die allen zijn meegegaan met de overdracht aan de nieuwe verzekeraar. In de meeste gevallen is het «label» waaronder de verzekeringen werden gevoerd, bij de nieuwe verzekeraar wel gehandhaafd.

De VVD-fractie constateert 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. Zij vragen wat het begrip «bedrijfsvoering» omvat en of het onderscheid zoals dat nu voor ziekenfondsen geldt, vervalt.

Het onderscheid tussen beheerskosten en kosten van verstrekkingen, zoals dat nu geldt onder de Zfw, zal inderdaad vervallen. Onder «bedrijfsvoering» worden de kosten van de administratieve kant van de zorgverzekering verstaan.

In de Zvw zullen verzekeraars de kosten van zorg en de kosten voor de bedrijfsvoering financieren uit de vereveningsbijdragen en de nominale premie-opbrengsten.

Voor de beheerskosten zullen zij niet langer een beheerskostenbudget ontvangen.

Meer maatwerk en prestatiegerichtheid door zorgaanbieders

De leden van de CDA-fractie menen dat ik me zal herinneren dat zij het winstbeogend 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 heb ik gesteld. 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. De leden van de CDA-fractie vragen hoe bovendien wordt voorkomen, dat maatschappelijke ondernemingen op achterstand worden gezet. Verder vragen zij wat nu exact de voornemens in de februaribrief, die onderwerp van discussie is in de zorgsector, zijn. Deze leden vragen wanneer deze brief ter beschikking van het parlement komt. De leden van de CDA-fractie vragen voorts of ik nadere informatie kan verschaffen over de situatie terzake elders in Europa. De leden van de fractie van GroenLinks, voor wie de winstkwestie ook een zeer prangende zaak is, sloten zich bij deze vragen van de leden van de CDA-fractie aan.

Deze en andere, eerder door het parlement gestelde vragen worden beantwoord in de «februaribrief». De uiteindelijke titel van laatstgenoemde brief – die ik op 8 maart jl. naar de Tweede Kamer heb gestuurd – is «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» (DBO – 2568439). De brief gaat in op de manier waarop de verdergaande deregulering bij intramurale zorginstellingen – die met de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) wordt beoogd – inhoud zal krijgen. De hoofdthema's van de brief zijn het huisvestingsbeleid van de instellingen en de voorwaarden waaronder uitkeerbare winst bij intramurale zorginstellingen kan worden toegestaan.

Wat het huisvestingsbeleid betreft zullen de zorginstellingen meer verantwoordelijkheid krijgen voor hun investeringsbeslissingen. Daarvoor is de invoering van integrale prestatiebekostiging nodig waarbij de huisvestingslasten deel uitmaken van de prestatietarieven. Nu is dat niet of onvoldoende het geval: instellingen krijgen van de overheid een vast budget voor de dekking van de rente en afschrijving ongeacht hoeveel zorg ze leveren. Zowel in de curatieve zorg als in de AWBZ is al een begin gemaakt met de prestatiebekostiging. In de curatieve zorg gaat dat samen met de introductie van de diagnose behandelcombinaties (dbc's) en in de AWBZ met de introductie van de functies. Voor de verbetering van de doelmatigheid in de gezondheidszorg is prestatiebekostiging door kostenefficiënte tarieven een noodzakelijk stap die los staat van verdere marktwerkingsstappen zoals vrije prijzen. Dat laatste is geen onderwerp van de «februaribrief».

Als zorginstellingen zelf verantwoordelijk worden voor de investeringsbeslissingen dan verhoogt dat hun bedrijfsrisico's. Het is daarom reëel rekening te houden met een gewenningsperiode. Uitgaande van een aanlooperperiode van twee jaar en een invoeringsperiode van zes jaar kan de gewenste integrale prestatiebekostiging in 2012 zijn gerealiseerd. Het bouwregime, dat wil zeggen de goedkeuring van de overheid om te mogen bouwen en de daarop volgende vergunningprocedure, kan vervallen als instellingen in voldoende mate geconfronteerd worden met het feit dat ze de kapitaallasten zelf moeten terugverdienen via de verkoop van zorgdiensten. Voor de dekking van de vaste kapitaallasten dragen zij dan het risico van afzetschommelingen.

Wat het winstoogmerk betreft hanteert het kabinet nu en in de toekomst het beleidsuitgangspunt dat economische waarde die is opgebouwd in een door overheidsregels gecreëerde omgeving met weinig risico's niet mag «weglekken» naar commerciële partijen. Voordat er sprake kan zijn van uitkeerbare winst moet er sprake zijn van integrale prestatiebekostiging en moeten zorginstellingen volledig risicodragend zijn voor schommelingen in de afzet. Aan deze voorwaarden lijkt de zorgsector rond 2012 te kunnen voldoen. Voor het daadwerkelijk toestaan van winstuitkering is een afzonderlijk kabinetsbesluit noodzakelijk. Intramurale instellingen die vóór 2012 bereid zijn de zorg te verlenen tegen transparante en integrale tarieven kan bij uitzondering het uitkeren van winst aan derden bij kabinetsbesluit worden toegestaan. Overigens is er geen reden om te veronderstellen dat de ruimte voor maatschappelijke ondernemingen afneemt als het winstmotief wordt toegestaan. In vrijwel alle omringende landen waar zorginstellingen met winstoogmerk mogen opereren, is een mix van profit en not-for-profit instellingen ontstaan, waarbij de laatst genoemden in de meerderheid zijn.

De leden van de VVD-fractie geven aan zich te kunnen vinden in mijn standpunt dat het toegestaan is dat degenen die investeren in een zorgvoorziening, een vergoeding krijgen voor het verstrekken van risicodragend kapitaal. Zij vragen daarbij of het zo kan zijn dat bijvoorbeeld beleggingsmaatschappijen een vergoeding vragen voor het geïnvesteerde kapitaal die (ver) uitstijgt boven een redelijke vergoeding

voor het geïnvesteerde vermogen. Zij vragen verder of dit voor mij ook aanvaardbaar is of dat ik hier dan nadere grenzen aan ga stellen.

Zoals ik hiervoor heb aangegeven, ga ik in de brief «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» van 8 maart jl. in op mijn visie op het toestaan van uitkeerbare winst bij intramurale zorginstellingen. In algemene zin wil ik in reactie op de specifieke thema's in de vragen het volgende opmerken. Als het verbod op uitkeerbare winst wordt opgeheven kunnen deze instellingen risicodragend kapitaal aantrekken. Verstrekkers van risicodragend kapitaal investeren doorgaans alleen in ondernemingen die op uitkeerbare winst zijn gericht (BV/NV). Zorgaanbieders zijn dan zelf verantwoordelijk voor het aantrekken van risicodragend kapitaal onder voor hen zo gunstig mogelijke voorwaarden. Dit is nu ook al het geval met het aantrekken van vreemd vermogen. De vergoeding voor geïnvesteerd vermogen kan bij onderscheiden projecten of ondernemingen verschillen in hoogte als gevolg van verschillen in risicoprofiel. De hoogte van de vergoeding hangt bij vreemd vermogen (leningen) ook af van de looptijd van het investeringsbedrag. Rekening houdend met deze verklaarbare spreiding zal er altijd sprake kunnen zijn van een redelijke vergoeding voor het geïnvesteerde vermogen omdat de kapitaalmarkt een concurrerende markt is. Dit veronderstelt wel dat zorgaanbieders zelf scherp onderhandelen met kapitaalverschaffers om zo gunstig mogelijke randvoorwaarden en een zo laag mogelijke vergoeding te bedingen. Bij het aantrekken van vreemd vermogen worden instellingen hiertoe momenteel geprikkeld door de systematiek van de rentenormering. In de toekomst zal in de bekostigings-systematiek ook rekening worden gehouden met een vergoeding voor risicodragend kapitaal.

Gezien het voorgaande, ben ik van mening dat er geen reden is om nadere grenzen te stellen aan de hoogte van de vergoeding voor verstrekt risicodragend kapitaal.

Minder bureaucratie en administratieve lasten

De PvdA-fractie vraagt of kan worden aangegeven op welke wijze meer verantwoordelijkheid voor de betrokken partijen in de zorg het mogelijk maakt te komen tot een reductie van onnodige bureaucratie.

Een reductie van onnodige bureaucratie bij zorgverzekeraars kan worden bereikt door hen te laten concurreren om de gunst van de verzekerden. Trage administratieve procedures of hoge premie dan wel een combinatie hiervan zal verzekerden afstoten. Dit zal de zorgverzekeraars ongetwijfeld prikkelen tot een zo efficiënt mogelijke uitvoering van de Zvw.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe het uitgangspunt van minder bureaucratische lasten daadwerkelijk zal kunnen leiden tot meer handen aan het bed.

Een reductie van onnodige bureaucratie voor zorgaanbieders zal die aanbieders meer gelegenheid geven om hun tijd te investeren in de zorg voor de patiënt. Zoals u weet, heeft het kabinet in het hoofdlijnenakkoord aangekondigd de strijd aan te binden met de administratieve lasten. Ik span mij in die gemeenschappelijke doelstelling van het kabinet in te vullen voor zover het de wet- en regelgeving betreft waarvoor ik verantwoordelijk ben¹.

¹ Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, «Voortgang en verdere aanpak administratieve lasten bedrijven» (MC/I&K-2565393), d.d. 11 maart 2005.

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. De leden van de CDA-fractie vragen of zij hiervoor voldoende zijn toegerust. Verder vragen deze leden hoe te voorkomen is dat patiënten hiervan de dupe worden. Een verwijzing naar het kunnen stemmen met de voeten, zo vinden de leden van de CDA-fractie, is hier té mager.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de voorgestane marktwerking niet te veel uit gaat van de prijs en of er niet te weinig aandacht wordt besteed aan de kwaliteit. Zij vragen of nog eens kan worden toegelicht op welke wijze kwaliteit een cruciale rol zal spelen in het voorgestane model en welke definitie van kwaliteit is gehanteerd bij het opstellen van het voorliggende wetsvoorstel.

De leden van de SGP- en CU-fractie vinden dat kwaliteit en continuïteit van de zorg erg belangrijk zijn. De beoordeling daarvan wordt nu volledig aan de zorgverzekeraars overgelaten. De leden van de SGP- en CU-fractie vragen of deze constatering juist is. Zij vragen of dit niet strijdt met de verplichting van de overheid om te zorgen voor een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg.

De leden van de PvdA-fractie en GroenLinks merken 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 op de zorg. Zij vragen in hoeverre te verwachten is dat verzekeraars concurreren op de kwaliteit van hun eigen organisatie in plaats van de kwaliteit van de door hen gecontracteerde zorg. Zij vragen in hoeverre het inkoopbeleid van de verzekeraar duidelijk wordt in de polis, anders dan in de prijsstelling. De leden van de PvdA-fractie vragen in welke mate valt te verwachten dat verzekerden zich bij de keus voor een verzekeraar 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. Zij vragen hoe groot de kans wordt 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. Verder vragen zij of in het antwoord ook aandacht kan worden besteed aan het feit dat uit recente rapporten van de inspectie blijkt dat er betekenisvolle kwaliteitsverschillen bestaan tussen aanbieders. Zij menen dat de wens van de verzekerde boven alles is dat «het goed geregeld is». Kortom dat als hij ziek wordt goede zorg ontvangt en dan niet met allerlei beperkingen wordt geconfronteerd.

De leden van de PvdA-fractie vragen voorts of het denkbaar is dat, hoewel in artikel 11, lid 1, Zvw 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.

Ik onderschrijf volledig het belang van een goede kwaliteit van zorg en ik ben van mening dat er ook veel aandacht voor zal zijn in het nieuwe model. Waar verzekeraars zorg inkopen, zijn zij gehouden om zich ook te richten op kwaliteit en veiligheid. Het is echter niet zo dat de beoordeling van kwaliteit volledig aan de zorgverzekeraars wordt overgelaten. De overheid heeft de plicht het publieke belang van een kwalitatief goede

gezondheidszorg te waarborgen en heeft daar ook het geëigende instrumentarium voor. De wetgever legt in de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwaliteitswet) en de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) aan de zorgaanbieder/beroepsbeoefenaar een aantal verplichtingen op. Hij moet verantwoorde zorg leveren, hij moet zijn werk zo organiseren, zo van personeel en materieel voorzien en zo de verantwoordelijkheden toedelen, dat een en ander leidt of moet leiden tot verantwoorde zorg. Hij moet systematisch de kwaliteit van zijn zorgverlening bewaken, beheersen en verbeteren. Hij moet zich daarover verantwoorden. Het is dus in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om kwalitatief goede zorg te leveren. Daarop wordt aan de hand van de Kwaliteitswet en de Wet BIG door de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) toegezien. Bij de operationalisering van het begrip verantwoorde zorg richt de overheid zich primair op de aspecten veiligheid en effectiviteit, dit in antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie welke definitie is gehanteerd.

De basis voor deze kwaliteitsaspecten ligt in de opleiding van artsen en verpleegkundigen. Mede op grond van de Wet BIG houdt de IGZ toezicht op het vereiste deskundigheidsniveau. Het kwaliteitssysteem in Nederland gaat er verder van uit dat de veldpartijen (beroepsgroepen, branche-organisaties) zelf normen ontwikkelen. De IGZ ziet toe op de naleving daarvan. Innovaties die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek of uit de praktijk van de zorgverlening zorgen via «best practices» en de verspreiding daarvan voor een voortdurende opwaartse beweging van de kwaliteitsnormen. Bij lacunes in of veroudering van de normstelling vervult de IGZ vanuit haar toezicht een aanjagende functie teneinde deze leemtes te verhelpen. Twee belangrijke kenmerken van de gehanteerde kwaliteitsnormen zijn dus dat ze dynamisch zijn en dat de «state of the art» daarbij maatgevend is. Het beeld dat kwaliteit zich blijvend op sterk uiteenlopende niveaus zou kunnen manifesteren, laat staan dat inferieure kwaliteit geaccepteerd zou worden, spoot niet met de opzet en intentie van ons kwaliteitssysteem. De leden van de PvdA-fractie hebben mij in dit verband gevraagd aandacht te besteden aan het feit dat uit recente rapporten van de IGZ blijkt dat er betekenisvolle kwaliteitsverschillen bestaan tussen aanbieders. Dat feit is op zichzelf niet in tegenspraak met de opzet en intentie van het kwaliteitssysteem. Wel blijkt daaruit dat toezicht in de praktijk altijd nodig zal blijven en vermoedelijk ook altijd stof zal opleveren die noopt tot corrigerende maatregelen. Dit beeld past ook bij wat ik heb gezegd over de dynamiek in het systeem. De vraag van de leden van de PvdA-fractie of het denkbaar is dat de kwaliteit van zorg waarop aanspraak bestaat in de verzekeringspolissen kan verschillen, kan ik in het licht van het bovenstaande – waar het gaat om veiligheid en effectiviteit – ontkennend beantwoorden.

Naast de opleiding tot het juiste deskundigheidsniveau, het proces waarin die deskundigheid in de praktijk tot normstelling komt en het toezicht daarop, is tevens van belang hoe de organisaties waarin de professionals hun werk moeten doen, met kwaliteit omgaan. De wettelijke basis daarvoor is de Kwaliteitswet. Om zorginstellingen te bewegen kwaliteit als een cruciaal en integraal onderdeel van de bedrijfsvoering te zien, zullen de eisen aan de kwaliteitsverantwoording worden aangescherpt¹. Kwaliteit wordt bovendien een integraal onderdeel van het jaarverslag. Ook het ontwikkelen van prestatie-indicatoren en het vergelijken van zorginstellingen zijn instrumenten om de kwaliteit te borgen. Dat zal een impuls geven aan de transparantie over kwaliteit, die vervolgens via de door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) op te zetten consumentenportal zal worden verspreid. Ook worden instellingen aangemoedigd om hun kwaliteitsmanagementsysteem te certificeren. Certificering biedt de instelling de mogelijkheid zich te profileren met haar

¹ Kamerstuk II 2003/04, 29 689, nr. 1.

kwaliteit van zorg en organisatie richting verzekeraars, cliënten en toezichthouders. Ik faciliteer de ontwikkeling van certificeringschema's en zoek binnen het certificeringstraject aansluiting bij de geambieerde landelijke implementatie van een Veiligheids Management Systeem (aanbeveling rapport Rein Willems «Hier werk je veilig, of je werkt hier niet»).

Met het niveau van onze opleidingen, de werking van het kwaliteitsstelsel, de genoemde aanvullende maatregelen ten aanzien van de verantwoording en een sterke inspectie zie ik met vertrouwen tegemoet dat de kwaliteit voldoende is gewaarborgd, ook onder het nieuwe verzekeringsstelsel. De overheid maakt zich daarbij dus niet afhankelijk van het gedrag van verzekeraars en zorgaanbieders. Het is wel zo dat, doordat partijen bedrijfseconomisch meer verantwoordelijk worden voor de gevolgen van hun handelen, zij ook gevoeliger worden voor reputatieschade die het gevolg kan zijn van het te lichtzinnig omgaan met kwaliteit. Van de sterkere concurrentieprikkels in het nieuwe zorgstelsel verwacht ik een meer rationele bedrijfsvoering, een meer klantgerichte benadering en efficiënter en innovatiever gedrag, die naar mijn overtuiging een extra bijdrage zullen leveren aan de veiligheid en effectiviteit van zorg.

Naast veiligheid en effectiviteit zijn er andere kwaliteitsaspecten, voor de borging waarvan de overheid zich minder nadrukkelijk verantwoordelijk acht en die meer worden overgelaten aan de werking van de onzichtbare hand. Het gaat hier, zowel bij zorgverzekeraars als zorgaanbieders, om zaken als zorgvuldigheid, promptheid en openheid in de bejegening en serviceverlening, zaken waar cliënten/patiënten over het algemeen zeer gevoelig voor zijn. Ook kan het gaan om verschillen in – wat wel wordt aangeduid als – «luxe en comfort» om de zorg heen. Meer dan met betrekking tot veiligheid en effectiviteit – waar «state of the art» de norm is, zal er op deze kwaliteitsaspecten meer ruimte voor verzekeraars (en aanbieders) zijn om te concurreren. Dit is tevens mijn antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie in hoeverre te verwachten is dat verzekeraars concurreren op de kwaliteit van hun eigen organisatie in plaats van op de kwaliteit van de door hen gecontracteerde zorg.

De PvdA heeft mij voorts nog gevraagd naar de gevoeligheid van de consument voor het onderwerp «kwaliteit». Is, zo vragen de leden van de PvdA-fractie mij, de wens van de verzekerde niet boven alles dat «het goed geregeld is», kortom dat als hij ziek wordt hij of zij goede zorg ontvangt en dan niet met allerlei beperkingen wordt geconfronteerd?

Dat lijkt mij inderdaad een zeer plausible aanname te zijn. Wel klinkt in deze vraagstelling naar mijn smaak iets teveel passiviteit door als het gaat om de opstelling van de verzekerde/patiënt. Die zal zelf ook actief met de door hem gewenste kwaliteit bezig moeten zijn. Om hem daarbij te ondersteunen is momenteel een groot aantal initiatieven en wettelijke maatregelen in ontwikkeling. Ik noem hier de keuzegids zorgverzekeringen, de bevoegdheid van het CTZ respectievelijk de Zorgautoriteit om transparante keuze-informatie af te dwingen, het in principe openbaar maken van IGZ-rapporten, de mogelijkheid voor verzekerden om invloed uit te oefenen op het zorginkoopbeleid van de verzekeraar, het meten van klantervaringen, en implementatieprojecten op het terrein van de patiëntenwetgeving.

Overigens realiseer ik mij terdege dat hier sprake is van een meerjarige ontwikkeling, en kan ik mij goed voorstellen dat het voor verzekerden die zelf nog niet veel met zorgverlening te maken hebben gehad, niet gemakkelijk is te wegen wat de betekenis is van wat de verzekeraar over kwaliteit in zijn polis opneemt. Voor hen kan het eerste deel van mijn

beantwoording, dat gaat over het kwaliteitssysteem rond de aspecten effectiviteit en veiligheid, een geruststelling zijn. Die geruststelling geldt ook voor de leden van de CDA-fractie. Dit als antwoord op hun vraag of verzekeraars wel voldoende toegerust zijn om kwaliteitsverschillen te kunnen duiden en hoe voorkomen kan worden dat patiënten de dupe worden van onvoldoende aandacht van de verzekeraar voor kwaliteit.

In het wetsvoorstel wordt gesteld dat marktwerking een hogere kwaliteit en/of een lagere prijs voor de verzekerde ten doel heeft. Ook wordt aangegeven dat de invoering van het nieuwe stelsel ten doel heeft de zorg betaalbaar te houden, middels 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 middels dit wetsvoorstel om wel de beoogde doeleinden te realiseren, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat ook voor de zorgaanbieders de meerdere mogelijkheden om zorg te bieden, die aansluit bij de behoeften en wensen van de burgers, vaak nog té beperkt aanwezig blijven. Hierbij spelen, volgens hen, diverse factoren een rol, waaronder 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. De leden van de CDA-fractie menen dat uiteraard niemand mag verwachten, dat alles in 2006 of 2007 reeds optimaal zal verlopen, maar om zwartepieten 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. Zij vragen hoe ik in dit kader oordeel 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». Zij vragen of ik deze stellingname overtuigend kan ontzenuwen en de CDA-fractie duidelijk kan maken dat eventuele negatieve uitkomsten, ook financieel, niet zullen worden afgewenteld op de verzekerden.

Allereerst wil ik ingaan op het gebruik van het woord systeem. Daarmee krijgt het ingediende voorstel voor de Zvw een meer omvattende lading dan het heeft. Het ingediende wetsvoorstel Zvw reguleert een deel van het systeem, maar zeker niet alles. Met deze wet wordt de basis gelegd voor een transparante verzekeringsmarkt en voor een kritische vragende partij op de zorginkoopmarkt. Om de werking van het systeem te kunnen beoordelen, dienen ook de effecten van andere wetten en wijzigingen in regelgeving in beschouwing te worden genomen zoals de Wtzi als vervanger van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv) en de WMG die de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) gaat vervangen. Onder meer gelet op de inspanningen die nodig zijn voor het moderniseren van de bekostiging van de aanbodkant, zal het een aantal jaren duren voordat de beoogde effecten tot volle wasdom komen. Dit laat onverlet dat de eerste effecten van de wijzigingen nu al zichtbaar worden. Ik heb vertrouwen in de door het kabinet gekozen behoedzame aanpak van de stelselherziening. Weliswaar is bij een beperkt deel van 10% van de ziekenhuiszorg en bij de fysiotherapie een begin gemaakt met vrije prijsvorming, maar voor het overige zullen gereguleerde tarieven – zij het op een nieuwe, meer kostenefficiënte wijze vastgesteld – voorlopig de toon aangeven. In antwoord op vraag van de PvdA-fractie welke mogelijkheden er zijn om bij te sturen als wel sprake is van een hogere kwaliteit van de geleverde zorg

maar geen lagere prijs, merk ik op dat de bijsturingsmogelijkheden voor prijsontwikkelingen voor een belangrijk deel met een andere wet dan de Zvw worden geregeld, namelijk thans de Wtg en straks de WMG.

Toekomstige ontwikkelingen

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de belangrijkste oorzaak van de stijging van de kosten van de gezondheidszorg. Zij noemen drie mogelijkheden: de technologische ontwikkeling, de hogere levensverwachting als gevolg van technologische ontwikkeling of de vergrijzing.

Ik wijs deze leden erop dat demografische ontwikkeling niet de belangrijkste oorzaak is voor de kostenstijging in de curatieve zorg. Onder demografische ontwikkeling wordt verstaan het effect van een toenemende bevolking en een toenemend aantal ouderen. Het toenemende aantal ouderen wordt, zoals de leden van de PvdA-fractie reeds aangeven, onder meer verklaard door de toegenomen levensverwachting als gevolg van technologische ontwikkelingen. Het totale demografische effect belooft circa 1% per jaar.

In de periode 2000–2004 stegen de kosten in de curatieve zorg, zoals gerapporteerd in de Begroting 2005, met 6,3% per jaar. Daarvan kwam 3,3% voor rekening van de loon- en prijsstijging. De overige 3% is het saldo van demografische groei, technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele trends en beleidsmaatregelen.

Het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie welke garanties het thans voorgestane stelsel voor de houdbaarheid op de langere termijn biedt, is opgenomen onder het kopje «*noodzaak tot hervorming van het huidige verzekeringsstelsel*». Daarin is uiteengezet dat de doelmatigheidsprikkels die ik in het gezondheidszorgstelsel wil brengen, met name ook bedoeld zijn om aan de toekomstige ontwikkelingen (demografie en welvaartsstijging) een passend antwoord te kunnen geven.

Stapsgewijze invoering van concurrentie

Een antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie betreffende het goed functioneren van het systeem is hiervoor onder het kopje «*eisen aan het systeem van de gezondheidszorg*» opgenomen.

De leden van de fractie van GroenLinks sluiten zich in grote lijnen bij de opmerkingen van hun collega's van de fractie van de SP 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 deze tijd is, en dat standpunt staat nog steeds recht overeind. Alleen hebben 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 is 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. Zij vragen of een en ander nog wel te rijmen valt.

De leden van de fractie van GroenLinks hebben ook gevraagd welke lessen de regering voor de gezondheidszorg heeft getrokken uit de introductie van marktwerking in andere sectoren van publieke dienstverlening en welke garantie de regering geeft dat de negatieve effecten in die andere sectoren, zoals winst maken als doel op zich, ondermaatse prestaties op weinig winstgevendende zaken, verlies van professionele autonomie, taylorisering van menselijke betrekkingen, in de zorgsector zullen uitblijven.

De leden van de PvdA-fractie vragen 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 volgens hen 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 vragen zich af in hoeverre de geplande invoeringsdatum van 1 januari 2006 realistisch is en of een zorgvuldige invoering op die datum kan worden gegarandeerd.

De fracties van D66 en OSF stellen dat in het wetsvoorstel wordt uitgegaan van voldoende concurrentie tussen de zorgverzekeraars. Voldoende concurrentie is volgens hen 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 kan 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 vragen of door het kabinet serieus is nagegaan of een gefaseerde invoering van de wet daadwerkelijk de kans van slagen doet toenemen en, zo ja, vanaf welke invoeringsdatum de wet voldoende kans van slagen heeft. Indien dit niet het geval is, zo geven de leden van de fracties van D66 en OSF aan, 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 overwogen worden. Marktwerking is volgens hen in het nieuwe stelsel te vinden op een tweetal plaatsen, te weten in de relatie zorgverzekeraar-verzekerde en in de relatie zorgverzekeraar-zorgverlener. De fracties van D66 en OSF vermoeden 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 concurreren om de gunst van de zorgverzekeraars. Zij vragen of het kabinet dit ook als een cruciaal knelpunt ziet en of het over een toetsingskader op basis van objectieve criteria beschikt voor de totstandkoming van de zorgverzekeringsmarkt. Indien dat het geval is, vragen zij welke objectieve criteria in dit toetsingscriteria zijn opgenomen en hoe het kabinet dit gaat toetsen. Zij vragen welke consequenties er zijn in geval de zorgverzekeringsmarkt niet tijdig aan de toetsingscriteria voldoet. Indien het kabinet niet over een dergelijk toetsingskader beschikt, vragen zij of het dan niet van het grootste belang is om binnen korte termijn dergelijke toetsingscriteria vast te stellen.

De voorgestelde Zvw zal de bestaande ziekenfondsverzekering, de particuliere ziektekostenverzekering en de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren vervangen. Het is de vraag of de nieuwe situatie eenzijdig gekarakteriseerd kan worden als een verdergaande liberalisering van de verzekeringsmarkt zoals de leden van de PvdA-fractie het omschrijven of van de introductie van marktwerking zoals de leden van de

fractie van GroenLinks het noemen. Als het gaat om het elkaar beconcurreren op de verzekeringsmarkt dan is daarvan zowel bij ziekenfondsen als bij particuliere maatschappijen op dit moment al volop sprake, zij het dat er voor beide segmenten verschillende spelregels gelden. Juist het beëindigen van het verschil in spelregels is één van de hoofdoelen van de Zvw. Voor de ziekenfondsen betekent de nieuwe wet meer premie- en polismvrijheid. Voor het particuliere segment betekent de wet evenwel minder vrijheid door het moeten voldoen aan het wettelijke pakket, de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Voor het efficiënter maken van de gezondheidszorg is een éénduidige onderling concurrerende vraagzijde nodig die ook de zorgaanbieders tot betere prestaties aanzet. Tegen deze achtergrond zie ik geen perspectief in de suggestie van de leden van de PvdA-fractie om eerst meer ervaring op te doen met de marktwerking voor zorgaanbieders. Ten eerste is, zoals hierboven uiteengezet, de overgang voor verzekeraars naar de Zvw niet zodanig ingrijpend of abrupt, dat daarin een temporisering of fasering zou moeten worden aangebracht. In de tweede plaats kan de zorgverzekeringsmarkt (relatie zorgverzekeraar – verzekerde) in het voorgestelde stelsel niet los worden gezien van de zorginkoopmarkt (relatie verzekeraar-zorgaanbieder) en de zorgverleningsmarkt (relatie verzekerde/patiënt – zorgaanbieder). Verzekeraars proberen aantrekkelijk te zijn voor verzekerden door middel van een lage premie en goede zorg en service, maar voor die zaken hebben ze een goede positie op de zorginkoopmarkt nodig en dienen tegelijkertijd rekening te houden met de relatie zorgvrager – behandelaar. Omgekeerd rekenen verzekerden verzekeraars niet alleen op de premie af, maar ook op de verleende zorg. Het is deze simultane werking van drie «markten» (zorgverzekeringsmarkt, zorginkoopmarkt en zorgverleningsmarkt) die een adequate regulering van de gezondheidszorg complex maakt en het wenselijk maakt de werking op die markten gelijktijdig te versterken. Desgevraagd ben ik van mening dat het vermoeden van de leden van de fracties van D66 en OSF dat het cruciale knelpunt in de totstandkoming van een daadwerkelijk competitief stelsel te vinden is in de relatie tussen zorgverzekeraar en de zorgverleners, in de context van het voorafgaande iets te eenzijdig is.

In antwoord op de vraag van de leden van de GroenLinks-fractie welke lessen uit de introductie van marktwerking in andere sectoren getrokken kan worden, herhaal ik dat die marktwerking er bij de huidige zorgverzekeringen al is, maar dat die onvolkomen is doordat niet voor alle spelers dezelfde spelregels gelden. Zoals ik hierboven al heb aangegeven vraagt de gezondheidsmarkt om specifieke regulering vanwege de simultane werking van drie verschillende markten. Een eenvoudige en tegelijkertijd zinvolle vergelijking met andere sectoren is om die reden niet te maken. Daaraan zij toegevoegd dat het kabinet niet kiest voor een grootscheepse liberalisering ineens, maar voor een behoedzame introductie van concurrentiemogelijkheden.

De leden van de fracties van D66 en OSF hebben ook gevraagd welke objectieve criteria het kabinet hanteert om de ontwikkeling van de zorgverzekeringsmarkt te kunnen toetsen. Bij de behandeling in de Eerste Kamer van de HOZ en de wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres) bleek behoefte te bestaan aan het monitoren/meten van de mobiliteit van verzekerden. Ik heb toegezegd om dat monitoren te systematiseren, voorzover dat nog niet systematisch gebeurt. De Tweede Kamer heeft bij de behandeling van de Zvw diverse moties ingediend om de werking van de zorgverzekeringsmarkt op meerdere thema's te monitoren. Recent heb ik u bij brief van 9 maart jl., kenmerk Z/M-2564827, geïnformeerd over de vormgeving van de monitoring van de verzekeringsmarkt op korte en op lange termijn.

In 2005 zal ik de zorgverzekeringsmarkt op onderstaande aspecten laten monitoren, waarbij zowel naar ziekenfondsen als naar particuliere verzekeraars wordt gekeken:

1. premieontwikkelingen bij verzekeraars. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan kwaliteitsoordelen van verzekerden over verzekeraars. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de portal: www.KiesBeter.nl;
2. verzekerdenmutaties bij verzekeraars;
3. de koppeling tussen premieverschillen verzekeraars en verzekerdenmutaties;
4. de redenen die bij afwegingen van verzekerden om wel of niet van verzekeraar te wisselen een rol spelen.

In 2006 en latere jaren zal het monitoren een taak zijn van de Zorgautoriteit. Voor een uitgebreidere toelichting op de monitoring en op de toekomstige taken van de Zorgautoriteit verwijs ik naar de genoemde recente brief van 9 maart jl. en naar de brief over de Zorgautoriteit (Kamerstukken II 2003/04, 29 324, nr 3).

De leden van de fracties van D66 en OSF merken op dat ook wat betreft de zorginkoopmarkt door betrokkenen de vrees is geuit dat er niet daadwerkelijk een competitieve zorgmarkt zal ontstaan. De zorgverzekeraars zouden teveel marktmacht krijgen bij de inkoop van zorg. Zij geven aan dat ik deze vrees heb proberen weg te nemen door te wijzen op mijn «Stalinistisch gereedschapskistje». De leden van de fracties van D66 en OSF vragen zich af welke stukken gereedschap ik in mijn «kistje» heb; met andere woorden, op welke concrete wijzen ik na invoering van het wetsvoorstel nog kan ingrijpen in de zorgmarkt.

Het fenomeen dat bepaalde zorgverzekeraars eventueel teveel marktmacht zouden hebben bij de inkoop van zorg, is alleen relevant op deelmarkten waar de tarieven vrij onderhandelbaar zijn. Zoals ik in mijn brief van september 2004 (Kamerstukken II 2003/04, 29 324, nr. 3) over de oprichting van de Zorgautoriteit aangaf, is het de bedoeling dat de Zorgautoriteit een of meer specifieke verplichtingen kan opleggen aan een partij met aanmerkelijke marktmacht. Een partij heeft aanmerkelijke marktmacht indien zij zich onafhankelijk van de markt (concurrenten, contractpartners of consumenten) kan gedragen zonder dat zij daar nadeel van heeft. Met andere woorden: zo'n partij kan door de marktmacht die zij heeft het gelijke speelveld belemmeren dat voor de ontwikkeling van een markt noodzakelijk is. Of sprake is van aanmerkelijke marktmacht, wordt vastgesteld volgens de beginselen van het algemene mededingingsrecht. De specifieke verplichting die de Zorgautoriteit oplegt, moet naar aard en inhoud passen bij de specifieke belemmering die de betrokken marktpartij oproept (proportionaliteit). Kort gezegd denk ik aan de volgende verplichtingen:

- bepaalde informatie op een bepaalde manier bekendmaken aan bepaalde belanghebbenden;
- afnemers in gelijke gevallen gelijk behandelen bij de levering van bepaalde diensten;
- een bepaalde dienst los leveren van andere diensten of de kosten en opbrengsten van een bepaalde dienst scheiden van die van overige activiteiten en daartoe een gescheiden boekhouding voeren;
- onder redelijke voorwaarden voldoen aan elk redelijk verzoek van een andere marktpartij tot onderlinge levering van diensten of beschikbaarstelling van faciliteiten;
- een openbaar aanbod doen en in stand houden voor het medegebruik van bepaalde diensten of faciliteiten en dit aanbod vooraf ter goedkeuring aan de Zorgautoriteit voorleggen;
- een bepaalde berekeningsmethode of bepaalde toerekeningsprincipes

gebruiken bij het vaststellen van tarieven van bepaalde diensten of leveringen.

Verder ligt het in het voornemen om de zorgautoriteit de mogelijkheid te geven algemene concurrentiebevorderende maatregelen te nemen die gelden voor alle partijen op de desbetreffende deelmarkt. Hierbij valt vooral te denken aan het stellen van eisen door de Zorgautoriteit aan de totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en betreffende de voorwaarden in die overeenkomsten. Op deze manier kan bijvoorbeeld exclusieve levering worden tegengegaan. Ook kan het bijvoorbeeld gaan om het tegengaan van onredelijke betalingscondities, onredelijk lange contracttermijnen of om onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van een contract.

Overigens is zorginkoop niet alleen voorbehouden aan zorgverzekeraars. Ook de burger zelf koopt zorg in voor zichzelf of zijn gezinsleden. Ook een patiëntenvereniging kan zelf afspraken maken met (categorieën) zorgaanbieders over de te leveren zorg voor haar leden en daarvoor een collectief contract sluiten met een zorgverzekeraar.

De leden van de fracties van D66 en OSF vragen of het kabinet wil aangeven wat de stand van zaken is met het uitvoeren van de door de Eerste Kamer aangenomen motie Schouw c.s. ten aanzien van de marktwerking in de zorg. Zij vragen of het kabinet nog steeds achter de daarin vastgelegde lijn staat. Leden van de fractie van GroenLinks steunen deze vragen.

De motie Schouw vraagt om een evaluatiekader voor de invoering van de dbc's. Het kabinet staat nog steeds achter de in de motie vastgelegde lijn. Bij een eerstvolgende voortgangsrapportage over de dbc's zal het evaluatiekader als bijlage zijn opgenomen.

2.3 De vormgeving van de zorgverzekering

De leden van de CDA-fractie en de leden van de GroenLinks-fractie vragen wat in de afweging bij de keuze voor een privaatrechtelijke verzekering nu feitelijk de doorslag heeft gegeven. Met een privaatrechtelijke regeling wordt volgens deze leden op zijn minst toch enig risico gelopen, gelet ook op de ingebrachte publieke waarborgen. Zij vragen waarom dit risico dan op deze wijze is gezocht. Is het uitsluitend het marktdenken dat het hier heeft gewonnen, terwijl ik mij niettemin toch intensief met vrijwel alles wil blijven bemoeien. Voor genoemde leden speelde ook een rol dat de meeste stelsels in Europa eveneens op publiekrechtelijke leest zijn geschoeid.

Ik wil graag in herinnering roepen dat Nederland al vele decennia een verbrokkeld stelsel van ziektekostenverzekeringen kent. Voor de «normale» ziektekosten geldt tot dusver in hoofdlijnen een duaal bestel: ruim 60% van de bevolking is verplicht verzekerd ingevolge de Zfw. Ongeveer 35% is particulier tegen ziektekosten verzekerd. Voor bepaalde op een particuliere ziektekostenverzekering aangewezen risicogroepen gelden thans beschermende maatregelen ingevolge de Wtz (recht op acceptatie voor een standaardverzekering tegen een van overheidswege genormeerde premie).

De ziekenfondsverzekering is een publiekrechtelijke sociale verzekering die aanspraak geeft op verstrekkingen in natura. Ondanks het publiekrechtelijke verzekeringskarakter heeft de ziekenfondsverzekering diverse privaatrechtelijke kenmerken behouden, kenmerken die zijn terug te voeren tot de privaatrechtelijke oorsprong van de ziekenfondsverzekering. De ziekenfondsen hebben een privaatrechtelijke rechtsvorm (veelal die

van een onderlinge waarborgmaatschappij); ter realisering van de aanspraken van de verzekerden sluiten ziekenfondsen privaatrechtelijke dienstverleningsovereenkomsten met private zorgaanbieders. Ziekenfondsen zijn thans niet onderworpen aan het reguliere wettelijke regime dat geldt voor verzekeringsondernemingen. Dat is wel het geval met betrekking tot de particuliere ziektekostenverzekeraars die, afgezien van de verplichtingen die uit de genoemde Wtz voortvloeien, vrij zijn in het aanbieden van verzekeringsproducten.

Al tientallen jaren overweegt de regering het duale bestel om te vormen tot een zorgverzekeringsbestel dat alle Nederlanders gelijke mogelijkheden biedt tot toegang tot een zorgverzekering en alle zorgverzekeraars aan gelijke voorwaarden onderwerpt voor het functioneren op de markt. Lange tijd was een politieke en bestuurlijke strijdvraag: zou de nieuwe zorgverzekering voor de gehele Nederlandse bevolking moeten worden ingericht als een publiekrechtelijke verzekering die ruimte biedt voor mededinging tussen de uitvoerende verzekeringsinstellingen met het oog op de doelmatigheid van de zorgverlening, of zou de zorgverzekering moeten worden aangeboden door particuliere verzekeringsmaatschappijen die omwille van het publiek belang van een goede toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor iedereen, onderworpen zouden moeten zijn aan een aantal algemeen geldende eisen (zoals een acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie naar risico en compensatie van risicoverschillen via een vereveningssysteem)?

Zoals in het nader rapport is uiteen gezet, geeft de regering de voorkeur aan een privaatrechtelijke vorm van de wettelijke zorgverzekering met sterke publieke waarborgen om een optimale combinatie mogelijk te maken van sociale waarborgen enerzijds en ruimte en prikkels voor eigen verantwoordelijkheid, keuzevrijheid en concurrentie anderzijds. De keuze voor een privaatrechtelijke verzekering als voorgesteld geeft enerzijds ruimte voor ondernemerschap en verankert anderzijds toch stevig het sociale karakter van de verzekering. De keuze voor de privaatrechtelijke optie is mede gemaakt, omdat een deel van de bevolking thans particulier verzekerd is, terwijl de «publieke» ziekenfondsverzekering veel private kenmerken heeft behouden. Ziekenfondsen zijn van oorsprong private verzekeringsmaatschappijen die zonder veel problemen omgevormd kunnen worden tot verzekeringsmaatschappijen die aan alle eisen beantwoorden die met het oog op de bescherming van de consument aan normale verzekeringsmaatschappijen worden gesteld. De keuze voor de privaatrechtelijke verzekeringsvariant brengt mee dat de rechtsverhoudingen in de driehoek zorgverzekeraar-zorgaanbieder-verzekerde weer alle privaatrechtelijk van aard worden. Dat geeft het stelsel een evenwichtigheid die de verplichte ziekenfondsverzekering sinds 1966 ontbeerde (de verhouding ziekenfondsverzekerde was van publiekrechtelijke aard, terwijl de verhoudingen tussen ziekenfonds en zorgaanbieder, en zorgaanbieder en verzekerde van privaatrechtelijke aard waren). Alle private partijen in het stelsel zullen moeten voldoen aan de eisen die de overheid in het algemeen belang stelt. Dat is in ons rechtsstelsel geen vreemde figuur. Ook de relatie huurder/verhuurder en de relatie werknemer/werkgever worden gedeeltelijk beheerst door dwingendrechtelijke regels ter bescherming van de positie van een van de partijen of ter bescherming van het algemene belang. De overheid speelt een belangrijke rol in de gezondheidszorg, maar is niet de in alle opzichten dominante factor die zij is in landen met een nationale gezondheidsdienst. Velen in de Nederlandse gezondheidszorg hechten aan het behouden van private kenmerken en zien zorgaanbieders en zorgverzekeraars liever als een private onderneming met bijzondere kenmerken dan als uitvoeringsdienst van de staat. De keuze voor het private model accentueert dat de Nederlandse gezondheidszorg pluralistisch is. Private partijen spelen een belangrijke rol. De overheid stuurt en houdt toezicht vanuit haar grondwettelijke verantwoordelijkheid, maar laat partijen zo veel mogelijk de

ruimte hun verantwoordelijkheid te nemen voor het verzekeren van zorg, resp. het verlenen van zorg. Particulier initiatief en publiek belang zijn steeds hand in hand gegaan in de Nederlandse gezondheidszorg. De keuze voor de privaatrechtelijke verzekering accentueert dat de regering blijft hechten aan een belangrijke rol voor het particulier initiatief, en daarmee ook de «civil society», terwijl de publieke belangen genoegzaam zijn geborgd.

Uiteraard heeft de regering zich ook laten leiden door het Hoofdlijnenakkoord dat aan de vorming van het huidige kabinet ten grondslag lag. Daarin is bepaald dat de stelselherziening van de zorg zou worden doorgezet binnen de contouren die door de vorige twee kabinetten zijn aangegeven. Volgens het Hoofdlijnenakkoord wordt per 1 januari 2006 een verplichte standaardverzekering voor curatieve zorg ingevoerd. Deze wordt uitgevoerd door private uitvoerders, die winst mogen beogen, binnen publieke randvoorwaarden (zoals acceptatieplicht, risico-verevening en een verbod op premiedifferentiatie op grond van persoonlijke kenmerken). In het Strategisch Akkoord voor het kabinet Balkenende I was bepaald dat er één verplichte privaatrechtelijke verzekering voor iedereen komt, verzorgd door private uitvoerders die een standaardpakket van noodzakelijke zorg aanbieden dat qua dekking vrijwel vergelijkbaar is met het huidige ziekenfondspakket, dit uitgaande van de veronderstelling dat het gemeenschapsrecht daartoe voldoende ruimte laat. Ook in het belangrijke SER-advies uit 2000, «Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen», was geadviseerd een algemene zorgverzekering voor iedereen vorm te geven door invoering van de wettelijke verplichting voor alle burgers om met een zorgverzekeraar een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst te sluiten. De regering meende kortom, dat, hoezeer een publieke variant en een private variant elkaar in materiële zin weinig hoeven te ontlopen, de private variant net iets beter aansluit bij de (historische) ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg, de «cultuur» in onze hedendaagse zorg, en de rolopvattingen van de spelers in de gezondheidszorg dan de publieke variant.

Wat betreft de andere Europese landen met een sociale ziektekostenverzekering wijs ik erop dat elk stelsel «private» invloeden heeft behouden, al moet – dat onderken ik – de rechtsverhouding voor de totstandkoming van de verzekering in de meeste landen als een publiekrechtelijke worden gedeut. Niettemin hebben de stelsels in het algemeen een hybride publiek/privaat karakter. In Duitsland zijn ziekenfondsen publiekrechtelijke organisaties, waarin het verenigingsrecht niettemin in vele opzichten is nagebootst en waar autonomie («Selbstverwaltung») een grote rol speelt. Ook in België zijn ziekenfondsen rechtspersonen sui generis die sterk vergelijkbaar zijn met onderlinge waarborgmaatschappijen. Deze stelsels hebben, zo zou men kunnen zeggen, een hybride karakter. In Zwitserland heeft men gekozen voor het privaatrechtelijk verzekeringsmodel, zij het dat via publieke voorwaarden (acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie) is ingegrepen in de vrijheid van verzekeraars. Evenals dat het geval zal zijn onder het nieuwe Nederlandse zorgverzekeringsrecht, is de verhouding verzekeraar-verzekerde gebaseerd op een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst. Ik wijs er voorts op dat in Ierland, waar een deel van de bevolking voor ambulante zorg niet onder de nationale gezondheidsdienst valt, wetgeving geldt die alle betrokken burgers de mogelijkheid biedt voor de desbetreffende zorg een private verzekering af te sluiten.

Overigens zou ook een publiekrechtelijke variant bepaald niet vrij zijn geweest van risico's. Reeds toen de plannen Dekker en Simons ter discussie stonden, werd door sommigen in juridische kring betoogd dat een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering met marktelementen Europeesrechtelijk riskant zou zijn¹. Die geluiden vielen ook te beluisteren, toen in de nota «Vraag aan bod» werd geopteerd voor deze variant². Ook een volledig van staatswege ingerichte en zonder concurrentie uitge-

¹ Zie bij voorbeeld, B.H. ter Kuile, «Zorgen over zorgen voor», Nederlands Juristenblad 1990, p. 1369–1373.

² Zie E. Steyger, «De communautaire inhoud van het begrip sociale zekerheid», Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2002, p. 80–97.

voerde verzekering voor de gehele bevolking kent risico's. Bij een keuze voor zo'n verzekering zou immers een forse claim vanuit het private segment verwacht kunnen worden. De conclusie moet zijn dat geen enkele inrichtingsvariant van het zorgverzekeringsstelsel op voorhand is gevrijwaard van toetsing voor de Europese rechter. Daarmee rekenende, stond voor de regering vast dat een «privaat» verzekeringsstelsel uitsluitend in aanmerking zou kunnen komen, indien de publieke belangen genoegzaam zouden zijn geborgd. In de discussie met de Europese Commissie is een en andermaal benadrukt dat zonder de grootheden acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, en risico-verevening de weg naar een privaatrechtelijk stelsel niet zou worden ingeslagen. De regering meent in de discussie met de Europese Commissie (zie de schriftelijke weerslag in mijn brief van 8 oktober 2003, kenmerk DWJZ 2418668 en de brief van Europese Commissie van 25 november 2003, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848) de grootst denkbare zekerheid te hebben verworven dat de publieke waarborgen die zij van vitaal belang acht, in de wetgeving zouden kunnen worden verankerd.

De leden van de CDA fractie zijn van oordeel dat 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 vragen de leden van de CDA-fractie mij. Hiernaast is het nog maar de vraag, zo menen deze leden, of de aanvaarde amendementen en moties in de Tweede Kamer in dit licht positief zullen uitwerken. Zij vragen of ik kan aangeven hoe ik deze beoordeel alsmede of en op welke wijze de moties zullen worden uitgevoerd.

Het transitieproces van centrale overheidssturing naar meer decentrale sturing door partijen verloopt noodzakelijkerwijs langs de weg der geleidelijkheid. Partijen dienen immers in de gelegenheid te worden gesteld zich voor te bereiden op en toe te groeien naar nieuwe rollen en verantwoordelijkheden. De mate van overheidsbemoeienis dient daar fasegewijs op te zijn afgestemd. De invoering van de Zvw markeert niet het eindpunt van dat proces, maar is een belangrijke voorwaarde om verdere dereguleringsstappen te kunnen zetten. Het oordeel van het Verbond van Verzekeraars in een brief aan uw Kamer¹, dat het wetsvoorstel de minimaal noodzakelijke ruimte voor marktwerking biedt, ondersteunt mij in mijn oordeel dat bij de invoering van de Zvw de juiste maatvoering in de verdeling tussen verantwoordelijkheden en vrijheden is gekozen. Ik verwacht dan ook geen problemen in verband met te vergaande overheidsbemoeienis, en zal verheugd zijn als de overheid niet méér hoeft in te grijpen dan het kabinet thans voornemens is. De aanvaarde amendementen en moties beschouw ik in dit perspectief voor het merendeel als neutraal. Een aantal van de amendementen en moties verkleint of vergroot juist de handelingsruimte van verzekeraars. Het amendement Omtzigt met betrekking tot de afbouw van de generieke verevening², waarmee zorgverzekeraars een extra concurrentieprikkel krijgen, verankert de bestaande beleidslijn op dit punt. Ook het amendement Omtzigt waarmee mogelijk wordt gemaakt dat korting op de nominale premie bij een eigen risico mag oplopen met het aantal jaren dat het eigen risico geldt³, vormt voor zorgverzekeraars een extra mogelijkheid om zich te onderscheiden. Datzelfde geldt voor de mogelijkheid die met het amendement Van der Vlies is geschapen om modelovereenkomsten aan te bieden waarin controversiële prestaties niet zijn opgenomen⁴, en voor het amendement Schippers waarmee het

¹ Brief van 16 februari 2005 van het Verbond van Verzekeraars aan de voorzitter van de Eerste Kamer.

² Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 38.

³ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 39.

⁴ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 57.

toegestaan is op collectieve contracten een maximumkorting van 10% op de premie gegeven mag worden¹. Het amendement Heemskerk dat de opzegging van de aanvullende verzekering bij het opzeggen van de zorgverzekering verhindert², vormt een zekere beperking van de handelsvrijheid van de aanbieder van de aanvullende verzekering. De wetgever beoogt met deze beperking het algemeen belang te dienen. Mijn juridische en inhoudelijke kanttekeningen bij dit amendement zijn bij het wetgevingsoverleg en de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Zvw reeds aan de orde geweest. Vergelijkbare kanttekeningen gelden voor het amendement Smilde over de werkwijze bij de geschillenbeslechting, dat ziet op een verplichte inschakeling van het CVZ³. Ook hierbij wordt de zorgverzekeraars een zekere vrijheid ontnomen die in het bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel lag besloten, namelijk om de onafhankelijke geschillenbeslechting naar eigen inzicht in te richten.

Wat betreft de moties heb ik aangegeven de motie Tonkens c.s. over monitoring van risicoselectie⁴ te zullen uitvoeren. Dat geldt ook voor de motie Heemskerk over het aandeel restitutiepolissen mede in relatie tot de inkoopmacht van verzekeraars⁵. De uitvoering van beide moties leidt niet tot beperking of verruiming van de beleidsruimte van zorgverzekeraars; de moties strekken ertoe erop toe te zien dat de zorgverzekeraars van de hen geboden ruimte gebruik maken op een wijze die door de wetgever is beoogd.

Bij de indiening van de WMG bij de Tweede Kamer zal ik, zoals toegezegd, nader ingaan op de motie Heemskerk om in de WMG de toezichthouder de bevoegdheid te geven voor ex-ante toetsing van zorginstellingen in eigen beheer door zorgverzekeraars⁶. Voor de motie Omtzigt met betrekking tot het onmogelijk maken van het opzeggen van de aanvullende verzekering bij het verlaten van een collectiviteit⁷ gelden dezelfde kanttekeningen als bij voornoemd amendement Heemskerk. Naar de wijze waarop uitvoering gegeven kan worden aan de motie Omtzigt om zeldzame aandoeningen in de vereveningssystematiek op te nemen⁸, vindt momenteel op mijn departement onderzoek plaats, in samenwerking met verzekeraars. Naar verwachting kan ik over de uitkomsten van het onderzoek berichten bij de indiening van de I&a-wet Zvw bij de Tweede Kamer. Ook over de motie Omtzigt over een gelijk speelveld voor maatschappelijke ondernemingen en ondernemingen met winstoogmerk⁹ en over de motie Schippers over voor- en nadelen van een PGB onder de Zvw¹⁰ zal ik bij indiening van de I&a-wet Zvw bij de Tweede Kamer kunnen berichten.

De motie Schippers over saldering van CAO bijdragen¹¹ zal zijn beslag krijgen in de I&a-wet Zvw. Ook aan de motie Schippers over het zoveel mogelijk beperken van administratieve lasten¹² kom ik graag tegemoet.

De leden van de CDA-fractie en van de PvdA-fractie vragen een reactie op de visie van Prof. dr. Wynand van de Ven over de Europeesrechtelijke aspecten van het verzekeringsstelsel (Financieele Dagblad van 10 februari 2005).

Volgens Van de Ven is er een alternatief voor de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie dat het vrije verkeer van schadeverzekeringen minder belemmert. Daarmee zou het voorstel van de regering niet voldoen aan de eisen van noodzakelijkheid en proportionaliteit. Binnen het model, zoals het Van de Ven voor ogen staat, zijn verzekeraars vrij kandidaat-verzekerden met een hoog risico te weigeren, dan wel hen toe te laten tegen hoge premie. De overheid zou burgers voor torenhoge premies via een zorgtoeslag moeten compenseren. Naar mijn oordeel is dit geen goed plan: het biedt geen zekerheid dat alle burgers zich ook echt kunnen verzekeren, het vergt een administratief zeer belastend zorgtoeslagsysteem, het kan leiden tot prijsopdrijving voor slechte risico's en voorts leidt het voor verzekeraars de aandacht volledig af van de

¹ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 67.

² Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 61.

³ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 65.

⁴ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 46.

⁵ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 69.

⁶ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 49.

⁷ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 51.

⁸ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 52.

⁹ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 53.

¹⁰ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 56.

¹¹ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 54.

¹² Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 55.

zorginkoopmarkt. Juist daar denkt het wetsvoorstel zorgverzekeraars een belangrijke rol toe met het oog op duurzame betaalbaarheid, en dus blijvende toegankelijkheid, van de zorg.

De brief van toenmalig Commissaris Bolkestein is het antwoord op een gedetailleerde uiteenzetting van de voornemens van de Nederlandse regering. De zorg van de Europese Commissie over mogelijke schending van het proportionaliteitsbeginsel spitste zich toe op het eventueel verplicht stellen van de natura-variant. Het was voor de Europese Commissie volstrekt helder dat de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de risicoverevening tot de kern van de voornemens van de regering behoorden.

Geen enkel zorgverzekeringsstelsel, publiek of privaat, is te vrijwaren van juridische stappen van belanghebbenden. Met de opvatting van de Europese Commissie, de hoeder van het Europees Verdrag, heeft de Nederlandse regering de maximale zekerheid verkregen die buiten rechte te verkrijgen is.

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat de gezondheidszorg en het zorgverzekeringsstelsel zich slecht lenen voor experimenten. Zij vragen hoe reëel de mogelijkheid is om, wanneer eenmaal de Zvw in werking is getreden, terug te keren naar een publiekrechtelijk stelsel. Deze leden vragen welke mogelijkheden er bestaan 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. Verder vragen zij waarom er, gezien de vele onzekerheden, niet voor is gekozen om te beginnen met een publiek stelsel van zorgverzekering, waar bij gebleken effectiviteit meer private elementen in worden gebracht.

In antwoord hierop zou ik willen opmerken dat ik de overgang naar de Zvw geenszins als een experiment zie. Al decennia lang is het streven van kabinetten gericht geweest op het tot stand brengen van één zorgverzekeringsregime voor de Nederlandse bevolking. In de Zvw komt ervaring die in ons land is opgedaan met de sociale ziektekostenverzekering, met geconditioneerde mededinging, met acceptatieplicht, met verevening, met prestaties in natura en op restitutiebasis samen. Eerder heb ik de stap naar de zorgverzekering als een logische stap gekwalificeerd, gezien de ontwikkeling die ons stelsel heeft doorgemaakt, en geenszins als een revolutionaire. Het bijzondere van de stap die thans gezet wordt, is, dat Nederland aan de publiekrechtelijke randvoorwaarden waarmee het de privaatrechtelijke zorgverzekering omkleedt, geen argument meer ontleent om de verzekering buiten de werkingssfeer van de Europese richtlijnen voor het schadeverzekeringsbedrijf te houden. De vraag lijkt ingegeven door de vrees dat in rechte zou kunnen komen vast te staan, dat niet alle voorwaarden die Nederland aan de verzekering wil stellen, houdbaar blijken te zijn. Het valt thans niet te voorspellen of de nieuwe zorgverzekering tot rechtszaken zal leiden waarin de Europeesrechtelijke houdbaarheid getest wordt. Of Nederland zich gedwongen zal zien, zijn wetgeving aan te passen hangt geheel af van de zaken die zich aandienen en het oordeel dat het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen daarin uitspreekt. Zaken als Decker, Kohll, Verbraekel, Müller-Fauré/Van Riet hebben diverse lidstaten, waaronder Nederland, genoopt hun ziektekostenverzekeringswetgeving aan te passen. Anders dan wel werd gevreesd, hebben de stelsels zich vrij eenvoudig aan de nieuwe interpretatie van het Europees recht kunnen aanpassen. Indien niettemin uitgegaan zou moeten worden van de veronderstelling dat Nederland voorwaarden die het onontbeerlijk acht voor een toegankelijk en solidair stelsel, onder een privaatrechtelijk regime niet zou kunnen handhaven, zal het stelsel in meer publiekrechtelijke richting moeten worden gemodificeerd. Zo dit de enige weg zou zijn om alle Nederlanders op gelijke voorwaarden toegang te geven tot een basispakket aan

gezondheidszorg, zal die weg gevolgd moeten worden. Het recht op gezondheidszorg, zowel in het handvest van de Europese Unie, als in vele andere internationale verdragen erkend, zal door de Nederlandse overheid toch waargemaakt moeten worden. Overigens zij opgemerkt dat ook een publiekrechtelijk systeem met marktelementen niet op voorhand gevrijwaard is van europeesrechtelijke risico's.

De leden van PvdA-fractie wijzen erop dat in de memorie van toelichting herhaaldelijk gesteld wordt dat gekozen is voor een privaat-publiek stelsel. Zij vragen wat daarbij wordt verstaan onder privaat en wat onder publiek. Voorts vragen zij waaruit de verschillen tussen een privaat-publiek en een publiek-privaat stelsel bestaan.

Zoals boven reeds is aangegeven, hebben de meeste stelsels van sociale ziektekostenverzekering in Europa een hybride karakter. Er is vaak sprake van een mengeling van publieke en private elementen. De nieuwe zorgverzekering heeft zowel «private» als «publieke» aspecten. De voornaamste «private» aspecten zijn:

- tussen verzekerde en zorgverzekeraar komt een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst tot stand;
- regels van burgerlijk recht zijn op de rechtsverhouding verzekerde-zorgverzekeraar van toepassing;
- geschillen worden opgelost volgens de regels van het burgerlijke procesrecht;
- er is contractsvrijheid voor zover die niet «publiekrechtelijk» is begrensd;
- dit impliceert de mogelijkheid de prestaties in natura dan wel via de restitutievorm te geven.

De voornaamste «publieke aspecten» zijn:

- verzekeringsplicht voor burgers;
- acceptatieplicht voor zorgverzekeraars;
- wettelijk omschreven basispakket.
- wettelijke begrenzing aan de mogelijkheid premies vast te stellen (geen differentiatie naar risico);
- deels inkomensafhankelijke premie;
- bijdrage voor verzekeraar uit risicovereveningsfonds.

De begrippen «privaat-publiek stelsel» en «publiek-privaat stelsel» hebben geen universeel aanvaarde inhoud. Voor wat betreft de Nederlandse situatie ben ik geneigd ervan uit te gaan dat het publieke element domineert, wanneer de rechtsverhouding verzekerde-verzekeringsinstelling als een publiekrechtelijke is vormgegeven; het privaatrechtelijke element domineert als die verhouding als een privaatrechtelijke verzekeringsverhouding is ingericht. De diverse private elementen die de thans bestaande ziekenfondsverzekering kenmerken, maken dat die verzekering als een «publieke-private» kan worden geduid, terwijl de beoogde zorgverzekering (een privaatrechtelijke verzekeringsverhouding die aan strikte publieke randvoorwaarden moet beantwoorden) veeleer als «privaat-publiek» kan worden geduid.

De leden van de PvdA-fractie kunnen zich niet aan de indruk onttrekken dat mede middels dit wetsvoorstel kunstmatig een markt wordt gecreëerd. Zij 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.

Deze leden vragen waarom bijvoorbeeld de voorgestane doelstellingen als homogeniteit en transparantie alsmede doelmatigheid, niet binnen een publiek stelsel zouden zijn te realiseren.

Dat kunstmatig een markt wordt gecreëerd, ben ik niet met deze leden eens. Wel onderken ik dat de verzekeringsmarkt in het algemeen, en a fortiori de zorgverzekeringsmarkt, een heel bijzondere markt is, waar de regulerende hand van de overheid niet kan ontbreken. Het verzekeringsrecht, zoals het zich heeft ontwikkeld, kent tal van dwingendrechtelijke bepalingen die erop gericht zijn de belangen van de consument te beschermen. In Europees verband zijn die bepalingen geharmoniseerd via de richtlijnen voor het schadeverzekeringsbedrijf. Wat betreft het terrein van de zorgverzekeringen dient de bescherming van de consument nog verder te gaan. Hier moet de overheid waarborgen dat ook iedereen een verzekering kan afsluiten tegen een betaalbare premie. Daartoe strekt het wetsvoorstel. Ik heb nooit ontkend dat via de band van een «publieke» verzekering waarin marktelementen zijn ingebouwd niet in belangrijke mate dezelfde doelstellingen bereikt zouden kunnen worden, als via een «private» verzekering, waarbij ik overigens aanteken dat afspraken tussen verzekerde en zorgverzekeraar over polismodaliteiten beter passen in een privaatrechtelijke rechtsbetrekking dan in een publiekrechtelijke rechtsbetrekking. Over de afwegingen die hebben geleid tot de voorkeur voor een private verzekering heb ik u boven geïnformeerd.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af in hoeverre het voorgestelde zorgverzekeringsstelsel en met name de borging van de publieke elementen daarin voldoen aan de eisen die het Europese recht stelt. Zij vragen of de eisen die aan verzekeraars worden gesteld noodzakelijk en proportioneel zijn en of zij onmisbaar zijn voor het realiseren van het doel. Verder vragen zij of er geen andere realistische maatregel is die dit doel op minder ingrijpende manier kan bereiken.

In antwoord hierop zou ik er nog eens op willen wijzen dat de Europese Commissie in haar brief van 25 november 2003 de volgende zaken zonder enige terughoudendheid naar voren heeft gebracht:

- De lidstaten zijn vrij hun socialezekerheidssystemen te organiseren zoals hun goed dunkt.
- De richtlijnen voor het schadeverzekeringsbedrijf laten de vrijheid van de lidstaten hun wettelijk sociaalzekerheidsregime te ontwerpen en te besluiten hoe het wordt georganiseerd, onverlet.
- Wanneer een lidstaat besluit de dekking van een risico dat hoort tot het socialezekerheidsregime te openen voor private ziektekostenverzekeraars, dan heeft dat als consequentie dat iedere verzekeringsonderneming binnen de Gemeenschap die in eigen land vergunning heeft verkregen, dat risico mag dekken op basis van het beginsel van vrijheid van vestiging en de vrijheid van dienstverlening.
- De exceptie van artikel 54 van de Derde schaderichtlijn heeft mede betrekking op de situatie dat een lidstaat besluit de dekking van de wettelijke sociale ziektekostenverzekering in haar geheel op te dragen aan particuliere verzekeringsondernemingen die een dergelijke activiteit voor eigen rekening uitvoeren.
- Vanwege de aard en sociale consequenties van private zorgverzekeringscontracten die als alternatief dienen voor het wettelijke socialezekerheidsregime, staat de Derde schaderichtlijn een lidstaat toe specifieke wettelijke voorzieningen te treffen gericht op bescherming van het algemeen belang. Voor zover die vereisten de vrijheid van vestiging en de vrijheid van dienstverlening beperken, moeten die eisen objectief noodzakelijk en proportioneel zijn voor het doel dat wordt nagestreefd.

Dat de overheid de dekking van risico's die tot de sfeer van de sociale zekerheid worden gerekend, overlaat aan particuliere verzekeringsmaatschappijen, is in Europa niet zonder precedent. In België voeren bij voorbeeld particuliere verzekeraars de arbeidsongevallenverzekering voor

eigen risico uit. Het Hof van Justitie verbond daaraan de consequentie dat de schaderichtlijnen in deze situatie van toepassing zijn¹.

Voor wat betreft de voornaamste eisen die de Zvw aan verzekeraars stelt, te weten acceptatieplicht voor een wettelijk omschreven pakket en verbod op premiedifferentiatie naar risicokenmerken, merk ik het volgende op. Uit overweging 23 van de Derde schaderichtlijn blijkt dat het uitdrukkelijk de bedoeling is dat in het kader van artikel 54 «moet worden gegarandeerd dat de verzekeringsnemers, ongeacht hun leeftijd of hun gezondheidstoestand, daadwerkelijk toegang moeten hebben tot een particuliere of op vrijwillige basis gesloten ziektekostenverzekering.» Een acceptatieplicht acht ik daartoe een noodzakelijk middel. Het is niet goed voor te stellen hoe zonder acceptatieplicht alle burgers, ongeacht het medisch risico dat zij vormen, gelijkelijk toegang tot een ziektekostenverzekering zouden kunnen krijgen. Daarmee meen ik dat aan de proportionaliteitseis is voldaan. Het alternatief dat Prof. van de Ven heeft ontwikkeld, biedt, zoals ik aangaf, geen garantie dat iedereen zich ook daadwerkelijk kan verzekeren en bergt hoge risico's voor de kostenontwikkeling en daarmee handhaafbaarheid van een breed pakket aan noodzakelijk zorg in zich. Ik acht dit geen realistisch alternatief. Vanzelfsprekend moet ook duidelijk zijn wat de reikwijdte van een acceptatieplicht is. Daarmee is het te verzekeren pakket in het geding. Duidelijk is dat de bepaling daarvan een algemeen belang betreft, noodzakelijk om zowel het minimum als het maximum van de dekking te bepalen.

Een acceptatieplicht zou voor verzekerden zonder betekenis zijn, indien het verzekeraars vrij zou staan van alle verzekerden een marktconforme premie te heffen (een premie dus die rekening houdt met de risicokenmerken van de verzekerden). De Commissie toont alle begrip voor de noodzaak deze kwestie in het algemeen belang te regelen. Overweging 24 van de Derde schaderichtlijn rept, behalve over de mogelijkheid dat lidstaten in hun wettelijke bepalingen beperkingen van de toegang verbieden, ook over uniforme tarifiering naar soort overeenkomst en levenslange dekking. In de nota naar aanleiding van het verslag wees ik overigens reeds op een, ook voor de regeling inzake de premiestelling in de Zvw, belangrijk recent arrest over het bonus-malussysteem dat Frankrijk en Luxemburg voor aansprakelijkheidsverzekeringen voor autoschade verplicht hebben gesteld².

In antwoord op de vraag van deze leden of er zekerheid is dat de voor het stelsel noodzakelijke eisen ook door het Europese Hof als noodzakelijk en proportioneel worden beoordeeld, moet ik antwoorden dat 100% garantie in deze niet te geven is. De uitkomst van een rechtsgang bij een rechterlijke instantie is nooit met absolute zekerheid te voorspellen. Wel acht ik de kans dat de Europese Commissie een inbreukprocedure tegen Nederland zal starten met betrekking tot de kernelementen van het wetsvoorstel zoals die in 2003 voorwerp van bespreking zijn geweest, buitengewoon gering. Op de vraag of aangegeven kan worden in hoeverre het eventueel gebrekkig functioneren van het nieuwe stelsel gevolgen zou kunnen hebben voor de mate waarin de wettelijke eisen die aan verzekeraars worden gesteld, Europeesrechtelijk gerechtvaardigd kunnen worden, zou ik dit willen zeggen. Ingeval het functioneren van het stelsel gebrekkig zou zijn, en dat aanleiding zou zijn de wet aan te passen, zullen eventuele nadere wettelijke regelingen, voor zover belemmerend voor het vrije verkeer van diensten, op dat moment aan de vereisten van noodzakelijkheid en proportionaliteit getoetst moeten worden. Speculatie over welke theoretische gebrekkigheden welke theoretische wettelijke reactie zouden vergen, acht ik niet zinvol.

¹ Arrest van het Hof van Justitie in de zaak Commissie tegen België (C-206/98), Jur. 2000, I-3509.

² Arrest van het Hof van Justitie in de zaak Commissie tegen Italië (C-59/01), Jur. 2003, I-1759.

De leden van de PvdA-fractie vragen of aangegeven kan worden in hoeverre het inkopen van zorg bij zorgaanbieders door zorgverzekeraars valt onder het Nederlandse en Europese mededingingsrecht.

Mijn antwoord op deze vraag is dat, aangezien zorgverzekeraars, naar mijn oordeel, kunnen worden aangemerkt als ondernemingen in de zin van artikel 81 van het EG-Verdrag, zowel het Nederlandse als het Europese mededingingsrecht op hen van toepassing is. Kan – zo vragen deze leden voorts –, indien het inkopen van zorg onder het mededingingsrecht valt, worden aangegeven in hoeverre de omgekeerde contracteerplicht die voor een deel van het zorgaanbod geldt, gerechtvaardigd wordt door het Nederlandse en Europese mededingingsrecht.

Naar aanleiding van deze vraag merk ik op dat het thans niet in het voornemen ligt een contracteerplicht voor zorgverzekeraars en een omgekeerde contracteerplicht aan zorgaanbieders op te leggen. Ingeval een omgekeerde contracteerplicht zou worden ingevoerd, zou het Nederlandse mededingingsrecht daaraan niet in de weg staan. Vanuit het Europese recht geredeneerd, zou een omgekeerde contracteerplicht, die overigens alleen aan in Nederland gevestigde zorginstellingen zou (kunnen) worden opgelegd, op grond van het algemeen belang gerechtvaardigd moeten zijn. Daarbij moet gedacht worden aan de situatie dat de toegankelijkheid van de zorg zonder deze plicht niet gewaarborgd zou zijn.

De leden van de VVD-fractie geven aan dat, indien het Europese Hof zou uitgaan van een enge interpretatie van artikel 54 of van mening zou zijn dat de eisen aan de verzekeraars niet noodzakelijk zijn, dan wel niet proportioneel, dit gigantische gevolgen kan hebben voor het voorgestelde stelsel, omdat het dan waarschijnlijk zal gaan over de al dan niet te vergaande wettelijke waarborging van onderwerpen als acceptatieplicht, verbod op risicoverevening en het vereveningssysteem, de hoekstenen van het voorgestelde stelsel. Zij vragen mij een indicatie te geven welke koers ik zal gaan varen, als die situatie zich voordoet en of ik dan genoodzaakt ben het zorgverzekeringsstelsel een publiekrechtelijk karakter te geven.

Laat ik vooropstellen dat, indien in een zaak die voorligt bij het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen, betoogd wordt dat een wettelijke bepaling uit de Zvw (dan wel een op die wet gebaseerd uitvoeringsbesluit) strijdig is met het Europese recht, door de Nederlandse staat daartegen stelling zal worden genomen. Ik ga ervan uit dat de interventie van de Europese Commissie in zo'n zaak in lijn zal zijn met hetgeen in de brief van 25 november 2003 aan mij is bevestigd. Mocht onverhoopt het Hof een (of meer) wettelijke bepaling(en) strijdig oordelen met het Europese recht, dan zal Nederland de uitvoeringspraktijk en de wetgeving moeten aanpassen. Daarvoor wordt doorgaans een redelijke termijn gegund. Tot dusver heeft jurisprudentie van het EG-Hof op het gebied van de (sociale) ziektekostenverzekering, de Nederlandse wetgever niet tot onoverkomelijke wijzigingen van de wetgeving genoopt. In het ultieme geval dat de rechter – onverhoopt – zou oordelen dat acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en risicoverevening maatregelen zijn die de lidstaat Nederland aan een markt van particuliere ziektekostenverzekeraars niet kan opleggen, zal het verzekeringsstelsel zodanig moeten worden omgevormd dat maatregelen van deze strekking wel gehandhaafd kunnen worden. In dat geval zou de uitvoering van de sociale zorgverzekering wellicht in handen moet worden gegeven van uitvoeringsorganen met een meer publiekrechtelijk karakter. Uit de huidige stand van het Europese recht kan echter niet worden afgeleid dat sociale doelstellingen enkel in het strikt publieke domein moeten worden verwezenlijkt. Naar mijn oordeel is er geen enkele reden te vrezen dat het Hof van Justitie overwegingen van algemeen belang niet zeer zwaar zal wegen bij de beoordeling van wettelijke verzekeringsarrangementen. De trend in de jurisprudentie van het EG-Hof van Justitie is een zekere omzichtigheid ten opzichte van publieke belangen die door op een of

andere wijze solidaire arrangementen moeten worden vorm gegeven¹. Eén ding staat vast: de Nederlandse overheid zal, uit hoofde van haar grondwettelijke en internationaalrechtelijke verantwoordelijkheid voor een goed toegankelijk zorgstelsel, altijd zorg moeten dragen voor adequate wetgeving op het terrein van de financiering van de gezondheidszorg. Dergelijke plichten rusten op alle lidstaten van de Europese Unie.

De leden van de VVD-fractie vragen of de Zvw onder Verordening 1408/71 valt en of er sprake kan zijn van een dubbele verzekering en dubbele premieplicht.

De regering heeft de Zvw uitdrukkelijk gepositioneerd als een sociale verzekering. In formele zin komt dat tot uitdrukking in het intitulé en de considerans van de Zvw. In materiële zin blijkt dat uit de in de wet neergelegde voorschriften terzake van de verzekeringsplicht voor de burger, de acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar, het wettelijk bepaalde verzekeringspakket, het verbod op premiedifferentiatie per polis, de verplichte werkgeversbijdrage en de vereveningsregeling. De Europese Commissie heeft bevestigd de Zvw te zien als een sociale verzekering die onderdeel uitmaakt van de Europese coördinatie binnen het kader van de Europese socialezekerheidsverordening (EU-verordening 1408/71). Dientengevolge kan er ook geen sprake zijn van een dubbele verzekering en dubbele premielast.

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

Na preliminaire contacten vorige zomer, is in het najaar het zogeheten prenotificatie-overleg van start gegaan. Dit leidde tot de conclusie dat het verstandig was de «koninklijke weg» te bewandelen en zowel de maatregel risicoverevening als de maatregel rond de reserves te notificeren. De notificatiedossiers zijn begin november bij de Europese Commissie ingediend. Ik hoop dat ik zo spoedig mogelijk uitsluitend verkrijg en zal u dienaangaande uiteraard ook informeren.

De leden van de SP-fractie kwalificeren de keus voor uitvoering door private zorgverzekeraars als «pokerspel op hoog niveau». Zij vragen waarom niet direct gekozen is voor een sociale ziektekostenverzekering (ik neem aan dat bedoeld is een «publieke» sociale ziektekostenverzekering). Indien daartoe besloten wordt, als zou blijken dat de stelselherziening op deze manier niet kan, achten zij het risico van schadeclaims van verzekeraars levensgroot.

Ik deel de weergegeven kwalificatie niet. De regering heeft haar afwegingen zorgvuldig gemaakt. Iedere wijziging in het stelsel van ziektekostenverzekeringen kan vragen oproepen vanuit het Europese recht. De stap van een duaal stelsel naar een volledig publiek stelsel is evenzeer met onzekerheden omkleed als de overstap naar een privaat stelsel met publieke waarborgen. Zo het risico van schadeclaims levensgroot is, als op enig moment van «privaat» naar «publiek» moet worden gegaan, dan zou bij een keuze voor «publiek» op dit moment ook reeds een forse claim vanuit het private segment verwacht kunnen worden. Een derde van de zorgverzekeringsmarkt is thans immers privaat. Dat zou een argument zijn om thans toch bij voorkeur voor een privaat stelsel te kiezen.

Deze leden vragen mij nog in te gaan op een door aanvaarding van een amendement tot stand gebrachte wijziging van de wet, waarbij zorgverzekeraars verboden wordt om bij overstappen van een verzekerde naar een andere verzekeraar de aanvullende verzekering op te zeggen.

¹ Vgl. Prof. dr. Gijsbert Vonk, Europees sein op groen voor het nieuwe Nederlandse zorgstelsel, SEW 2004, p. 467–479.

Hierdoor is in feite ontkoppeling van basis- en aanvullende verzekering bewerkstelligd. Zij vragen commentaar op de Europeesrechtelijke aspecten hiervan. Inderdaad heb ik bij de behandeling van het wetsvoorstel van mijn kant enige twijfel geuit over de Europeesrechtelijke houdbaarheid van het amendement (thans artikel 120 van het gewijzigde wetsvoorstel). Dit, omdat de bepaling strikt genomen eerder de aanvullende verzekering dan de zorgverzekering reguleert. Ik heb het amendement daarom ontraden, al kan ik meevoelen met de indieners dat de bepaling ertoe strekt te voorkomen dat verzekeraars afbreuk doen aan de acceptatieplicht voor de zorgverzekering en daarom ter bescherming van het algemeen belang noodzakelijk is. Het scheidingsvlak tussen de standaardverzekering en de aanvullende verzekering is niet vrij van problematiek. Dat is ook in diverse andere Europese landen gebleken. Overigens heeft in andere landen, zoals Frankrijk, België en (recentelijk) Duitsland, de wetgever het domein van de aanvullende ziektekostenverzekering betreden zonder dat dit tot dusver tot manifeste Europeesrechtelijke problemen heeft geleid. Voor zover de bestaande Europese schaderichtlijnen in dit opzicht problematisch zouden zijn, wint een resolutie uit het Europese parlement uit 2000 (Resolutie 2000/2009 (INI)) waarin gepleit werd voor een specifieke richtlijn voor de aanvullende ziektekostenverzekering, nog meer aan actualiteit. Via de High level group on medical care and health services probeer ik dit onderwerp meer aandacht op de Europese agenda te geven.

Ook de leden van de SGP en CU-fracties hebben de vraag gesteld of een privaatrechtelijke verzekering Europeesrechtelijk geen problemen zal opleveren. Ik verwijs hen naar hetgeen ik hieromtrent hiervoor heb betoogd. Zij vragen in het bijzonder of het lastig is verzekeraars met winstoogmerk bepaalde verplichtingen op te leggen. Dienaangaande merk ik op dat de schaderichtlijnen geen onderscheid maken tussen winstbeogende en niet-winstbeogende zorgverzekeraars. De schaderichtlijnen zijn van toepassing op risicodragende verzekeringsmaatschappijen. De excepties waarop ik mij beroep in verband met de bijzondere verplichtingen die het wetsvoorstel aan verzekeraars oplegt, gelden ook gelijkelijk voor winstbeogende en niet-winstbeogende verzekeraars. Tegenover de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie staat het gegeven dat alle verzekeraars compensatie kunnen krijgen uit het risicovereveningsfonds. Dat fonds wordt vooral gevoed uit de inkomensafhankelijke bijdragen. Ook verzekeraars met winstoogmerk komen in aanmerking voor een bijdrage uit het vereveningsfonds.

Ook de leden van de GroenLinks-fractie achten 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. Zij vragen of dat op zichzelf al niet een reden zou zijn voor een publiekrechtelijke vormgeving van het zorgstelsel.

In antwoord op deze vraag zou ik willen herhalen dat de overgang van een duaal bestel naar een publiekrechtelijk vormgegeven bestel vanuit Europeesrechtelijke optiek ook niet zonder risico's is. Het is geenszins de bedoeling het privaatrechtelijk georganiseerd systeem steeds verder publiekrechtelijk in te spinnen. Zowel het algemene beleid in Nederland terughoudend te zijn met nieuwe regelgeving, als de Europeesrechtelijke norm dat aan marktpartijen op te leggen beperkingen moeten worden getoetst aan de criteria van noodzaak en proportionaliteit, staat dat in de weg. In een publiekrechtelijk vormgegeven bestel zal de neiging tot overregulering wellicht weer moeilijker te onderdrukken zijn. Juist daartegen heeft het veld van de gezondheidszorg zich in de achterliggende jaren in toenemende mate gekeerd.

2.4 De inhoud van de zorgverzekering

2.4.a De uitvoering

Werkgebieden zorgverzekeraars

De leden van de PvdA-fractie vragen of er een inschatting is te geven in welke mate premiedifferentiatie per provincie het gevolg zal zijn van een goed contracteerbeleid en in hoeverre zij het gevolg zal zijn van wisselende gezondheidsrisico's per provincie. Die leden vragen ook of kan worden aangegeven in hoeverre het per provincie wisselende zorggebruik samenhangt met een verschil in aanbod. Deze leden constateren 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. Zij vragen wat met het wetsvoorstel wordt beoogd, landelijke verzekeraars of juist regionale. De leden van de SP-fractie vragen hoe premiedifferentiatie per provincie zich verhoudt tot de acceptatieplicht. Zij zien de premiedifferentiatie per provincie als risicoselectie en de gevolgen van premiedifferentiatie per provincie lijken hen vreemd.

Op grond van de Zvw is het toegestaan dat zorgverzekeraars per provincie verschillende polissen aanbieden. Dit om te bevorderen dat zorgverzekeraars daar waar zij dat op grond van de geldende markt-omstandigheden wenselijk vinden, zorg kunnen contracteren. Zodoende kunnen zorgverzekeraars in een of meer provincies werken op basis van gecontracteerde zorg en in andere provincies kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. Aan iedere aangeboden polis kan een verschillende premie gekoppeld worden. Tegelijkertijd dient een verzekeraar een verzekeringsplichtige altijd te accepteren, ongeacht welke polis de verzekeringsplichtige kiest.

Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 7) heb gemeld, heb ik geen cijfers beschikbaar waarbij een vergelijking van de zorgkosten per provincie voor gelijkwaardige verzekerden wordt gemaakt. Er zij op gewezen dat het verschil in zorggebruik per provincie niet alleen samenhangt met het zorgaanbod. Ook de aard van de bevolking en de urbanisatiegraad spelen daarbij een rol. De mate waarin deze aspecten elkaar onderling beïnvloeden, is echter niet bekend. Overigens acht ik het zeer onwaarschijnlijk dat er grote verschillen tussen provincies bestaan in de kosten van zorgaanbieders of van het zorgaanbod in totaliteit, gezien de jarenlange sturing van prijs en beschikbaarheid van zorgaanbod. Kostenverschillen waarop verzekeraars zich zouden kunnen richten, hangen eerder samen met concentraties van dure voorzieningen (zoals academische ziekenhuizen). Daar waar kostenverschillen voortvloeien uit verschillen in gezondheidsrisico's in bepaalde wijken, worden deze gecorrigeerd door de risicoverevening. Met deze verevening wordt naar mijn mening risicoselectie voldoende voorkomen.

Ten aanzien van het werkgebied van verzekeraars wil ik het volgende opmerken. Met de Zvw wordt beoogd zoveel mogelijk concurrentie tussen zorgverzekeraars te bewerkstelligen. Aan grote verzekeraars met meer dan 850 000 verzekerden, wordt daarom een verplichting tot landelijk werken opgelegd om zeker te stellen dat er in iedere regio voor de verzekeringsplichtigen wat te kiezen valt. Tegelijk acht ik de mededinging niet gediend met een voorschrift tot landelijk werken voor alle zorgverzekeraars, ongeacht hun grootte. Hiermee zou de toetreding van nieuwe spelers tot de markt belemmerd worden en zouden kleine regionale zorgverzekeraars aanzienlijk worden benadeeld. De

zogenaamde «verre verzekerdenproblematiek» in de huidige ziekenfonds-verzekering toont aan dat het voor de meeste zorgverzekeraars moeilijk is in het hele land zorgaanbieders te contracteren. Daarom laat de Zvw het aan de zorgverzekeraars over om hun contracteerbeleid af te stemmen op de lokale marktomstandigheden.

De leden van de SP-fractie ontvangen graag commentaar op de brief van de Vereniging van Regionale Zorgverzekeraars (VRZ) van 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 landelijke solidariteitsbeginsel wordt hierdoor omzeild, aldus de leden van de SP-fractie.

Bij brief van 18 maart heb ik gereageerd op de brief van de VRZ. Een afschrift van deze brief heb ik uw Kamer doen toekomen.

De leden van de SP-fractie hebben geconstateerd dat zorgverzekeraars met meer dan 850 000 verzekerden landelijk moeten gaan werken. Beschouwt de wet, zo vragen zij, 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, zo stellen zij, in feite maar weinig verzekeraars die boven de 850 000 verzekerden uitkomen.

De grens van 850 000 verzekerden geldt per zorgverzekeraar, dat wil zeggen per juridische entiteit (onderlinge waarborgmaatschappij of N.V.). Maken zorgverzekeraars a, b en c deel uit van een concern, en heeft zorgverzekeraar a 900 000 verzekerden, zorgverzekeraar b 350 000 en zorgverzekeraar c 600 000, dan hoeft dus alleen zorgverzekeraar a landelijk te werken.

Aan de andere kant geldt dat een zorgverzekeraar die meer dan 850 000 verzekerden heeft of «dreigt te krijgen», niet aan zijn plicht tot landelijk werken kan ontkomen door zijn aanbod aan zorgverzekeringsvarianten onder te brengen in verschillende door hem te voeren (merk)namen. Zolang de varianten door dezelfde rechtspersoon worden aangeboden, is immers sprake van een zelfde verzekeraar die de zorgverzekeringen aanbiedt.

Gegeven de huidige marktsituatie zullen met de grens van 850 000 verzekerden in elk geval vijf à zes verzekeraars landelijk moeten werken. In die zin is er in principe een voldoende aantal zorgverzekeraars voor landelijke concurrentie.

Invloed van verzekerden op het beleid

Met betrekking tot de invloed van de verzekerden hebben de leden van de CDA-fractie tijdens de behandeling van de wet HOZ nog een suggestie gedaan, namelijk om de ledenraden van de zorgverzekeraars een toetsende rol te geven bij de af te sluiten contracten met zorgaanbieders. Zij geven aan dat ik, volgens hen terecht, vooralsnog geen gebruik wil maken van de mogelijkheid dit via een amvb te regelen. Ik zou hierover overleg met de zorgverzekeraars plegen. Het is de leden van de CDA-fractie opgevallen, dat ik van deze toezegging geen melding heb gemaakt in de Tweede Kamer toen deze problematiek bij amendement, overigens ontraden, aan de orde is gekomen. Zij vragen of mijn interventie al heeft plaatsgevonden en met welke uitkomst. Verder is het volgens de leden van de CDA-fractie noodzakelijk, dat – naast de verzekerden – ook de inbreng van de patiënten méér in de ledenraden is verzekerd. Zij vragen of ik hiervoor mogelijkheden zie. De leden van de PvdA-fractie merken op dat het voorliggende

wetsvoorstel het mogelijk maakt om bij amvb 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 HOZ en de WTG Expres is hier ook naar verwezen. Deze leden vragen hoe aan deze minimale invloed van verzekerden vorm kan worden gegeven en welke concrete voorstellen tegemoet kunnen worden gezien.

De wijze waarop een zorgverzekeraar invulling geeft aan zijn wettelijke verplichting om in de statuten te regelen op welke wijze zijn verzekerden een redelijke mate van invloed op zijn beleid hebben, is in eerste instantie aan verzekeraars zelf. De rechtsvorm waarin het zorgverzekeringsbedrijf wordt uitgeoefend speelt daarbij een belangrijke rol. Het vennootschapsrecht en de zeggenschap van bestuurders, maar ook bepalingen uit de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 die eisen stellen aan deskundigheid en integriteit van mede-beleidsbepalers (i.c. verzekerden) leggen beperkingen op aan de mogelijkheden die met name NV's en BV's hebben bij het vormgeven van deze bepaling. Dat sluit overigens niet uit dat ook NV's en BV's hun verzekerden een redelijke mate van invloed op het beleid kunnen en moeten bieden. In overleg tussen mijn ambtenaren en ZN is gebleken dat ook ZN deze mening is toegedaan. ZN geeft wel aan dat zorgverzekeraars daar, onder meer vanwege de rechtsvorm, maar ook vanwege opvattingen over maatschappelijke verantwoordelijkheid en opgedane ervaringen, op verschillende wijze invulling aan zullen geven. Ik ga thans niet zover dat ik nu al bij amvb of anderszins aan zorgverzekeraars wil aangeven op welke wijze zij aan deze wettelijke verplichting vorm en inhoud moeten geven. Er is bovendien een groot verschil tussen vormgeven en inhoud geven. Dat laatste is ook zonder vormgeving heel goed mogelijk en leidt misschien wel tot betere resultaten dan in formeel vormgegeven gevallen. De mate waarin de zorgverzekeraar hierin behalve verzekerden ook zorggebruikers betreft, is eveneens een zaak waarover de zorgverzekeraar zelf beslist. De mogelijkheden daarvoor zijn er in ieder geval wel; de mate waarin zorgverzekeraars daarvan gebruik maken, zal moeten uitwijzen of op dat punt al dan niet nog nadere aanbevelingen of mogelijke nadere regelgeving noodzakelijk is. Overigens moet daarbij worden bedacht dat in de markt hiermee op verschillende wijzen kan worden omgegaan en dat de toezichthouder mogelijkheden heeft om individuele zorgverzekeraars, met het hem ter beschikking staande instrumentarium, in geval van het niet of niet voldoende nakomen van deze wettelijke verplichting tot een andere handelwijze aan te zetten.

Ik merk overigens op dat verzekerden bij een onderlinge waarborgmaatschappij doorgaans lid van die maatschappij zijn. Het BW kent de algemene ledenvergadering van een onderlinge waarborgmaatschappij belangrijke rechten toe. Zo wordt het bestuur uit de leden benoemd, heeft de algemene ledenvergadering het recht de statuten te wijzigen en stelt deze vergadering de jaarrekening vast.

De leden van de SP-fractie merken op dat over de positie van de patiënten/consumenten ook in de discussie in de Tweede Kamer al veel is gezegd. Wil er een enigszins reële markt ontstaan, dan moeten patiënten veel meer dan nu het geval is hun stem krachtig kunnen laten horen, zo menen zij. De leden van de SP-fractie vragen of ik 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. Zij vragen tevens of de gebruikers van zorg invloed hebben op de samenstelling van het basisaanbod, casu quo adviesrecht bij wijziging van de samenstelling van het pakket. Verder vragen zij of deze mensen serieus genomen worden door de zorgverzekeraars en op welke manier hun mening daar is gewaarborgd. De leden van de SP-fractie vragen ook of burgers een stem

hebben bij de toezichthoudende organen, PVK, DNB, CVZ, CTZ, CTG/Zorgautoriteit in oprichting.

Een belangrijk instrument van de verzekerde om zijn stem te laten horen, is de druk die hij op zijn verzekeraar kan uitoefenen om, in geval de verzekerde niet tevreden is over zijn zorgverzekeraar, van verzekeraar te veranderen. Voor gebruikers van zorg is invloed op het aanbod en de wijze waarop de zorgverzekeraar de toegang tot de zorg heeft geregeld, een belangrijk aspect van zijn relatie met zijn zorgverzekeraar. De gebruikers van zorg kunnen gezamenlijk, indien zij deelnemers zijn in een collectief contract van, bijvoorbeeld, een patiëntenvereniging, nadrukkelijk en met een zekere marktmacht invloed uitoefenen op het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Daarenboven kunnen ook patiëntenverenigingen zelf zorg inkopen en met een verzekeraar afspraken maken voor een collectief contract voor de leden van de desbetreffende vereniging. De zorggebruikers hebben formeel geen andere invloed bij de samenstelling van het basisaanbod, dat wil zeggen de omvang van de in de wet geregelde aanspraken of wijzigingen daarin, dan via de parlementaire weg. Het is in het belang van een verzekeraar om zijn klanten serieus te nemen. Dat is gewaarborgd door de vrijheid die de verzekerde heeft om, als het beleid van zijn verzekeraar hem niet zint, en de verzekeraar weigerachtig is om daar verandering in aan te brengen, van verzekeraar te veranderen. Overigens zijn zorgverzekeraars zich in toenemende mate bewust van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid en eventuele imago-schade die het gevolg kan zijn van negatieve publiciteit over het gedrag van een zorgverzekeraar. Het vergroten van de transparantie in de markt, waar ook de toezichthouder een belangrijke rol in vervult, draagt ook bij aan het inzicht dat zowel verzekerden als de aanbieders van zorg hebben in het marktgedrag van zorgverzekeraars.

De toezichthouders letten vanuit het belang van de verzekerde op zaken als; voeren zorgverzekeraars de wet goed uit, komen zij gemaakte afspraken na, gedragen zij zich goed op de markt; dit zijn allemaal aspecten die moeten bijdragen aan ruimte voor de consument om zijn keuzen helder en realiseerbaar te maken. In de samenstelling van bestuur van deze toezichthouders is geen plaats ingeruimd voor burgers. Wel spelen de ervaringen van burgers een belangrijke rol bij de informatie die elk van de toezichthouders verkrijgt over het functioneren van de zorgverzekeraars in de relatie met hun cliënten. Daaruit zullen zij conclusies trekken voor het toezicht en de aansturing dan wel correctie van het marktgedrag van de zorgverzekeraars.

In de literatuur wordt, zo constateerden de leden van de fractie van Groen-Links, 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 kunnen aanvullen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe de regering denkt met het voorliggende voorstel aan een dergelijk evenwicht te kunnen bijdragen. Zij vragen ook of de waarneming van de leden van de fractie van Groen-Links klopt dat de exit-opties in het voorliggende voorstel meer tot hun recht komen dan de voice-opties.

Ook in de Zvw is de mogelijkheid om van zorgverzekeraar te veranderen (exit) niet het eerste dat een verzekerde kan doen om zijn ontevredenheid met het beleid van zijn zorgverzekeraar tot uitdrukking te brengen. Voor de exit is er de voice: daarin speelt ook de maatschappelijke opstelling van de zorgverzekeraar, zijn verantwoording over het te voeren en

gevoerde beleid en een afrekenbare opstelling een belangrijke rol. Bovendien moet de zorgverzekeraar ook voorzien in betrokkenheid van zijn verzekerden bij zijn beleid. Daarenboven zullen, met name collectief verzekerden, een grote invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de zorgverzekeraar door hun georganiseerde inbreng. Maar ook in individuele gevallen kunnen zorgverzekeraars vanuit maatschappelijk oogpunt beslissingen nemen over het vergoedingsbeleid die ten gunste van de verzekerde uitpakken. Er is dus wel degelijk sprake van een evenwicht tussen de mogelijkheden die verzekerden hebben om hun wensen ten aanzien van de (uitvoering van) de verzekering kenbaar te maken en de zorgverzekeraar daarin te sturen, en het ultimatum remedium van een overstap naar een andere zorgverzekeraar. De mogelijkheid van exit dwingt zorgverzekeraars tot voice; immers wanneer een zorgverzekeraar onvoldoende presteert naar de mening van zijn verzekerden en ook niet bereid is naar zijn verzekerden te luisteren, zal de verzekerde uiteindelijk zijn overeenkomst met de zorgverzekeraar opzeggen.

2.4.b De zorgplicht

De leden van de SP-fractie vragen bij wie uiteindelijk de zorgplicht berust en of de minister een zorgverzekeraar die in gebreke blijft tot de orde kan roepen. Zij vragen mij de zorgplicht nogmaals duidelijk toe te lichten. De leden van de SP-fractie zijn 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. Daarnaast geven de leden van de CDA-fractie aan dat zij zich kunnen voorstellen, dat op criteria voor de zorgplicht nog steeds vanuit het veld wordt aangedrongen. Zij vragen mij nog eens, met argumenten gestaafd, aan te geven, dat met het ontbreken hiervan de rechtszekerheid niet wordt geschaad.

De leden van de fracties van D66 en OSF zijn 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, willen wij het wetgevingsproces verder brengen. Zij vragen welke criteria voor kwaliteit van zorg, reisafstand en reistijd, toegangstijd en wachttijd het kabinet denkt op te nemen en hoe het kabinet dit wettelijk wil verankeren. De leden van de GroenLinks-fractie hebben zich hierbij aangesloten.

In mijn brief van 24 november 2004 aan de Tweede Kamer heb ik aangegeven dat de verzekeringsaanspraken zijn verankerd in een wettelijk geregelde zorgplicht¹. Die zorgplicht bepaalt dat een zorgverzekeraar de verplichting heeft zijn verzekerden de verzekerde zorg in natura te leveren of de kosten daarvan te vergoeden met daarbij, indien de verzekerde dat wenst, bemiddeling naar een zorgaanbieder. De zorgplicht in de Ziekenfondswet is niet omstreden. Deze zorgplicht wordt ingevuld door het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders. Ziekenfondsen zijn gehouden ervoor zorg te dragen dat deze overeenkomsten worden nagekomen. Zonodig zal in rechte moeten worden opgetreden tegen een aanbieder die zijn overeenkomst niet nakomt. Eenzelfde plicht tot nakoming geldt bij de Zvw indien er sprake is van een naturapolis of een restitutiepolis met overeenkomsten.

In rechterlijke uitspraken is de hiervoor aangegeven invulling van de zorgplicht bevestigd. In hoger beroep heeft het Hof 's-Hertogenbosch over een zorgplichtgeschil geoordeeld in zijn uitspraak van 2 juli 1990 (Rechtspraak zorgverzekering 1990, 127). In die uitspraak ging het om een verzekerde die acuut een dotterbehandeling nodig had. Het ziekenhuis

¹ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 26.

plaatste de verzekerde om budgettaire redenen op een wachtlijst. Het Hof oordeelde dat de verplichting van het ziekenfonds niet eindigt met het sluiten van overeenkomsten maar dat hij er ook voor zorg moet dragen dat die worden nagekomen. In casu moest de behandeling onmiddellijk aan de verzekerde ter beschikking worden gesteld.

Ook ik acht de vraag over de zorgplicht uiterst politiek relevant. De inhoud en reikwijdte van de zorgplicht zijn echter helder. De zorgverzekeraar moet er voor zorgdragen dat de verzekerde binnen een redelijke termijn zijn aanspraak tot gelding kan brengen. Uit de uitspraken blijkt dat die termijn van geval tot geval kan wisselen. De redelijkheid strekt zich verder dan slechts termijnen. De aanspraken houden immers ook in dat de verzekerde kwalitatief goede zorg krijgt binnen een redelijke afstand. De zorgverzekeraar kan dus niet volstaan met bieden van dan maar slechte zorg of zorg door een aanbieder waarvoor lange reistijden aangewezen zijn. Als dat het geval is, wordt niet voldaan aan de wettelijke zorgplicht. Het normeren van de toegang kan er wellicht toe leiden dat deze normen de werking van minimumnormen krijgen waardoor het uitgangspunt van een snelle zorglevering wordt aangetast.

Bij de bemiddeling ligt dit feitelijk niet anders. De zorgverzekeraar moet er voor zorgen dat de zorg waarvoor hij bemiddelt, binnen redelijk termijn geleverd kan worden, van goede kwaliteit is en bereikbaar is.

Verder vragen de leden van de SP-fractie of de verplichting om voldoende acute zorg en topklinische zorg te regelen, in natura moet worden ingevuld of dat een restitutieplichting ook voldoet. Het lijkt 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 leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze de acute zorg zal worden gecontracteerd.

In de Zvw is geregeld dat een verzekerde ofwel de zorg of vergoeding van de kosten daarvan krijgt. De zorgplicht van de verzekeraar omvat ook de acute zorg die verzekerden nodig mochten hebben, ongeacht de plaats waar zich de noodzaak daartoe voordoet.

In de nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 7) heb ik aangegeven dat een zorgverzekeraar op drie verschillende manieren invulling kan geven aan die zorgplicht:

1. Hij contracteert nergens in Nederland acute zorg, maar bepaalt dat de verzekerde in dat geval 100% van de zorgkosten gerestitueerd krijgt (artikel 11, eerste lid, onderdeel b, Zvw).
2. Hij contracteert overal in Nederland acute zorg, eventueel door «mee te liften» met zorgcontracten van andere zorgverzekeraars. De verzekerde krijgt in dat geval de acute zorg in natura aangeboden. De kosten daarvan worden rechtstreeks door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder betaald (artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw). Wanneer een verzekerde geen gecontracteerde zorg wenst, maar zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener, krijgt hij een vergoeding, berekend op een tevoren door zijn zorgverzekeraar bekendgemaakte wijze (artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw).
3. Hij contracteert op sommige plaatsen in Nederland (bijvoorbeeld in zijn kernwerkgebied) wel zorg en elders in Nederland niet, dan wel hij contracteert sommige zorgvormen wel en sommige zorgvormen niet. De verzekerde krijgt in dat geval wanneer gecontracteerde zorg beschikbaar is, deze in natura aangeboden. De zorgverzekeraar betaalt de kosten daarvan rechtstreeks aan de zorgaanbieder (artikel 11, tweede lid, in verbinding met artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw). Wanneer de verzekerde deze gecontracteerde zorg niet wenst en

gebruik wenst te maken van de diensten van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt hij een vergoeding overeenkomstig een tevoren door zijn zorgverzekeraar bekendgemaakte wijze (artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw). Daar waar geen gecontracteerde zorg beschikbaar is, krijgt de verzekerde 100% van de zorgkosten gerestitueerd (artikel 11, tweede lid, in verbinding met artikel 11, eerste lid, onderdeel b, Zvw). Kortom, bij acute zorgbehoefte heeft een verzekerde altijd recht op ofwel zorg, ofwel 100% restitutie van de gemaakte zorgkosten.

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

De zorgplicht houdt bij een naturapolis in dat zorgverzekeraars ervoor zorg moeten dragen dat verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Bij een restitutiepolis houdt de zorgplicht in dat de zorgverzekeraar, op verzoek van de verzekerde, bemiddelt in het verkrijgen van de zorg. De plicht ervoor te zorgen dat de verzekerde (bij restitutie na verzoek) de zorg verkrijgt, houdt ook in het verkrijgen van de voor de verzekerde noodzakelijke geneesmiddelen. Of er recht bestaat op behandeling met een bepaald geneesmiddel, is afhankelijk van het antwoord op de vraag of er sprake is van zorg die voldoet aan artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering («gebruikelijke zorg»). Als dat het geval is en de behandeling is voor de verzekerde medisch geïndiceerd, kan behandeling van de verzekerde met dat middel niet worden geweigerd door een zorgverzekeraar. De feitelijke bekostiging in het kader van de Wtg van deze geneesmiddelen in ziekenhuizen staat daar los van. Overigens, zoals ik onder andere tijdens het debat over het geneesmiddelenbeleid op 10 februari heb toegezegd, laat ik onderzoek verrichten naar de gang van zaken rond dure geneesmiddelen.

Gecontracteerde zorg

De leden van de PvdA-fractie vragen 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.

Op grond van de richtlijnen schadeverzekeringen en de Wtv 1993 mogen private verzekeraars geen risicodragende nevenactiviteiten verrichten. Voor een zorgverzekeraar is het zelf verlenen van zorg (door middel van in dienst zijnde hulpverleners) aan de eigen verzekerden geen nevenactiviteit, maar vormt het, gezien artikel 11, eerste lid, Zvw, onderdeel van de verzekerde prestaties. Immers, voor een natura-verzekeraar ligt dit besloten in de plicht ervoor te zorgen dat de verzekerden de zorg krijgen waar zij op zijn aangewezen, voor een restitutie-verzekeraar ligt dit besloten in de plicht tot het desgevraagd verrichten van activiteiten gericht op het verkrijgen van de benodigde zorg of diensten. Dit geldt voor zowel voor de electieve als de acute zorg. Het verlenen van zorg aan anderen dan de eigen verzekerden kan op zich worden gezien als het verrichten van een nevenactiviteit. Nevenactiviteiten mogen, zo volgt uit artikel 1, eerste lid onderdeel b, van de eerste richtlijn schadeverzekering en het arrest van het Europese Hof van Justitie van 21 september 2000 (C-109/99; Jur. 2000 blz. I-07247)), slechts worden verricht voor zover zij de solvabiliteit van de verzekeraar niet in gevaar brengen (niet risicodragend zijn). Of een zorgverzekeraar door het verlenen van zorg aan anderen dan zijn eigen verzekerden zijn solvabiliteit

in gevaar brengt, hangt af van de omstandigheden van het geval. Een en ander is uiteindelijk ter beoordeling van DNB/PVK. Een belangrijk richtsnoer bij de beoordeling van nevenactiviteiten is voor DNB/PVK dat in ieder geval de uitoefening van het verzekeringsbedrijf de hoofdactiviteit blijft. En ook is van belang in welke mate de zorgverzekeraar het verlenen van zorg aan de niet-eigen-verzekerden uit zijn vrij vermogen financiert. Ik moge u verder verwijzen naar de pagina's 20 e.v. van het verslag van het schriftelijke overleg met de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 26).

Het voorgaande laat uiteraard onverlet, dat een bij een zorgverzekeraar werkende zorgverlener die in een incidenteel geval wordt geconfronteerd met iemand die acuut eerste hulp nodig heeft, deze hulp zal dienen te verlenen. Dat staat los van de Zvw en vloeit voort uit de gedragsregels voor artsen (zie bijvoorbeeld artikel II.6 van de gedragsregels voor artsen van de KNMG, te vinden op www.KNMG.nl), en, indien betrokkene in ogenblikkelijk levensgevaar verkeert, ook uit artikel 450 van het Wetboek van Strafrecht.

De leden van de PvdA fractie vragen voorts in hoeverre als gevolg van het wetsvoorstel Health Maintenance Organizations (HMO's) kunnen ontstaan. Zij wijzen daarbij naar voorbeelden uit het buitenland.

In het licht van het voorgaande is het mogelijk dat een verzekeraar eigen instellingen exploiteert ten behoeve van zorg voor zijn eigen verzekerden. Overigens heeft de Tweede Kamer bij de behandeling van de Zvw een motie aangenomen die ertoe strekt het exploiteren van eigen instellingen door zorgverzekeraars te beperken tot de mogelijkheden die ziekenfondsen daarvoor nu al hebben op grond van de Zfw. Om aan deze motie uitvoering te geven zie ik de mogelijkheden die de WMG de toezichthouder biedt om preventief te toetsen op voorgenomen exploitatie van eigen instellingen door zorgverzekeraars.

De leden van de SP-fractie merken op dat huisartsenzorg van oudsher een zorg is die in natura werd aangeboden; met de inschrijving op naam werd 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 hen 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 vragen of ik van plan ben om zorg in natura te blijven bevorderen als het om huisartsenzorg gaat. Zij geven aan dat volgens de heer C. Bos van Zorgverzekeraars Nederland (in Medisch contact van 4 februari) het abonnementsstarief voor huisartsen verleden tijd zal zijn met de komst van de Zvw. Omdat in deze wet elke verzekerde de mogelijkheid heeft van een eigen risico, kan volgens hem een abonnementsstarief technisch niet. De leden van de SP-fractie vragen of er, behalve de optie om bezoek aan de huisarts net als bij de no-claim is gebeurd, ook buiten het eigen risico te houden, nog andere opties zijn om dit probleem te attaqueren, er van uitgaande dat ik net zo als deze fractie hecht aan een sterke eerste lijn.

Ten aanzien van de vraag van de leden van de SP-fractie of ik voornemens ben om bij huisartsenzorg zorg in natura te bevorderen, wil ik het volgende opmerken. Artikel 12, eerste lid, Zvw biedt in principe de mogelijkheid om verzekeraars te verplichten om voor nader aan te wijzen zorgvormen overeenkomsten met zorgaanbieders te sluiten. Ik kan echter alleen gebruik maken van dit artikel indien dit nodig is ter bescherming van het algemeen belang als bedoeld in het Europese recht. Dat is hier niet het geval. Een dergelijke verplichting voor huisartsenzorg zou buitenproportioneel zijn. Daarom zal ik voor huisartsenzorg geen gebruik

maken van artikel 12, lid 1. Ik ga er echter vanuit dat verzekeraars die nu al huisartsenzorg contracteren, dit ook na de invoering van de Zvw zullen blijven doen.

Anders dan de heer Bos van ZN stelt, is een abonnementstarief ook bij een vrijwillig eigen risico mogelijk. In dat geval kan de zorgverzekeraar het abonnementstarief bij de verzekerde in rekening brengen (in geval van een naturapolis) of hij vergoedt het niet aan de verzekerde (in geval van een restitutiepolic).

Niet-gecontracteerde zorg

De leden van de PvdA-fractie vragen of zij het goed begrijpen dat medisch-inhoudelijke gronden de doorslag geven bij de uitoefening van het recht op aanspraak en of dit betekent dat indien de door een zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieders niet voldoen 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 willen weten wie kan bepalen dat gecontracteerde aanbieders niet voldoen aan medisch-inhoudelijke eisen en of de patiënt/gebruiker hier ook nog een rol van betekenis kan spelen.

Op grond van artikel 14 mag de zorgverzekeraar zorg of vergoeding van de kosten van de zorg niet weigeren als de verzekerde op zorg-inhoudelijke gronden op de zorg is aangewezen. Afhankelijk van de procedurele voorwaarden die in de zorgverzekering zijn afgesproken, toetst de zorgverzekeraar al dan niet vooraf of aan de zorg-inhoudelijke criteria is voldaan. Heeft de zorgverzekeraar het recht op een prestatie afhankelijk gesteld van een verwijzing of oordeel van een behandelend arts, dan is het oordeel van de arts bepalend. In geval van gecontracteerde zorg zullen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, naar mag worden aangenomen, in de tussen hen gesloten overeenkomst afspraken hebben gemaakt over de toets aan de zorginhoudelijke criteria.

De fracties van PvdA en Groen Links vragen nader in te gaan op de situatie die ontstaat als gecontracteerde zorgaanbieders niet voldoen aan medisch-inhoudelijke eisen. De PvdA noemt daarbij het specifieke geval van co-morbiditeit. Uitgangspunt is dat de medische professional, van wie de verzekeraar zijn toets op de aanspraak afhankelijk maakt, op zijn taak berekend is. Mocht dit uitgangspunt bij een gecontracteerde zorgaanbieder in een incidentele situatie niet juist blijken te zijn of te zijn geweest, dan kan dit bijvoorbeeld via een second opinion, worden gecorrigeerd (zie ook het antwoord op vraag 109). Bij de toepassing van de second opinion kan de patiënt/gebruiker een actieve rol spelen.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre het systeem van een gedeeltelijke restitutie van kosten zich verdraagt met het vrije dienstenverkeer binnen de EU. Zij vragen of het begrip «geen wezenlijke belemmeringen ondervinden» voldoende hout snijdt in Europees verband of dat er sprake zal zijn van cumulatie in die zin dat er bij restitutie dan ook sprake moet zijn van een vergoeding van de «gemiddelde kosten van een zorgproduct in Nederland».

Het uitgangspunt, dat de hoogte van de vergoeding aan een (buitenlandse) zorgaanbieder vergelijkbaar is met de gemiddelde vergoeding van de kosten die door zorgaanbieders (in Nederland) in rekening worden gebracht, is volledig in overeenstemming met het Europese recht. Het is tevens in lijn met de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie, in het bijzonder bij de uitspraak van 12 juli 2001 het Hof in de zaak C-368/98 (Vanbraekel). Uit dit arrest volgt onder meer dat de vergoeding van

medische zorg in een andere lidstaat kan worden beperkt tot het bedrag dat nationaal wordt vergoed voor de desbetreffende verstrekking.

De leden van de VVD-fractie vragen 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.

Nee, dat is niet het geval als, zoals ook in het antwoord op de vragen 17 en 18 is uiteengezet, als een verzekerde met een polis voor gecontracteerde zorg toch gaat naar niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval geldt dat de verzekeraar zelf het restitutiepercentage kan vaststellen. Indien de verzekeraar de Zvw als naturaverzekering uitvoert, zal hij wel voldoende zorgaanbieders moeten contracteren, zodat het gehele verzekerde pakket kan worden geboden. Indien een verzekeraar voor een bepaalde vorm van zorg geen aanbieders heeft gecontracteerd en zijn verzekerde is aangewezen op die vorm van zorg, zal de verzekeraar de kosten wel volledig moeten restitueren.

De leden van de VVD-fractie vragen welke vergoeding wordt gegeven als een patiënt denkt dat een aandoening acuut is, maar dat achteraf niet het geval blijkt te zijn.

Aan de hand van het individuele geval zal de behandelend arts beoordelen of de gevraagde spoedzorg noodzakelijk is. Zo ja, dan is er sprake van spoedzorg met 100% restitutie. Zo, nee dan zal de arts verwijzen naar de reguliere zorgverlener die het geval als niet-spoedeisend kan behandelen met het daarbij behorende betaalarrangement (natura of restitutie). De situatie is in wezen niet anders dan de huidige binnen het kader van de ziekenfondsverzekering waarbij in noodgevallen het zogenaamde passantentarief wordt gehanteerd.

De leden van de SP-fractie merken op dat in de Tweede Kamer ook is toegezegd dat na 2 en 5 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, volgens hen, 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 zorgverzekeraar, volgens de leden van de SP-fractie, een kostenvergoeding leveren voor zorg waar de verzekerde zelf verantwoordelijk voor is. In de Zvw staat nog wel dat de verzekeraar eventueel de verzekerde, als hij dat wenst, bemiddeling moet aanbieden. Het gaat dan echter om een inspanningsverplichting. De leden van de SP-fractie vragen mijn commentaar op het feit dat restitutie de norm lijkt te worden en dat zorgverzekeraars liever kiezen voor een inspannings- dan voor een resultaatsverplichting.

Het model dat wordt gekozen voor de berekening van de vergoeding via de restitutiepolis is nog niet uitgekristalliseerd. De leden van de SGP- en CU-fractie vinden dit wel noodzakelijk om een weloverwogen oordeel over de wet te geven.

Zij vragen of, en zo ja hoe ik van plan ben gebruik te maken van de mogelijkheid om een contracteerplicht op te leggen voor specifieke sectoren. Zij vragen ook of ik van plan ben om hier in ieder geval de acute zorg onder te laten vallen en de topklinische zorg. En welke deelsectoren verder nog. Zij vragen of ook de eerstelijnszorg eronder zal vallen zodat vrije keuze huisarts bestaat, tenzij bewezen is dat hij slechte kwaliteit levert.

Gegeven het privaatrechtelijke karakter van de verzekeringsovereenkomst is het voor de juridische houdbaarheid van de Zvw belangrijk dat aan verzekeraars omwille van het algemeen belang opgelegde plichten proportioneel zijn. Vanuit deze proportionaliteitseis wil ik terughoudend zijn met het verplicht opleggen van het contracteren van zorg.

Ik verwacht niet dat het afschaffen van de contracteerplicht het startsein voor verzekeraars zal zijn om en masse de weg van de minste weerstand te kiezen en alleen nog maar tot het vergoeden van kosten over te gaan. Ik baseer die verwachting op mijn overtuiging dat de premiehoogte en de zorgbemiddelingsrol van de verzekeraar voor veel mensen een belangrijk keuzemotief zal zijn. Zorgverzekeraars hebben daarom een prikkel om zorg in natura aan te bieden en zich in te spannen om hiervoor doelmatige contracten te sluiten. Massaal afglijden naar restitutie betekent dat alle verzekeraars deze doelmatigheidswinsten links laten liggen en de mogelijkheden om zich van anderen te onderscheiden niet benutten. Dat acht ik niet reëel. De onderhandelingsinspanningen van de zorgverzekeraars ten behoeve van zorginkoop veroorzaken weliswaar extra transactiekosten, maar daar staat tegenover dat de beheerskosten van het op restitutie gebaseerd verzekeringsbedrijf per verzekerde beduidend hoger liggen dan die van op natura gerichte verzekeraars vanwege de bewerkelijke afhandeling van declaraties.

Net als de zorgverzekeraars hebben ook de zorgaanbieders een prikkel om zorg te (laten) contracteren. Voor zorgaanbieders is belangrijk om vooraf zoveel mogelijk zekerheid te hebben over de verwachte afzet. Ook de gewenste beperking van het debiteurenrisico speelt een rol.

De eerste uitkomsten van de onderhandelingen over het vrije segment in de ziekenhuiszorg (segment B) voor 2005 ondersteunen mijn verwachting. Er worden voor een belangrijk deel van het segment contracten afgesloten.

Voor specifieke onderdelen van zorg waarop verzekeraars zich moeilijk of niet van elkaar kunnen onderscheiden zou het afglijden naar restitutie de toegankelijkheid van zorg onder druk kunnen zetten. Het duidelijkste voorbeeld hiervan is de acute zorg. In de brief met beleidsvisie en beleidsregels WTZi en de WTZi wordt de sturing hiervan voor een belangrijk geregeld via de toelatingsvoorwaarden ex WTZi met een zorginhoudelijke sturingsrol door de traumacentra en een doelmatigheidsrol voor de verzekeraars¹. In gebieden waar acute zorg schaars is of dreigt te worden kan CTG/Zorgautoriteit met efficiënte tarieven – zo mogelijk regionaal gedifferentieerd – de toegankelijkheid bevorderen. Pas als al deze instrumenten falen is het toepassen van de contracteerplicht nog een mogelijkheid. Op voorhand is dat evenwel niet aan de orde.

Mede op verzoek van de Tweede Kamer is afgesproken dat de toezicht-houder de verhouding natura/restitutie nadrukkelijk zal volgen. Over de resultaten van die monitor zal ik de Tweede Kamer te zijner tijd nader informeren.

De leden van de SP-fractie geven aan dat bij zorg in natura, zorg wordt gecontracteerd en de verzekeraar mee verantwoordelijk is 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. De leden van de SP-fractie vinden dit een zorgelijke ontwikkeling. Zij vragen mijn commentaar en of de verzekeraar verplicht is om beide soorten polissen aan te bieden.

Zoals in antwoord op de vragen van de leden van de VVD-fractie hiervoor is gesteld, is het kwaliteitssysteem van de Nederlandse gezondheidszorg niet afhankelijk gemaakt van de zorgverzekeraar. De primaire verantwoordelijkheid van kwaliteit ligt bij de zorgverleners c.q. de zorgverlenende

¹ Zie voor de brief met beleidsvisie en beleidsregels WTZi: TK, 2004/05, 27 659, nr. 47.

instellingen. Het kwaliteitstoezicht is ook op hen gericht. Bij gecontracteerde zorg kan de verzekeraar een extra rol spelen om de kwaliteit te bevorderen, maar ook in het geval van restitutie kan ons kwaliteitssysteem borg staan voor een goede kwaliteit van zorg. Ik zie hierom dan ook geen reden om van verzekeraars te eisen dat ze in ieder geval ook altijd polissen met gecontracteerde zorg moeten aanbieden.

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 dit 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, volgens hen, een grote rol toegekend worden. De mogelijkheid tot het toekennen van een persoonsgebonden budget is niet expliciet in de wet opgenomen. Zij vragen of de wet hiertoe wel voldoende ruimte biedt en, zo ja, hoe en waar.

Het wetsvoorstel biedt geen ruimte voor het toekennen van een persoonsgebonden budget. Bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is uitvoerig over het persoonsgebonden budget en de Zvw gediscussieerd. Daarbij heb ik duidelijk gemaakt dat de invoering van restitutie naast zorg in natura, al tegemoet komt aan de wens om patiënten meer keuzemogelijkheden te bieden. Aan een persoonsgebonden budget bestaat dan ook in mijn opvatting geen behoefte. Wel heb ik nog toegezegd dat ik de voor- en nadelen van het opnemen van de mogelijkheid voor een persoonsgebonden budget zal inventariseren en de Tweede Kamer daarover zal informeren. Deze informatie zal ik beide Kamers doen toekomen bij de indiening van de I&a-wet Zvw.

De leden van de SGP- en CU-fractie merken op dat artikel 2.2 van het concept-Besluit zorgverzekering stelt dat bij vergoedingen voor zorg in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Dit is naar het oordeel van deze leden erg vaag. Zij vragen met welke factoren rekening wordt gehouden, wie dat bepaalt, wat «in redelijkheid» is en wat «Nederlandse marktomstandigheden» betekent. Deze leden achten vooral van belang wie uiteindelijk het eventuele nadeel draagt: de zorgaanbieder of de patiënt. De leden zijn van oordeel dat een duidelijke garantie nodig is dat de patiënt niet de dupe wordt van het hele verhaal over restitutie.

De door deze leden aangehaalde situatie geldt in het geval dat de verzekerde heeft gekozen voor vergoeding van kosten in plaats van verstrekking van zorg in natura. Hij kan met deze keuze terecht bij zorgverzekeraars die een polis aanbieden die voor de zorg in deze modaliteit voorziet. Bij het bepalen van de premie voor die polis dient de zorgverzekeraar er rekening mee te houden dat hij niet zelf een maximum mag stellen aan de hoogte van het door hem aan zijn verzekerden te restitueren bedrag. Hij is gehouden de volledige kosten te vergoeden, tenzij deze gemeten naar de Nederlandse marktomstandigheden buitensporig zijn. Voor de vaststelling daarvan kunnen twee situaties worden onderscheiden. In het geval er Wtg-tarieven¹ voor de desbetreffende zorgvorm zijn vastgesteld mag de zorgaanbieder geen ander tarief in rekening brengen dan ingevolge de Wtg is toegestaan. Daarmee is ook helder wat gebruikelijk is in de Nederlandse omstandigheden, en zal de zorgverzekeraar in alle gevallen alle kosten dienen te vergoeden. In het geval het tarief vrij onderhandelbaar is en zorgverleners derhalve zelf hun prijs kunnen bepalen, zou er een vergoedingsplicht voor onredelijk hoge rekeningen kunnen ontstaan. Daarom regelt artikel 2.2. van het Besluit zorgverzekering dat recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de verlener van de zorg in rekening gebrachte

¹ Respectievelijk WMG-tarieven vanaf het moment dat de WMG is ingevoerd.

bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. De zorgverzekeraar kan in zijn polis aangeven hoe hij invulling geeft aan het beoordelen van de in rekening gebrachte kosten. Daarmee wordt de verzekerde vooraf in staat gesteld om te beoordelen wat hij in individuele situaties mag verwachten. Daarnaast is de zorgaanbieder gehouden tot tijdige en volledige informatievoorziening aan zijn patiënten over het in rekening te brengen tarief.

Het is aan de zorgverzekeraar om aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is. De verzekerde die het oneens is met een besluit van zijn zorgverzekeraar om buitensporige kosten niet volledig te vergoeden, kan zijn bezwaar voorleggen aan de onafhankelijke geschilleninstantie. De uiteindelijke toetsing van het redelijkheids criterium is aan de burgerlijke rechter. Zowel de onafhankelijke geschilleninstantie als de burgerlijke rechter kunnen bij hun oordeelsvorming gebruik maken van de deskundigheid van het CTG/ZAio respectievelijk (onder de WMG) de Zorgautoriteit.

Zekerheid voor de verzekerden

De leden van de SGP- en CU-fractie geven aan dat het naar hun oordeel een probleem is dat mensen niet weten waar zij terecht kunnen. Er bestaat, zo geven zij aan, grote onduidelijkheid of de zorgverzekeraar al dan niet een contract met een zorgaanbieder heeft gesloten. Zij vragen hoe dit opgelost kan worden. De leden van de SGP- en CU-fractie menen dat het informeren van burgers als enige factor natuurlijk onvoldoende is. Zij vragen hoe groot de risico's acht 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. De leden van de SGP- en CU-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat de risico's worden afgewenteld op de verzekerden.

Betreffende de hiervoor geschetste problematiek merk ik op dat van een verzekerde die kiest voor een polis met gecontracteerde zorg, in beginsel mag worden verwacht dat hij zich ervan vergewist wie de gecontracteerde aanbieders zijn. Uiteraard zal deze informatie door de zorgverzekeraar ter beschikking moeten worden gesteld. Hoewel ik geen gebruik zal maken van de mogelijkheid die artikel 12, lid 1, Zvw biedt om zorgverzekeraars te verplichten om overeenkomsten met zorgaanbieders af te sluiten, heb ik geen aanwijzingen dat er daardoor knelpunten zullen ontstaan. Ik heb de indruk dat voorzover er toch knelpunten optreden, verzekeraars coulant zullen omgaan met de vergoeding van de kosten van verleende zorg. Mocht er toch een conflict ontstaan, dan ligt het voor de hand dat de zorgverzekeraar alle kosten vergoedt indien de verzekerde aantoonbaar niet goed is geïnformeerd over de contracten die zijn verzekeraar heeft gesloten met zorgaanbieders.

2.4.c De verzekerden

Verzekeringsplicht

De leden van de PvdA-fractie vragen of, als een zorgverzekeraar meerdere overstapmomenten biedt en een verzekerde daarvan gebruik maakt, een andere zorgverzekeraar dan ook verplicht is die verzekerde op dat moment te accepteren.

De acceptatieplicht van een zorgverzekeraar is niet gebonden aan een bepaald moment. Hij zal iedere verzekeringsplichtige die zich bij hem meldt, moeten accepteren voor een zorgverzekering. De opstapmomenten

zeggen alleen iets over het moment waarop een verzekering kan worden beëindigd.

De leden van de fracties van D66 en OSF, daarin gesteund door de leden van de fractie van Groen Links, willen asielzoekers van wie de aanvraag in behandeling is zoveel mogelijk de kans geven te werken en aan de samenleving deel te nemen. Zij vragen of deze groep ook verzekeringsplichtig is en of de acceptatieplicht ook onverkort geldt voor deze groep.

Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van het antwoord op de vraag of een asielzoeker onder de kring van verzekerden ingevolge de AWBZ valt. AWBZ-verzekerd zijn vreemdelingen die rechtmatig in Nederland verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000. Op grond van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 zijn in afwijking van het voorgaande in artikel 10 en 11 nog andere vreemdelingen aangewezen als AWBZ-verzekerden. Als een asielzoeker AWBZ-verzekerde is, is hij tevens verzekeringsplichtig voor de Zvw. Zorgverzekeraars zijn dan ook verplicht zo een asielzoeker te accepteren voor een zorgverzekering. Overigens zijn er asielzoekers die op grond van een regeling van de Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie¹ onder andere hun ziektekosten vergoed krijgen.

Onverzekerden

De leden van de CDA-fractie geven aan dat de problematiek van de onverzekerden nu de verzekeringsplichtige niet meer van rechtswege verzekerd zal zijn maar zelf een zorgverzekering zal moeten afsluiten, naar hun inschatting alleen nog maar groter zal worden. Deze leden geven aan dat een adequate oplossing er nog niet is, maar er wel dient te komen. De leden van de CDA-fractie vragen zich af hoe ik het aantal onverzekerden in beeld ga brengen en welk percentage onverzekerden ik nog aanvaardbaar acht.

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier ik ga bevorderen dat alle inwoners van Nederland ook daadwerkelijk verzekerd zijn per 1 januari 2006. De leden van de fractie van de SP geven aan zich met name zorgen te maken over die groep mensen in de samenleving die lang niet altijd in staat zijn om zelf initiatief te nemen. Te denken valt aan (ex)-psychiatrische patiënten, sociaal geïsoleerd levende mensen, hoog bejaarden en daklozen. Zij vragen of er een vangnet voor deze categorieën mensen bestaat. Een boete opleggen, als ze in gebreke zijn gebleven, lijkt hen zinloos aangezien er toch al weinig geld te halen valt. Aan de andere kant is de Zvw er volgens hen 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. De leden van de SP-fractie vragen of ik bereid ben 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 vragen aandacht voor de positie van onverzekerden. Zij vragen welk opvangnet wordt voor hen gespannen en welke initiatieven er van het kabinet te verwachten zijn. Zij vragen verder of van zorgverzekeraars in dit opzicht ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid verwacht mag worden.

Zoals ik eerder heb vermeld (onder andere in Kamerstukken II 29 763, 2004/05, nr. 7, blz 35), is er momenteel een zekere stijging in het aantal onverzekerden. De door het Centraal Bureau voor de Statistiek gesignaleerde trend geeft reden om te veronderstellen dat het aantal niet-verzekerde personen in 2006 zal zijn opgelopen tot circa 360 000

¹ Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005.

mensen. Deze groep is divers samengesteld. In dat aantal zijn de gemoedsbezwaarden opgenomen en mensen die ervoor kiezen zelf het risico van ziektekosten te dragen. Verder betreft het daken thuislozen en verslaafden die thans onder de ziekenfondsverzekering verzekerd kunnen zijn. Er zijn ook mensen die op een particuliere ziektekostenverzekering zijn aangewezen, maar die hebben nagelaten een verzekering te sluiten of die wegens wanbetaling door een verzekeraar zijn geroyeerd.

Onder de Zvw is iedereen die legaal in Nederland woont of werkt, verplicht een zorgverzekering te sluiten. Het kabinet heeft hiervoor gekozen in de overtuiging dat mensen hun verantwoordelijkheid zullen nemen. Iemand die een zorgverzekering heeft gesloten, krijgt medische zorg vergoed.

In de Zvw is geen bepaling opgenomen die regelt dat een opsporingsdienst bekijkt of alle verzekeringsplichtigen aan die verplichting voldoen. Om de burgers op de hoogte te stellen van de nieuwe Zvw en de verplichting een zorgverzekering te sluiten zal ik na behandeling van de wet in de Eerste Kamer een uitgebreide voorlichtingscampagne starten om te bevorderen dat iedereen zich bewust is van de verplichting tot het (laten) sluiten van een zorgverzekering. Door goede voorlichting moeten burgers die verantwoordelijkheid ook kunnen nemen. Die verantwoordelijkheid betreft de nominale premie. Een verzekeringsplichtige is ook een inkomensgerelateerde bijdrage verschuldigd, maar die wordt ingehouden aan de bron.

Er zijn prikkels die onverantwoordelijk gedrag beperken. Wie geen verzekering heeft gesloten, moet de kosten van medische zorg zelf betalen. Mensen die hun verantwoordelijkheid niet nemen, krijgen bij het te laat sluiten van een zorgverzekering een boete in relatie tot de «achterstallige» periode met een maximum van vijf jaar. (Er wordt geen boete opgelegd indien de onverzekerde niet aan een verzekeringsplichtige te wijten is, bijvoorbeeld in het geval van mensen met een psychiatrische aandoening). Een andere prikkel is dat onverzekerden ook geen recht hebben op een eventuele zorgtoeslag.

Indien iemand niet verzekerd is tegen ziektekosten en/of illegaal in Nederland verblijft, heeft hij desondanks toegang tot gezondheidszorg. De medische ethiek staat borg voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan allen die deze zorg behoeven. Indien een onverzekerde over onvoldoende financiële middelen beschikt, verleent de arts of het ziekenhuis toch medische noodzakelijke zorg. De kosten van de verleende zorg moet degene die niet verzekerd is zelf betalen. De rekening van de huisarts zal over het algemeen gelijk kunnen worden voldaan terwijl voor een ziekenhuisrekening een betalingsregeling kan worden getroffen. Voor onbetaalde rekeningen kan een ziekenhuis onder voorwaarden vanuit de budgetafspraken worden gecompenseerd. Een arts kan bij het verlenen van zorg aan illegalen, onder voorwaarden, vanuit het Koppelingsfonds worden gecompenseerd. In het antwoord op de hieronder vermelde vragen ga ik hier nader op in.

Ik kan op dit moment geen percentage onverzekerden noemen dat ik nog aanvaardbaar vind. Ik ga zoals gezegd niet een opsporingsdienst oprichten om af te dwingen dat iedereen ook daadwerkelijk een verzekering afsluit. Goede voorlichting zal er toe moeten leiden dat burgers op de hoogte zijn van hun verzekeringsplicht; de verantwoordelijkheid voor het afsluiten van de zorgverzekering ligt bij de mensen zelf. Gerichtte voorlichting zal er eveneens toe moeten leiden dat iemand anders een zorgverzekering sluit voor mensen die handelingsonbekwaam zijn of die niet in staat zijn hun belangen te behartigen. Ik doel dan op voorlichting aan patiëntenverenigingen, leden en medewerkers van instellingen zoals dak- en thuislozenopvang. Op de vraag van de leden van de GroenLinks-fractie of van zorgverzekeraars in dit opzicht ook een maatschappelijke

verantwoordelijkheid verwacht mag worden kan ik antwoorden dat hen uiteraard volkomen vrij staat in deze een actieve rol te spelen.

Met de Raad van State waren de leden van de fractie van het CDA van mening, dat medische zorg moet worden verleend, ook wanneer de patiënt niet is verzekerd. Dit groeiend maatschappelijk probleem mag, zo vinden de leden van het de fractie van het CDA, 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 debiteurenrisico sterk zal oplopen. Zij vragen dan ook wat ik me terzake exact voorstel.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zal worden voorzien in de kosten van acute zorg aan vreemdelingen die hier onrechtmatig verblijven of die niet verzekerd zijn.

De leden van de PvdA-fractie geven verder aan dat in de huidige zorg in acute situaties een niet onbelangrijk aantal niet-verzekerden wordt geholpen. Evenzo verzekerden die een omvangrijke premieschuld hebben. In het huidige publieke systeem zijn met medeweten van de minister daar pragmatische oplossingen voor gevonden. De PvdA-fractie vraagt welke oplossingen in het nieuwe systeem daarvoor zullen worden gecreëerd of zal dit op de aanbieder worden afgewenteld.

De leden van de VVD-fractie merken op dat Nederland, afgezien van de illegalen, naar schatting zo'n 300 000 onverzekerden kent. De Zvw 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 de leden van de VVD-fractie aannemen, geen betaling ontvangen. De leden van de VVD-fractie vragen of de WTG-regel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren en de Stichting Koppeling blijven bestaan. Verder vragen zij of ik voornemens ben, gelet op de verzekeringsplicht, hier iets aan te doen, bijvoorbeeld de zorgaanbieders te verplichten de identiteit of het 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, maar (om niet principiële redenen) weigert zich te verzekeren.

In het huidige publieke systeem mogen kosten voor medische zorg van niet-verzekerden niet ten laste van de sociale ziektekostenverzekeringen worden gebracht. Onverzekerden worden allereerst zelf aangesproken om de rekening te voldoen. Een zorgaanbieder kan mogelijk met onbetaalde rekeningen blijven zitten. Een deel van dat probleem is opgelost. Als een zorgverlener meer dan evenredig wordt getroffen door onbetaalde rekeningen van aan illegalen verleende zorg kan hij een beroep doen op de Stichting Koppeling (het zogenoemde «illegalenfonds»).

Als ziekenhuizen, ondanks hun inspanningen de kosten te verhalen op onverzekerde zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten, kunnen zij een beroep doen op de WTG-beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Deze regeling stelt ziekenhuizen in staat in overleg met de ziektekostenverzekeraars in hun budget een post voor oninbare vorderingen op te nemen. Deze post is bedoeld om er (een deel van de) onbetaalde rekeningen uit te bekostigen.

Onder de Zvw zullen de WTG-regel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren en de Stichting Koppeling blijven bestaan. Onder de Zvw zien de oplossingsmogelijkheden voor niet betalende onverzekerden en illegalen er als volgt uit. De mogelijke reacties van zorgaanbieders bij niet voldoen van de rekening zijn: versturen van rappel, maken van een betalingsafpraak, het inzetten van een incassoprocedure, of het doen van een beroep op de rechter met mogelijkheid van beslaglegging.

In de eerste lijnszorg zullen de te nemen stappen de facto vóór de gang

naar de rechter stoppen. Gelet op de veelal lage bedragen zullen zorgaanbieders vermoedelijk niet gaan procederen. Bij illegalen kan een zorgverlener indien hij meer dan evenredig wordt getroffen door onbetaalde rekeningen van aan illegalen verleende zorg, een beroep doen op de Stichting Koppeling.

Voor de ziekenhuizen is er verschil of de oninbare vordering deel uitmaakt van segment A of B. In segment A kunnen de kosten worden afgeschreven op grond van de richtlijn dubieuze debiteuren van CTG/ZAio (afpraak hoogte post in overleg tussen ziekenhuizen en verzekeraars). Voor segment B (vrije prijzen) geldt dat ziekenhuizen oninbare vorderingen in de prijs moeten opnemen.

De leden van de VVD-fractie hebben nog gevraagd of zorgaanbieders verplicht zullen zijn de identiteit/sofi-nummer van de onverzekerden te melden. Dat is niet het geval. Wel zijn zorgaanbieders op grond van artikel 118 Zvw verplicht Zvw-verzekerden die zorg ten laste van de Zvw inroepen, te identificeren en het sofi-nummer in de administratie op te nemen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of kan worden aangegeven op wie een aanbieder de kosten gemaakt voor een onverzekerd kind kan verhalen. Tevens is 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.

Kinderen jonger dan 18 jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Daarom zal het niet snel voorkomen dat een kind niet verzekerd wordt. Voor kosten van onverzekerde kinderen geldt overigens hetgeen hiervoor is opgemerkt over oninbare kosten voor onverzekerden in het algemeen. Medeverzekering of meeliften op de polis van een ouder komt in de Zvw niet voor. Iedereen die verzekeringsplichtig is, moet een eigen zorgverzekering (laten) sluiten.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de rijksbijdrage voor jongeren wordt vastgesteld.

De hoogte van de rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds zal worden bepaald op basis van de gemiddelde nominale premie voor volwassenen, vermenigvuldigd met een half en vermenigvuldigd met het aantal kinderen. Hiermee wordt aangesloten bij de praktijk (bijvoorbeeld bij de MOOZ en de WTZ-omslagbijdrage, maar ook bij verzekeringen), om bij de «kinderpremie» uit te gaan van de helft van het bedrag voor volwassenen.

Risicoselectie

De leden van de PvdA-fractie vragen 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. Zo kan 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.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook of met het aantrekkelijk maken van de polissen met een hoog eigen risico niet indirect een wijze van risicoselectie wordt toegepast.

Volgens de leden van de SP-fractie treedt risicoselectie 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 volgens hen de solidariteit op een niet te accepteren manier onder druk.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen zich af of er grenzen zijn

aan de vormen van indirecte risicoselectie die bijvoorbeeld via hoge eigenrisicopolissen zullen optreden. Zij vragen wat de regering in deze nog acceptabel vindt.

Voor de mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico is bewust gekozen met het oog op de gewenste vergroting van de keuzevrijheid. In zijn algemeenheid is er altijd een afruil tussen keuzevrijheid en risico-solidariteit.

In de Zvw wordt de prikkel tot risicoselectie in belangrijke mate weggenomen door het risicovereveningssysteem. Gegeven dit systeem zal de premiekorting voor het eigen risico naar verwachting beperkt zijn, omdat zowel de uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds (de verwachte zorgkosten) als de besparing op die verwachte zorgkosten vanwege het eigen risico juist bij gezonde jonge mensen gering zal zijn. Overigens is elke zorgverzekeraar verplicht om ook een polis met € 0 eigen risico aan te bieden.

Ook de leden van de SP-fractie merken op dat risicoselectie niet is toegestaan. Indirecte risicoselectie kan volgens de leden van deze fractie 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. De leden van de SP-fractie verwijzen naar mijn reactie op de motie Tonkens, dat ik na 2 en 5 jaar zal evalueren of er risicoselectie plaatsvindt. In de ogen van de leden van de SP-fractie verdient het de voorkeur om selectie voor te zijn. Zij vragen wat voor acties ik onderneem om risicoselectie te voorkomen. Deze leden denken dat met name de NPCF en de CG-Raad mij hiervoor waardevolle adviezen kunnen geven en vragen of ik bereid ben hierover contact op te nemen met genoemde fora.

Met de leden van de SP-fractie ben ik het eens dat het de voorkeur verdient risicoselectie voor te zijn. De mogelijkheden voor risicoselectie zijn door de wettelijke acceptatieplicht en het verbod op premie-differentiatie en het eveneens in de wet geregelde systeem van risicoverevening vrijwel uitgesloten. Er is, anders dan in een systeem waar de verzekeraars niet voor hoge gezondheidsrisico's worden gecompenseerd, in de Zvw nauwelijks een reden voor zorgverzekeraars om op risico's te selecteren. Niettemin is het van belang om al het mogelijke te doen om het voeren van een risicoselectiebeleid door verzekeraars te ontmoedigen. Als organisaties als NPCF en CG-Raad mij daarbij behulpzaam kunnen zijn zal ik niet aarzelen hen hierover te raadplegen. In dit verband zou het onlangs door de NPCF geopende «meldpunt overstap zorgverzekeraar» ook een rol kunnen spelen.

Volgens de leden van de SP-fractie is het niet ondenkbaar dat verzekeraars bepaalde typen dure zorg in onvoldoende mate zullen inkopen om daarmee bepaalde hoog-risico-verzekerden te weren. Volgens hen kan indirecte selectie van potentiële verzekerden kosteneffectiever blijken te zijn dan een doelmatige inkoop. Zij vragen hoe ik deze vorm van selectie tegenga en of ik denk dat de mogelijkheid om gecompenseerd te worden via bijdragen uit het vereveningsfonds een voldoende garantie zal zijn om verzekeraars ervan te weerhouden op risico's te selecteren.

Een zorgverzekeraar kan nooit het feit dat hij onvoldoende zorg heeft ingekocht, als argument gebruiken om die zorg niet voor zijn verzekerden beschikbaar te maken. In de eerste plaats is de zorgverzekeraar die zorg in natura aanbiedt, door zijn zorgplicht ertoe gehouden deze zorg in voldoende mate in te kopen. Mocht hij daar onvoldoende in geslaagd zijn, dan zal hij zijn verzekerden moeten bemiddelen naar die zorg en die 100% moeten vergoeden. Als hieraan niet wordt voldaan, zullen de sancties

volgen die ik heb beschreven in mijn antwoord op de vraag van de leden van de fracties van D66 OSF over de inhoud en reikwijdte van de zorgplicht.

Het risicovereveningssysteem zal inderdaad de prikkel tot risicoselectie wegnemen. Het systeem van risicoverevening van de huidige ziekenfondsverzekering functioneert nu al goed en er wordt voortdurend gewerkt aan verbetering van de verdelende werking ervan.

Collectieve contracten

Betreffende de collectiviteiten geven de leden van de CDA-fractie aan dat van meet af aan duidelijk was, 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 kunnen 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, ondermeer vanwege de mogelijkheid van risicoselectie. Zij vragen zich dan ook af op welke wijze ik de noodremprocedure inhoud wil geven en op basis van welke criteria. Verder vragen zij of ik kan garanderen dat de korting die aan de collectiviteiten wordt gegeven, niet wordt terugverdiend op individuele verzekerden.

Zij merken op dat artikel 18, zesde lid, Zvw melding maakt van zo nodig afwijkende regels. Daarom is het van uitermate groot belang, zo oordelen deze leden, vast te leggen hoe en op welke gronden ik tot een dergelijk voornemen kan komen en of een goede monitoring in combinatie met evaluatie niet meer voor de hand lijkt te liggen.

Het bepaalde in artikel 18, zesde lid, Zvw dient ertoe, zoals het artikel al aangeeft, te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de verzekering. Indien het sociale karakter van de zorgverzekering in het geding dreigt te komen, kunnen bij amvb nadere en zonnodig afwijkende regels worden gesteld. Deze bepaling is in het wetsvoorstel opgenomen om onder meer een ongewenste kruissubsidie van collectief door individueel te voorkomen. De toezichthouder zal toezien op een goede naleving door zorgverzekeraars van de mogelijkheden die zij hebben om collectieve contracten te sluiten met niet alleen werkgevers maar ook andere rechtspersonen als patiëntenverenigingen. Een goede monitor maakt daarvan deel uit. Vanzelfsprekend zal de toezichthouder zijn instrumenten en bevoegdheden moeten inzetten om zorgverzekeraars die zich niet juist gedragen bij het aanbieden van collectieve contracten, daarop te corrigeren. Mogelijke nadere regelgeving zal dan ook pas aan de orde zijn wanneer uit de monitors van de toezichthouder en zijn oordelen over het feitelijk handelen van zorgverzekeraars is komen vast te staan dat sprake is van afbreuk van het sociale karakter van de verzekering waartegen de toezichthouder met gebruikmaking van zijn instrumenten niet of niet langer kan optreden. De wijze waarop zorgverzekeraars omgaan met collectieve contracten, is dan ook een belangrijk aandachtspunt voor zowel een goede werking van de markt als uit het oogpunt van het handhaven van voldoende solidariteit. Ik zal de ontwikkelingen daarin, aan de hand van rapportages van de toezichthouder en de reacties uit het veld, nadrukkelijk volgen.

De leden van de CDA-fractie merken op dat in het gewijzigde artikel 18 over de collectiviteiten ook verder nog sprake is van een opmerkelijke

wijziging. In plaats van de term deelnemers wordt nu gesproken over werknemers. Deze leden vragen of het metterdaad de bedoeling is om familieleden, bijv. de niet-werkende partner, uit te sluiten van het gebruik kunnen maken van dezelfde collectiviteit, zoals thans het geval is. Zij vragen of hierdoor deze partner ook een mogelijkheid tot keuzevrijheid wordt ontnomen en of dit artikel moet worden gerepareerd.

Het staat de partijen (werkgever/verzekeraar) gezien de huidige tekst van artikel 18 Zvw inderdaad niet vrij om ook voor gezinsleden van werknemers door middel van een voor werknemers geldend collectieve contract een korting af te spreken. Dat is een onbedoeld gevolg van de huidige tekst van artikel 18 Zvw. Een en ander zal via de I&a-wet Zvw worden gerepareerd.

De leden van de SP-fractie merken op dat collectiviteiten een korting tot maximaal 10% op de standaard nominale premie kunnen krijgen. Deze leden vragen 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. Zij vragen of dat is toegestaan en of dat is te controleren. Is het aanbieden van collectieve contracten een mogelijkheid of een verplichting. Verder vragen de leden van de SP-fractie of een zorgverzekeraar een groep van 100 diabeten die zich collectief wil verzekeren, kan/mag weigeren en of een zorgverzekeraar de gezinsleden van een collectief verzekerd contingent mee mag verzekeren. Zij vragen wat de procedure is als iemand ontslagen wordt of verhuist. Blijft hij/zij tot het eind van het jaar collectief meeverzekerd zo vragen de leden van de SP-fractie.

Een zorgverzekeraar mag aan werkgevers en aan rechtspersonen collectieve verzekeringen aanbieden en daarbij een korting tot maximaal 10% van de nominale premie verlenen. Aan de omvang van collectieve contracten stelt de wet geen eisen. Het kan dus inderdaad zo zijn dat voor een omvangrijk collectief contract een omvangrijk bedrag aan korting wordt verleend. Dit is echter een relatief bedrag; het bedrag is immers nooit meer dan 10% van de nominale premie voor de betreffende polis. Tegenover de korting staan voordelen voor de zorgverzekeraar. Het is niet gewenst dat, door middel van kruissubsidie, de individuele verzekerden mee betalen voor de (korting) op de collectieve contracten. Daarop zal de toezichthouder ook toezien. Het aanbieden van collectieve contracten is een mogelijkheid en geen verplichting voor de zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar mag een groep van 100 diabeten, indien deze groep verenigd is in een rechtspersoon, bijvoorbeeld een vereniging, niet weigeren voor de zorgverzekering. Hij mag wel zelf de hoogte van de korting bepalen, zij het dat die korting, zoals hiervoor al aangegeven, nooit meer mag zijn dan 10% van de premie die geldt wanneer die polis op individuele basis wordt gesloten. Indien een collectief contract wordt gesloten tussen een zorgverzekeraar en een werkgever staat het partijen op grond van de huidige wettekst niet vrij om ook een afspraak te maken over al dan niet deelname van de partner en de kinderen van de werknemer. Dat is echter wel gewenst; zoals hierboven aangegeven zal de tekst van de wet dienovereenkomstig worden aangepast. Indien iemand vanwege ontslag niet langer deel uitmaakt van de collectiviteit blijft hij wel zorgverzekerd, maar zal de zorgverzekeraar voor hem niet langer de collectiviteitskorting op de premie hoeven te geven. Ook de aanvullende verzekering loopt door met dezelfde consequenties, namelijk mogelijk verlies van de korting. Zorgverzekeraars zijn vrij om te bepalen of dat ingaat met onmiddellijke ingang of dat de korting tot het eind van het jaar gehandhaafd blijft.

De fracties van D66, OSF en GroenLinks willen absoluut geen risicoselectie binnen de verplichte basisverzekering. In dit licht bezien, roept artikel 18 Zvw bij hen 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. Zij vragen of het kabinet het politiek acceptabel acht dat bepaalde beroepen die grotere gezondheidsrisico's met zich meebrengen dan andere beroepen, een korting kunnen krijgen. Zij merken op dat deze korting door mij «vooral een vehikel is om administratieve voordelen door te kunnen geven. Die voordelen gaan ongeveer in de richting van 4% of 5%.» is genoemd. Zij vragen waarom er in het wetsvoorstel dan gekozen is voor een mogelijke premiekorting van tien procent.

Hoe verhoudt deze mogelijke premiekorting zich tot het voornemen risicoselectie binnen de basisverzekering volledig uit te sluiten, zo vragen de leden van de D66-, OSF- en GroenLinks-fractie. Zij zijn 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. Zij vragen of het kabinet dit met hen eens is.

De mogelijkheid tot het sluiten van collectieve contracten is niet alleen voorbehouden aan werkgevers maar staat ook open voor andere rechtspersonen. Zo kan ook een patiëntenvereniging een collectief contract met een zorgverzekeraar overeenkomen. Omdat op deze wijze potentieel voor elke risicogroep de mogelijkheid van het sluiten van een collectief contract open staat, is er naar de mening van de regering geen sprake van korting voor alleen gezonde of alleen ongezonde risicogroepen. De werking van het risicovereveningssysteem draagt er zorg voor dat de mogelijkheden om korting te geven niet afhankelijk zijn van de risicokenmerken van het collectief, maar van mogelijke besparingen op administratie, zorginkoop en schadelastbeperking. Bij collectiviteiten met slechtere gezondheidsrisico's kunnen die besparingen hoger uitvallen. Wel moet worden voorkomen dat door de mogelijkheid van een korting voor collectieve contracten kruissubsidiëring plaatsvindt door individueel verzekerden ten gunste van collectieve contracten. Daarop zal de toezichthouder dan ook nadrukkelijk toezien. De zorgverzekeraar bepaalt uiteindelijk of hij een korting geeft voor een collectief contract en, zo ja, hoeveel. Dat zal mede afhangen van de omvang van het contract, de te verwachten besparingen in zorginkoop, administratiekosten en dergelijke en in geval van een collectief contract met een werkgever, het beleid dat die werkgever voert ten aanzien van preventie. Deze korting kan maximaal 10% bedragen van de grondslag van de premie die een verzekerde individueel voor dezelfde polis verschuldigd is.

2.4.d Het te verzekeren pakket

De te verzekeren zorgvorm

De leden van de CDA-fractie vragen naar mijn beleidsreactie indien mocht blijken dat de invoering van dbc's en de beoogde marktwerking leiden tot negatieve financiële consequenties.

Deze leden vragen mij toe te zeggen dat het verzekerde pakket niet zal worden verkleind en dat ook de premie niet zal worden verhoogd. Zij geven aan meer te voelen voor een ingreep bij de veroorzaker van de hogere kosten dan wel voor verhoging van de zorgtoeslag.

Het behoeft geen betoog dat kostenoverschrijdingen in de zorg zullen moeten worden gevolgd door hetzij premieverhogingen, hetzij kostenreducties. Pakketverkleining is uiteraard niet de enige mogelijkheid om

kosten te reduceren. Het convenant dat ik in juli 2004 gesloten heb met aanbieders en verzekeraars, is daarvan een duidelijk voorbeeld. In dit convenant is de verdere invoering van dbc's expliciet gekoppeld aan de behaalde resultaten. Overigens ga ik er vanuit dat de introductie van dbc's en marktwerking in den brede juist de kans op kostenoverschrijdingen zal verminderen.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat zij niet tegen een periodieke toetsing van het pakket zijn. Zij gaan er daarbij vanuit dat het CVZ deze taak zal uitvoeren met inspraak van patiënten/verzekerden.

De periodieke toetsing waar deze leden op doelen, heeft betrekking op de periodieke toetsing van de verzekerde prestaties aan de criteria van noodzakelijke zorg, aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering.

De inschakeling van het CVZ heeft vooral tot doel te waarborgen dat een deskundige en onafhankelijke toetsing is gewaarborgd. Bij deze toetsing dienen derhalve geen belangen een rol te spelen. Dit betekent niet dat het CVZ patiënten/verzekerden niet mag betrekken bij zijn toetsing. Die betrokkenheid moet dan echter bijdragen aan het genoemde doel van de toetsing en niet vooral tot doel hebben een behartiging van de onderscheiden belangen. Vanuit die invalshoek kan ik mij voorstellen dat ook patiënten/verzekerden, bijvoorbeeld als ervaringsdeskundigen, een bijdrage kunnen leveren aan de periodieke toetsing.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat het de bedoeling is, met de invoering van de Zvw 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 kunnen zich in dit voorstel vinden, maar hebben 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, zo vragen zij. Deze leden vragen 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, roept dit met betrekking tot de ggz bij hen 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.

De leden van de SP-fractie begrijpen dat het de bedoeling is dat per 1 januari 2006 de op genezing gerichte ggz uit de AWBZ naar de standaardverzekering wordt overgeheveld. Zij vragen of het veld klaar is voor deze overheveling. Het lijkt 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. Zij merken op dat, 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 Zvw, keuzevrijheid en verantwoorde-lijkheid niet gehaald zal worden. De leden van de SP-fractie vragen of ik ook van mening ben dat deze overheveling zorgvuldig moet gebeuren en dus beter een jaar kan worden uitgesteld. De leden van de SP-fractie wensen een planning gebaseerd op feiten, niet op dromen.

Ik onderschrijf het uitgangspunt dat de overheveling van delen van de ggz van de AWBZ naar de Zvw zorgvuldig dient te gebeuren. Duidelijk is dat de overheveling behoorlijk wat vergt van partijen. Voor zorgverzekeraars moet de overheveling plaatsvinden, terwijl de invoering van de Zvw veel bestuurlijke en operationele aandacht vraagt en er nog onbekenden zijn ten aanzien van premies, polisaanspraken en kosten per verzekerde. Voor

ggz-instellingen is het nog een grote klus om tijdig voor alle instellingen op cliëntniveau rekeningen te sturen en verzekeraars de inzichten te bieden om voor hun verzekerden de kosten in te schatten. Op het moment van de overheveling van delen van de ggz per 1 januari 2006 zal tevens gestart worden met de eerste fase van de invoering van dbc's in de ggz. Dit betekent dat ggz-aanbieders gaan registreren op basis van dbc's. De declaratie op basis van de dbc's is dan nog niet mogelijk. Per 1 januari 2006 kan er al wel gedeclareerd worden op individueel niveau op basis van de bekostigingscategorieën uit de huidige CTG-beleidsregels. Het CTG heeft in een uitvoeringstoets laten blijken dat de overheveling en de dbc-invoering technisch kunnen worden losgekoppeld. Op zo kort mogelijke termijn vind ik de overgang naar dbc-declaratie wel zeer wenselijk (fase 2 van de dbc-invoering). Met het declareren op individueel niveau wordt al een grote stap gezet richting het verzekeraar krijgen van een deel van de AWBZ-zorg. In eerste instantie zal er, naar analogie met de curatieve somatische zorg, een beperkte mate van financiële risicodragendheid zijn. Naarmate er meer en betere gegevens op individueel niveau beschikbaar komen, kunnen verzekeraars meer financieel risico lopen.

Ten aanzien van de door de leden van de SP-fractie aangehaalde opmerking van zorgverzekeraar VGZ-IZA wil ik het volgende opmerken. Ik beoog met de overheveling de schotten tussen de aansturing en financiering van de curatieve geestelijke ggz en de somatische gezondheidszorg weg te nemen. Ik verwacht dat hierdoor flexibiliteit ontstaat om nieuwe zorgvormen te kunnen ontwikkelen en tot uitdagingen te komen voor nieuwe zorgaanbieders om actief te worden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Dit zal uiteindelijk leiden tot een doelmatiger en doeltreffender zorg en een grotere keuzevrijheid voor de patiënt. Ik ga er vanuit dat het huidige tijdschema, hoewel strak, wel realistisch is met de inzet van alle partijen. Vanzelfsprekend vindt hierom ook overleg plaats met GGZ-Nederland en ZN, zodat de invoering zorgvuldig en praktisch werkbaar kan geschieden.

Net als bij de functiegerichte omschrijvingen op grond van de AWBZ, worden de aard, inhoud en omvang van de zorg waar de Zvw betrekking op heeft, bij wettelijk voorschrift geregeld. Het kan dus niet zo zijn dat onderdelen van de ggz die naar de Zvw worden overgeheveld, niet meer aan verzekerden beschikbaar worden gesteld.

De leden van de SP-fractie vragen of überhaupt al bekend is om welke onderdelen van de ggz het gaat bij de overheveling naar de Zvw 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 Zvw, lijkt deze leden voorzichtigheid geboden. In dit verband ontvangen de leden van de SP-fractie ook graag commentaar op de brief van de belangenvereniging van Psychotherapeuten van 3 februari 2005 die er op wijst dat in de huidige wet onvoldoende tot uiting komt dat psychotherapie een specialistische en niet een eerstelijns deskundigheid is.

Bij brief van 21 november 2003¹ heb ik aan de Tweede Kamer gemeld dat de gehele extramurale en het eerste jaar intramurale ggz zullen worden overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. In deze brief is tevens gemeld dat dit verder zou worden uitgewerkt in wet- en regelgeving. Met mijn brief aan de Tweede Kamer van 23 april 2004 (Kamerstukken II 2003/04, 29 538, nr. 1) over de WMO is aangegeven dat de dagbesteding voor chronisch psychiatrische patiënten naar de WMO gaat. Voor delen van de dagbesteding die een ander karakter hebben, wordt verkend of ze in het «arbeidsdomein» of «onderwijsdomein»² kunnen worden ondergebracht. Zowel bij het AO PGB op 14 december 2004 als bij de plenaire behandeling van de Zvw in de Tweede Kamer op 15 december 2004 was de

¹ Kamerstuk II 2003/04, 23 619, nr. 19.

² Kamerstuk II 2003/04, 29 538, nr. 1.

Tweede Kamer bezorgd over de consequenties van deze overheveling voor de PGB-houders ggz. De staatssecretaris en ik hebben aangegeven dat mensen met een psychische stoornis in beginsel nog steeds aanspraak kunnen maken op AWBZ-zorg als die niet plaatsvindt in het kader van geneeskundige zorg. De afbakening van de over te hevelen delen sluit daarmee aan bij de zorgbreed geldende afbakening tussen de Zvw en AWBZ. Dit betekent dat geneeskundige zorg (bij zowel psychische als somatische stoornissen) vanuit de Zvw wordt bekostigd. Niet-geneeskundige zorg en intramurale zorg na het eerste jaar worden vanuit de AWBZ bekostigd. Verwachting is dat veel ggz-PGB-houders hun budget uit het AFBZ gewoon kunnen blijven behouden, omdat het hierbij vooral gaat om niet-geneeskundige zorg. Aan het CVZ is gevraagd om een oordeel of de voorgestelde wijzigingen van het Besluit zorgaanspraken AWBZ voldoende is voor afbakening met betrekking tot de geneeskundige ggz op grond van de Zvw. Ook is het CVZ gevraagd de consequenties van de overheveling voor de PGB-houders in kaart te brengen. Overigens is er in de Zvw ruimte voor zorgverzekeraars om in de vormgeving van de natura- of restitutiepólissen flexibiliteit en keuzevrijheid in te bouwen. Zoals omschreven in het concept Besluit zorgverzekering, gaat het bij geneeskundige zorg om zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen, gezondheidspsychologen en verloskundigen die plegen te bieden. De belangenvereniging van psychotherapeuten vraagt zich af of in die opsomming niet ook de psychotherapeut zou moeten worden opgenomen. Ik acht dat niet noodzakelijk. Immers, tot het functieprofiel van het nieuwe specialisme klinisch psycholoog behoort ook de uitoefening van de psychotherapie op het deskundigheidsniveau van de BIG-psychotherapeut. Dit nieuwe specialisme is inmiddels erkend en de wettelijke titelbescherming gaat per 1 januari 2006 gelden.

De leden van de SGP- en CU-fractie bereiken diverse signalen uit de ggz-sector dat er in de praktijk versnippering dreigt te ontstaan. De leden van de SGP en CU-fractie vragen om nog eens helder voor deze sector uiteen te zetten welke onderdelen precies onder welke wet zullen vallen. Ambulante hulpverlening, intramuraal, extramuraal, korter/langer dan een jaar. De leden van de SGP en CU-fractie attenderen mij erop dat we moeten oppassen dat we de wetgeving zo sterk op de andere vormen van zorg richten dat deze sector eraan onderdoor gaat.

De ggz-sector maakt op dit moment een grote verandering door. Tot nu toe is de gespecialiseerde hulp bij psychische stoornissen vrijwel het exclusieve domein van grote ggz-organisaties die hun cliënten zowel behandeling, begeleiding, ondersteuning, beschermd wonen en dagactiviteiten aanbieden. Naar aanleiding van adviezen, zoals «Zorg van Velen» van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid en «Geestelijke gezondheidszorg in de 21ste eeuw» van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, wordt de ggz nu geherpositioneerd. Ik begrijp dat deze verandering verwarring in het veld met zich mee kan brengen. Met deze verandering beoog ik evenwel dat de geestelijke gezondheidszorg wordt aangeboden in samenwerking met, dan wel als onderdeel van de somatische curatieve zorg, de care, de welzijnssector en de openbare gezondheidszorg. Kerntaak van de geestelijke gezondheidszorg is het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen. De geestelijke gezondheidszorg heeft dezelfde missie als de somatische gezondheidszorg: het behandelen van ziekten en het zoveel mogelijk beperken van de schadelijke effecten van die ziekten. Het ligt naar mijn mening dan ook voor de hand om de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg op dezelfde leest te schoeien als de algemene gezondheidszorg. Door overheveling van de extramuraal en eerste jaar intramuraal ggz naar de Zvw, wil ik de schotten tussen de aansturing en financiering van de curatieve geestelijke ggz en

de somatische gezondheidszorg wegnemen. De afbakening van de over te hevelen delen sluit aan bij de zorgbreed geldende afbakening tussen de Zvw en AWBZ. Dit betekent dat geneeskundige zorg (bij zowel psychische als somatische stoornissen) vanuit de Zvw wordt bekostigd. Niet-geneeskundige zorg en intramurale zorg na het eerste jaar worden vanuit de AWBZ bekostigd. Aan het CVZ is gevraagd om een oordeel of de voorgestelde wijzigingen van het Besluit zorgaanpak AWBZ voldoende is voor afbakening met betrekking tot de geneeskundige ggz op grond van de Zvw.

Volgens de leden van de CDA-fractie zou het een goede zaak zijn wanneer de samenhang tussen de diverse te verwachten maatregelen in AWBZ/WMO en Zvw met een daarbij horend tijdspad nog eens vóór de plenaire behandeling van de Zvw zou kunnen worden aangegeven. De leden van de CDA-fractie vertrouwen 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 SGP- en CU-fractie vragen of de Zvw wel voldoende wordt afgestemd op de WMO. Dat is een belangrijke vraag voor een goed functionerende zorgsector. Zij vragen of in de toekomst elk ziekenhuis of elke zorginstelling eerst duidelijkheid moet hebben over de beschikbare zorg in een bepaalde gemeente via de WMO, voordat kan worden besloten tot ontslag uit het ziekenhuis.

In zijn algemeenheid zal de relatie tussen de Zvw en de WMO niet wezenlijk anders zijn dan de huidige relatie tussen de Zfw en de AWBZ. Waar het nu zo is dat het ziekenhuis zich van de beschikbaarheid van thuiszorg zal vergewissen als deze noodzakelijk is voor het kunnen ontslaan van een patiënt, zal dat ook in de toekomst het geval zijn. Op korte termijn is overigens alleen de overgang van AWBZ naar WMO voorzien van de enkelvoudige huishoudelijke hulp. Die zal in de praktijk niet erg voorwaardelijk zijn voor ziekenhuisontslag. Op termijn kunnen ook andere delen van AWBZ-functies onder de WMO worden gebracht. Of en wanneer dit gebeurt, is afhankelijk van de uitkomsten van de WMO-pilots en van de besluiten van het kabinet en het parlement.

In antwoord op de vragen van de leden van de PvdA-fractie of een nadere toelichting gegeven kan worden op 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, deel ik mede dat de criteria van de trechter Dunning al zijn geoperationaliseerd. De criteria leiden regelmatig tot herijking van het pakket. Zo zijn de pakketmaatregelen die per 1 januari 2004 en per 1 januari 2005 zijn getroffen, het resultaat van consequente toepassing van de trechter. De criteria zijn ook toegepast bij de Zvw en hebben geleid tot de zorgvormen die in artikel 10 van de Zvw staan.

In de memorie van toelichting wordt, zo stellen 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. Zij vragen of kan worden aangegeven op welke wijze en in welke mate het voorliggende wetsvoorstel bijdraagt aan de vermindering van die spanning.

In antwoord hierop merk ik op dat ik aanneem dat deze leden doelen op de passage die staat in het algemene deel van de memorie van toelichting onder het kopje «contracteerplicht». Daarin staat niet dat een zodanige

spanning zich voordoet, maar dat de financiële houdbaarheid van het stelsel met zich kan brengen dat gebruik gemaakt moet worden van de bevoegdheid die artikel 12, eerste lid, van de Zvw geeft. Bijvoorbeeld, bij een vrije prijsvorming worden de tarieven die de beroepsbeoefenaren hanteren bij bepaalde zorg, zo hoog dat die zorg onbetaalbaar wordt. Dan kan het wenselijk zijn de verstrekking of vergoeding van de desbetreffende zorg te binden aan overeenkomsten, zodat aanbieders met zorgverzekeraars moeten onderhandelen over de prijs. De situatie moet dan wel dusdanig zorgwekkend zijn dat een inbreuk op de Europese regels inzake vrije dienstverlening gerechtvaardigd is. Op dit moment doet zo'n situatie zich niet voor.

De leden van de PvdA-fractie vragen of kan worden aangegeven op welke wijze en met welke middelen het CVZ het pakket zal beoordelen en voorstellen zal doen ter vergroting dan wel verkleining van het pakket.

De taak van pakketbeheerder van het CVZ houdt in eerste aanleg in dat het CVZ beoordeelt of de zorg aan de wettelijke omschrijvingen van de prestaties voldoet. Het CVZ doet dat met de deskundigheid die het CVZ op het terrein van de zorgverzekeringen sinds jaar en dag heeft. Ook rapporteert het CVZ mij over gesignaleerde knelpunten in de praktijk. Een voorbeeld hiervan is de signaleringslijst die het CVZ sinds 1999 bijhoudt over de verstrekking van hulpmiddelen. Het CVZ doet dit met de volgende middelen: onderzoek, literatuurstudie, opgebouwde expertise, signalen uit de praktijk en jurisprudentie. Op basis hiervan geeft het CVZ een oordeel. Het is uiteindelijk niet het CVZ maar de wetgever die beslist wat er in het pakket zit.

De leden van de SP-fractie vragen 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. Zij vragen welke invloed het parlement en ik blijven houden en op welke manier wij die invloed kunnen (blijven) uitoefenen.

Het antwoord op deze vraag luidt dat die kans bij de Zvw niet bestaat. Het is immers de wetgever die de aard, inhoud en omvang van de zorg die in het pakket zit en de inrichting van het zorgstelsel vaststelt. Dat zijn dus niet de zorgverzekeraars. Zowel de overheidsverantwoordelijkheid voor, als de beïnvloedingsmogelijkheden van, omvang en samenstelling van het pakket blijven dus overeind.

De leden van de fracties van D66 en OSF willen 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 vinden deze leden 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 merken 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; de leden van de D66 en OSF-fractie zijn zeer bevreesd dat het lastig wordt voor mensen met een «vlekje» om van verzekeraar te wisselen. Zij vragen dan ook welk pakket in de basisverzekering gaat en waarvoor moet worden bijverzekerd.

De zorg waarop de Zvw betrekking heeft komt overeen met het ziekenfondspakket zoals dat op het moment van inwerkingtreding van deze wet naar aard, inhoud en omvang is vastgesteld. Dit pakket omvat de op genezing gerichte zorg en is getoetst aan de uitgangspunten zoals in de memorie van toelichting op de Zvw zijn beschreven. Behalve de zorg van het ziekenfondspakket omvat de zorg ook de op genezing gerichte extramurale ggz en de intramurale ggz tot één jaar. Het gaat daarbij om de zorg waarop tot de inwerkingtreding van de wet aanspraak bestond ingevolge de AWBZ alsmede de zogenoemde eerstelijnspsychologie. Het pakket is naar mijn mening zodanig samengesteld dat de noodzakelijke zorg voor iedereen beschikbaar is. Ten aanzien van het beleid van verzekeraars inzake de acceptatie voor aanvullende verzekeringen wil ik graag het volgende opmerken. Zoals ik hiervoor al heb aangegeven hebben zorgverzekeraars afgesproken om vóór 1 november 2005 aan hun huidige verzekerden een non-select, integraal aanbod te doen voor de hoofdverzekering én aanvullende verzekering, dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking. Dit betekent dat zorgverzekeraars coulant zullen omgaan met de acceptatie van verzekerden voor een aanvullende verzekering.

De leden van de SP-fractie merken op dat de omvang van het pakket op hoofdlijnen gelijk wordt gesteld met het huidige ziekenfondspakket. Dit lijkt heel duidelijk. Zij geven aan dat er in de praktijk toch veel onduidelijkheid is over de precieze invulling. De leden van de SP-fractie menen dat de stelling over de gelijkwaardigheid met het ziekenfondspakket slechts in zoverre opgaat dat dezelfde thema's behandeld worden. De functiegerichte benadering geeft, volgens hen, veel minder duidelijkheid. Zij vinden dat in de praktijk veel zal afhangen van de manier waarop de zorgverzekeraars 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, zo menen zij. De leden van de fracties van de SGP en de CU vragen wat bijvoorbeeld de garanties zijn dat zorgverzekeraars ook echt voldoende dure behandelingen in zullen kopen voor chronische zieken of oudere patiënten.

In antwoord hierop merk ik op dat de aard, inhoud en omvang van de prestatie (de zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan waarop aanspraak bestaat) bij wettelijk voorschrift wordt geregeld. Daar heeft de zorgverzekeraar geen eigen vrijheid in. Wie de zorg verleent, waar die wordt verleend en de procedurele voorwaarden waaronder de zorg wordt verleend zijn zaken waarover de zorgverzekeraar in de zorgovereenkomst afspraken maakt met de verzekerde. Het gaat hierbij om de organisatie van de zorg en niet om de aard, inhoud en omvang van die zorg. De zorgverzekeraar kan dus niet beslissen noodzakelijke dure behandelingen die in het pakket zitten, voor chronische zieken of oudere patiënten, buiten het pakket te laten. Gezien het gekozen systeem van risicoverevening heeft hij daar ook geen prikkel voor. De extra financiële risico's die de zorgverzekeraar loopt als gevolg van chronische zieken en ouderen in zijn verzekerdenbestand, vallen immers door de verevening weg.

Functiegericht omschreven verzekeringsrechten

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

In de Zvw is vastgelegd op welke prestaties de zorgverzekering betrekking dient te hebben. De zorgverzekering is in het systeem van de Zvw een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer gesloten schadeverzekering die moet voldoen aan wat in de Zvw is geregeld omtrent de aard,

inhoud en omvang van de zorg die met de verzekering is gedekt. De Zvw legt voorts de verplichting op aan de zorgverzekeraar om deze zorgverzekering vast te leggen in een zorgpolis (de akte waarin de zorgverzekering moet worden vastgelegd). Dit systeem zorgt er voor dat de verzekerde weet waarop zijn zorgverzekering betrekking heeft. De vrijheidsgraden bij de concretisering van de wettelijke prestaties op aanbiederniveau leiden ertoe dat de mogelijkheden van zorg op maat sterk worden vergroot.

De leden van de PvdA-fractie vragen of, gelet op het feit dat de omvang van het basispakket wordt uitgedrukt in functiegerichte omschrijvingen, in de polis zal moeten worden aangegeven op welke wijze inhoud zal worden gegeven aan de zorg. Zij vragen op welke wijze bijvoorbeeld de medisch-specialistische zorg zal 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, zo vragen zij. 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 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. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe hierin wordt voorzien.

Hoe de zorg wordt omschreven in de zorgpolis, is een aangelegenheid van de zorgverzekeraar. De omschrijving zal moeten voldoen aan de wettelijk omschreven zorg wat betreft aard, inhoud en omvang van de zorg. De wijze waarop de zorgverzekeraar daaraan in de zorgpolis inhoud heeft gegeven, is ook bepalend voor de restitutie die wordt gegeven bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In de gevallen waarin de polis uitgaat van gecontracteerde zorg maar daarin niet voorziet in een contract met een zorgaanbieder op wie de verzekerde is aangewezen vanwege de specifieke behandeling die nodig is, moet de verzekeraar 100% van de gemaakte kosten restitueren.

De leden van de SGP en CU-fracties merken op dat bij de functiegerichte omschrijving alleen de aard en omvang van zorg zijn vastgelegd, en dat niet is bepaald door wie het moet gebeuren. Deze leden vragen of dit betekent dat feitelijk «willekeurige personen» zorg kunnen verlenen en hoe de verhouding tot bijvoorbeeld de Kwaliteitswet is. Een andere vraag in dit verband is of bijvoorbeeld ook familieleden verpleegkundige zorg of kraamzorg kunnen verlenen met een vergoeding van de onkosten op basis van de Zorgverzekeringswet en 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. Deze leden vragen of dit is wat ik er ook mee voor ogen heb. Zij vragen of ik dat een wenselijke ontwikkeling vind. Volgens hen zijn hier wel duidelijke normen nodig, zodat functiegerichte benadering niet leidt tot enorm explosieve groei.

De functiegerichte omschrijving biedt ruimte aan verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het verzekeringspakket naar eigen keuze in te vullen binnen de door de wetgever gestelde grenzen. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de wens van de verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om niet alles in starre centrale regelgeving vast te leggen, maar het pakket op eigen wijze te mogen concretiseren. Dit biedt de mogelijkheid om zorgpolissen op maat aan te bieden.

Anders dan bij de Zfw, regelt de Zvw inderdaad niet door wie de verzekerde zorg wordt geleverd. In de zorgpolis dient te worden beschreven aan welke hoedanigheid, bekwaamheid of geschiktheid een zorgverlenende persoon of instelling moet voldoen, wil diens zorg voor rekening van de zorgverzekering komen. Het antwoord op de vraag of willekeurige personen zorg kunnen verlenen die voor vergoeding in aanmerking komt, hangt dus af van de invulling die zijn zorgverzekeraar aan de polis heeft gegeven.

Indien de zorg wordt geleverd door instellingen, is hoe dan ook de Kwaliteitswet zorginstellingen daarop van toepassing. Voor de individuele beroepsbeoefenaren is er de wet BIG.

Het aanwijzen van familieleden in de polis is niet aan de orde omdat de zorg eisen stelt aan de deskundigheid van hulpverleners. Verblijf komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Daarmee wordt duidelijk dat niet elk verblijf onder de zorg in het kader van de Zvw is begrepen. Verblijf thuis of bij een familielid valt daar dus niet onder. Een persoonsgebonden budget voor verblijf is overigens ook in de AWBZ niet mogelijk.

De leden van de PvdA-fractie vragen of kan worden aangegeven welke definitie van acute zorg wordt gehanteerd en waar de grens ligt tussen acute en electieve zorg.

Zoals ik in de beleidsvisie WTZi (Kamerstukken II 2004/05, 27 659, nr. 47) heb geschreven doet acute zorg zich voor bij een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling. Er is dan sprake van een levensbedreigende situatie of van een situatie waarbij uitstel van hulp ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid. Electieve zorg daarentegen heeft geen spoedeisend karakter, is goed te plannen en de afstand die de patiënt moet afleggen naar de zorgaanbieder, is minder van belang. De behandeling wordt in principe in overleg met de patiënt gepland. De tijd die verstrijkt vanaf de diagnose tot de daadwerkelijke behandeling, hangt mede af van de behandelcapaciteit. Electieve basiszorg kan zowel eenmalige zorg zijn, als zorg die vaker of doorlopend nodig is, de chronische zorg. De grens tussen acute zorg en electieve zorg betreft dus de termijn waarop hulp nodig is. Als uitstel van enkele uren niet mogelijk is, is de zorgvraag acuut.

De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd hoe het recht op een second-opinion zich verhoudt tot een beperking van de keus uit zorgaanbieders die het gevolg kan zijn van een selectief contracteerbeleid.

Een verzekeraar kan om uiteenlopende redenen overgaan tot een selectief contracteerbeleid. Bijvoorbeeld omdat hij alleen zorgaanbieders wil contracteren die een uitmuntende service aan zijn verzekerden biedt. Of omdat hij alleen die zorgaanbieders wil contracteren die zorg tegen een scherpe prijs aanbieden (in dit geval mag worden aangenomen dat daar ook een lagere premie voor verzekerden tegenover staat). Het is de verzekerde zelf die eventueel kiest voor een zorgpolis met een beperking van de keus uit zorgaanbieders. Ook bij deze zorgpolis heeft een verzekerde uiteraard recht op een second-opinion. Deze second opinion kan plaatsvinden bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Indien de verzekerde zich echter wil wenden tot een niet-gecontracteerde aanbieder, dan mag de zorgverzekeraar desgewenst met toepassing van artikel 13, eerste lid, van de Zvw de hoogte van de vergoeding beperken.

De leden van de VVD-fractie willen weten of het mogelijk is dat een zorgverzekeraar om aan zijn zorgplicht te voldoen ook gezondheidszorgverleners contracteert die niet in een Big-register staan ingeschreven. Zij

vragen ook of een zorgverzekeraar bijvoorbeeld in zijn collectieve contract kan opnemen dat een bedrijfsarts de zorg die huisartsen plegen te bieden op zich neemt of dat de burger zich voor deze hulp in het weekend moet wenden tot de Eerste Hulpdienst van een ziekenhuis.

De Wet BIG kent zogenoemde «voorbehouden handelingen» die – afhankelijk van de handeling – slechts mogen worden verricht door personen die in het toepasselijke register zijn ingeschreven. Alle andere handelingen in het kader van de zorgverlening mogen door iedereen worden verricht, mits men daarbij geen (aanmerkelijke kans op) onnodige schade aan de gezondheid van de patiënt veroorzaakt. Gezien het te verzekeren pakket, zal een zorgverzekeraar ten minste in de Big-registers ingeschreven zorgaanbieders moeten contracteren. Hij kan daarnaast andere zorgaanbieders contracteren, maar uiteraard niet voor het verrichten van voorbehouden handelingen of handelingen die (buiten noodzaak) schade aan de patiënt (kunnen) toebrengen.

Een zorgverzekeraar kan in een collectief contract opnemen dat men voor bepaalde vormen van zorg die doorgaans door de huisarts worden verleend, naar de bedrijfsarts kan, maar zal zich daar niet toe kunnen beperken. Allereerst niet, omdat de werknemers van het desbetreffende bedrijf waar het hier om gaat, daarmee niet akkoord zullen gaan. Maar ook niet, omdat de zorgverzekeraar aldus in strijd zou komen met artikel 3 Zvw. Immers, op grond van dat artikel heeft iedere verzekerde recht te kiezen uit alle in zijn woonprovincie aangeboden zorgverzekeringen. Dat wil zeggen dat ook verzekeringsplichtigen die niet werken bij het bedrijf waarvoor het collectieve contract geldt, voor de in dat contract aangegevoelde polis(sen) moet kunnen kiezen, zij het dat zij dan uiteraard de collectiviteitskorting op de premie niet krijgen. Indien men nu krachtens de modelovereenkomst voor (bepaalde) zorg die doorgaans door een huisarts wordt verleend, slechts naar een bedrijfsarts van het desbetreffende bedrijf zou kunnen gaan, wordt niet-werknemers van dat bedrijf in wezen de keuze voor de desbetreffende modelovereenkomst onmogelijk gemaakt. Wel zou een verzekeraar kunnen bepalen dat wanneer verzekerden de mogelijkheid hebben om zich (onder werktijd) tot een bedrijfsarts te wenden, zij eerst van deze mogelijkheid gebruik dienen te maken worden alvorens zij zich tot een huisarts wenden. Dit laat onverlet dat een zorgverzekeraar die in een bepaalde provincie zorgverzekeringen aanbiedt die van gecontracteerde zorg uitgaan, er altijd voor zal moeten zorgen dat hij zoveel (verschillende) zorgaanbieders contracteert, dat iedere verzekeringsplichtige die in die provincie woont en voor die zorgverzekering kiest, voor alle vormen van verzekerde zorg een reële toegang tot voldoende zorgaanbieders heeft.

Een zorgverzekeraar kan in theorie in zijn modelovereenkomst inderdaad opnemen dat een verzekerde zich voor zorg die huisartsen plegen te bieden, in het weekend tot een Eerste Hulpdienst dient te wenden. Het is overigens onwaarschijnlijk dat een dergelijke bepaling veel zal worden toegepast, aangezien de Eerste Hulp over het algemeen een duurdere voorziening zal zijn.

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.

De leden van de fracties van D66 en OSF vragen hoe het kabinet staat tegenover een «gezond gedrag»-polis en of het kabinet bereid is dit te stimuleren en zo ja, met welke concrete acties en wanneer; en zo nee, waarom niet.

Het kabinet hecht waarde aan een gelijke toegang tot gezondheidszorg zowel voor mensen met een gezonde als voor mensen met een ongezonde leefstijl. Vanuit de notie van de Raad van State dat een belangrijk deel van de gezondheidszorgkosten wordt veroorzaakt door een ongezonde leefwijze, lijkt een vorm van «gezond-gedrag-polis» aantrekkelijke kanten te hebben. Daartegenover staan echter nadelen in de sfeer van arbitraire casuïstiek en de daaruit voortvloeiende uitvoerings- en handavingsproblematiek. Zoals ik in het nader rapport (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 4) heb aangegeven, verwacht ik dat zorgverzekeraars zich in aansluiting op de positieve prikkel die van de no-claimteruggaveregelung uitgaat, zullen inspannen om hun verzekerden te stimuleren tot een gezonde leefwijze en hen daarbij zo nodig te begeleiden. Zoals ik heb toegezegd bij de plenaire behandeling van de Zvw in de Tweede Kamer, kom ik hierop terug in de Preventienota.

De leden van de SGP- en CU-fractie vragen waarom bij de omschrijving van de zorgaanspraken in het Besluit zorgverzekering gekozen is voor de term «plegen te bieden», terwijl er toch in de toelichting vooral gewerkt wordt met het gebruikelijkheids criterium. Zij vragen of «plegen te bieden» precies hetzelfde betekent als de omschrijving in het tweede lid van artikel 2.1 van het Besluit (i.e. de stand wetenschap en praktijk of verantwoorde en adequate zorg). Als de betekenis toch verschillend is willen zij weten door wie en hoe dan wordt uitgemaakt waarop de verzekerde recht heeft.

Door aan het begin van paragraaf waarin de prestaties worden geregeld eenmaal het «gebruikelijkheids criterium» voor alle prestaties te hanteren, hoeft dat niets steeds in alle volgende bepalingen herhaald te worden. De term «plegen te bieden» heeft geen andere betekenis maar wordt telkens ingevuld met toepassing van artikel 2.1, tweede lid, van het concept Besluit zorgverzekering.

De leden van de SGP- en CU-fractie wijzen op het belang van een goed verankerde positie van de eerstelijnszorg. Zij stellen dat de belangrijke poortwachtersfunctie niet wordt opgeheven door dit wetsvoorstel. Zij menen dat in de oorspronkelijke plannen dit echter wel mogelijk was en zouden dat volstrekt ongewenst vinden. Zij willen het unieke systeem in Nederland graag behouden en stellen dat als gevolg van het amendement deze functie nu duidelijk in de wet is verankerd.

Deze leden vragen of ik ook bereid ben in de lagere regelgeving duidelijk op te nemen dat zorgverzekeraars 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.

Allereerst wil ik graag opmerken dat ik de poortwachtersfunctie van de huisarts van groot belang vindt. Dat blijkt ook uit de nota van toelichting op het ontwerp-Besluit zorgverzekering dat op 16 november 2004 bij de nota naar aanleiding van het verslag aan de Tweede Kamer was gevoegd (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 7).

In de lagere regelgeving (het Besluit zorgverzekering) wordt geregeld dat de geneeskundige zorg onder meer zorg omvat zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg van de huisarts wordt dus inderdaad als uitgangspunt genomen voor de inhoud en omvang van de door deze leden bedoelde basiszorg. Deze wijze van regeling is volkomen in

overeenstemming met het amendement-Van der Vlies en Smilde (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 44), waarin geregeld is dat geneeskundige zorg in ieder geval integrale eerstelijnszorg omvat zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden.

Het ontwerp van de desbetreffende amvb is inmiddels ter voldoening aan artikel 124 Zvw aan beide kamers der Staten-Generaal overgelegd. Zoals in de nota van toelichting is aangegeven, kadert het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Met andere woorden: de wens van deze leden dat de huisarts niet alle taken zelf hoeft te verrichten, is met de invulling in de amvb gehonoreerd. Naar verwachting zullen zorgverzekeraars met het oog op een doelmatige verlening van zorg aan hun verzekerden de huisarts (of eventueel een andere zorgaanbieder in de eerstelijnszorg) als poortwachter voor de tweedelijnszorg in hun polis handhaven.

Ik ga ervan uit dat met het bovenstaande de vragen van de leden van de SP-fractie met betrekking tot de functiegerichte omschreven verzekeringsrechten ook beantwoord zijn.

Kwaliteit van zorg

De vragen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie met betrekking tot de kwaliteit van zorg zijn beantwoord onder het kopje «*Eisen aan het systeem van gezondheidszorg*».

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom verzekerden niet de mogelijkheid wordt geboden om in plaats van ieder jaar van zorgverzekeraar te kunnen wisselen, 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 artsenkeuze door restitutie in het gedrang komt, zou, volgens hen, met een dergelijke regeling toch te ondervangen zijn.

Zoals ik eerder in deze memorie van antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie heb geantwoord, maakt de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders waar een verzekerde bij zorgbehoefte naar toe kan, deel uit van een zorgverzekering die uitgaat van gecontracteerde zorg (naturaverzekering of restitutieverzekering met achterliggende zorgcontracten). Bij Uw Kamer is aanhangig een wetsvoorstel houdende vaststelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe Burgerlijke Wetboek (Kamerstukken I 2002/03, 19 529, nr. 206). Zoals in de artikelsgewijze toelichting op artikel 7 Zvw is aangegeven, bouwt de Zvw op dat wetsvoorstel voort, en het is dan ook van belang dat ook dat wetsvoorstel met ingang van 1 januari 2006 in werking treedt. Artikel 7.17.1.13, vierde lid, BW waarin eerderbedoeld wetsvoorstel voorziet, zal regelen dat een verzekering kan worden opgezegd indien de verzekeraar de polisvoorwaarden ten nadele van de verzekerde wijzigt. Dat zal ook gelden voor zorgverzekeringen. Overeenkomsten, en derhalve ook verzekeringsovereenkomsten, dienen echter wel met inachtneming van de eisen van redelijkheid en billijkheid te worden uitgevoerd. Dat betekent dat niet iedere wijziging in de lijst met zorgaanbieders tot een opzeggingsrecht hoeft te leiden. Van belang daarbij is, hoe nadelig de beëindiging van het zorgcontract met de desbetreffende zorgaanbieder voor de verzekerde is. Is deze bijvoorbeeld bij de zorgaanbieder in behandeling, dan kan ervan uit worden gegaan dat de verzekerde in redelijkheid kan opzeggen als zijn verzekeraar niet bereid zou zijn hem toe te staan de behandeling voor zijn rekening voort te zetten. Heeft, aan de andere kant, een in Zuid-Holland wonende verzekerde op basis van een landelijke polis het recht om naar alle Nederlandse apothekers te gaan en

beëindigt zijn verzekeraar een contract met een Friese apotheker, dan zal de verzekerde slechts in uitzonderingssituaties een opzeggingsrecht hebben. Er kan dan immers niet in redelijkheid gesproken worden van een wijziging «ten nadele» van de verzekerde. Het is uiteindelijk – net als overigens bij alle overeenkomsten – aan de burgerlijke rechter om invulling te geven aan wat in casu redelijk en billijk is.

Kortom, anders dan de leden van de PvdA-fractie veronderstellen is er sprake van een én-én-situatie: de verzekerde kan in ieder geval ieder jaar opzeggen, en kan bovendien opzeggen indien de zorgverzekeraar een contract met een zorgaanbieder opzegt, mits hij voldoende belang bij dat contract had.

Hoewel een verzekerde in het hier genoemde geval ook kan besluiten om niet op te zeggen en tegen (mogelijk: gedeeltelijke) restitutie naar de zorgaanbieder te gaan (zie artikel 13 Zvw), is artikel 13 Zvw in eerste instantie voor een andere situatie geschreven. Op grond van dat artikel kan een verzekerde die heeft gekozen voor een zorgverzekering met gecontracteerde zorg altijd ook naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, maar kan het zijn dat de zorgverzekeraar de rekening slechts gedeeltelijk vergoedt.

De aanvullende verzekering

De leden van de SP-fractie merken op dat risicoselectie bij de standaardverzekering niet is toegestaan, wel bij de aanvullende verzekering. In de Tweede Kamer heb ik, zo geven de leden van de SP-fractie aan, betoogd dat ontkoppeling risicoselectie in de hand zal werken en dat daarom koppeling van basis en aanvullende verzekering te prefereren is. De leden van de SP-fractie vragen mij deze stelling met argumenten te onderbouwen.

Het is voor de leden van de CDA-fractie een duidelijk gegeven, dat in het kader van een privaatrechtelijke verzekering aan de zorgverzekeraars terzake van een aanvullende verzekering in feite moeilijk voorwaarden kunnen worden opgelegd. Desondanks is – hoewel ik het amendement terzake heb ontraden – een desbetreffend amendement met grote meerderheid aanvaard. De leden van de CDA-fractie vragen wat ik me terzake voorstel, nu hierdoor nieuwe spanningen zijn opgeroepen en de zorgverzekeraars terecht erop wijzen, dat dit een rechtstreeks ingrijpen in de aanvullende verzekering is. Zij vragen of ik nog andere mogelijkheden zie, mede om strijd met de Europese regelgeving te voorkomen. Overigens is het nog maar de vraag of ontkoppeling niet juist de keuzevrijheid beperkt en bovendien het gevaar van risicoselectie oproept met alle gevolgen van dien. De leden van de CDA-fractie vragen of ik in het overleg met de zorgverzekeraars oplossingen wil zoeken om dit gevaar te voorkomen.

Ik heb de Tweede Kamer tijdens de plenaire behandeling van de Zvw gemeld dat het door het amendement ingevoerde artikel, dat bedoeld is als bescherming van de verzekerden, onbedoelde effecten kan hebben. Weliswaar biedt het bescherming tegen het opzeggen van een aanvullende verzekering wanneer iemand de zorgverzekering bij een verzekeraar opzegt, maar de mogelijkheid bestaat dat er moeilijkheden gaan ontstaan bij het aangaan van de verzekering omdat de verzekeraars, anders dan thans, risicoselectie gaan toepassen. Dit, omdat zij degenen die eenmaal geaccepteerd zijn voor een aanvullende verzekering, niet meer kunnen kwijtraken door het opzegverbod van het bij amendement ingevoegde artikel 120 Zvw. Overleg met zorgverzekeraars om dit tegen te gaan is er

niet anders dan met betrekking tot afspraken over de overgangssituatie waarop ik hieronder nog zal ingaan.

Zoals ik hiervoor al heb opgemerkt, heb ik bij de behandeling heb ik bij de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer enige aarzelingen uitgesproken over de verenigbaarheid van ingrijpen in de privaatrechtelijke aanvullende verzekering met het Europese recht. Het verbod om een aanvullende verzekering op te zeggen in een bepaalde situatie gaat namelijk lang niet zo ver als het gebod tot accepteren voor die verzekering voor onbepaalde tijd. Verzekeraars behouden, ook met het door het amendement ingevoerde artikel, de mogelijkheid om de aanvullende verzekering te beëindigen, zij het niet vanwege het beëindigen van de voorliggende zorgverzekering maar om andere redenen.

Een zelfde opmerking maken de leden van het CDA-fractie terzake van de motie, waarin wordt gevraagd met een voorstel te komen om bij het verlaten van de collectiviteit de aanvullende verzekering te mogen behouden. Deze leden geven aan dat een voorstel weliswaar van een andere aard is dan het verrichten van het door mij toegezegde onderzoek maar geven aan dat het hen heeft verwonderd dat ik geen bezwaar tegen de motie had. Zij vragen of ik mijn standpunt nog eens kan toelichten.

De motie lijkt uit te gaan van de gedachte dat iemand die een zorgverzekering heeft met een collectiviteitskorting geen zorgverzekering meer zou hebben wanneer hij uit het collectief treedt, bijvoorbeeld wegens pensionering. Dat is een misverstand. De zorgverzekering loopt gewoon door, zij het zonder recht op korting. Niet in te zien valt waarom de zorgverzekeraar in dat geval de aanvullende verzekering zou beëindigen, want de betrokken verzekerde kan dat voorkomen door zijn zorgverzekering op te zeggen. Het zal derhalve zo zijn dat in redelijk overleg tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde ofwel de aanvullende verzekering gewoon doorloopt ofwel – wanneer het een aanvullende verzekering is die specifiek is toegesneden op een bepaalde bedrijfs-situatie – wordt omgezet in een «normale» aanvullende verzekering, zij het mogelijk met verlies van de collectiviteitskorting.

De leden van de CDA-fractie maken zich ernstige zorgen over de mogelijkheden voor de chronisch zieken en gehandicapten om een aanvullende verzekering te krijgen. Zij vragen op welke wijze een weigering van deze categorie kan worden voorkomen.

Chronisch zieken en gehandicapten die op dit moment een aanvullende verzekering hebben kunnen die gewoon, zoals eerder aangegeven, behouden. Overigens heb ik vernomen dat Agis en de CG-Raad-ANGO nu, met de proef via de ANGO, een aanvullende verzekering bieden voor iedereen tegen dezelfde prijs. Ik heb begrepen dat dit haalbaar is door belangen te bundelen. Voor grote groepen patiënten met dezelfde aandoening, die allemaal een soortgelijke behandeling nodig hebben, kunnen goedkopere contracten met ziekenhuizen en andere centra afgesloten worden. Door zorginkoopvoordelen rechtstreeks ten goede te laten komen aan de verzekerden die via de CG-Raad-ANGO een polis bij Agis afnemen, blijven de premies betaalbaar.

Ik hoop op een toename van dergelijke initiatieven in de toekomst, aangezien dit een belangrijke rol kan spelen in de concurrentiestrijd tussen zorgverzekeraars. Op deze manier hebben ook chronisch zieken de mogelijkheid tot het sluiten van een aanvullende verzekering.

Naar het oordeel van de leden 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 met een aanvullende verzekering zullen dekken. De leden van de PvdA-fractie vragen welke

mogelijkheden er bestaan voor verzekeraars tot risicoselectie voor de aanvullende verzekering bij de eerste aanmelding voor een aanvullende verzekering.

Deze leden merken tevens op dat het pakket dat nu door particuliere verzekeraars wordt aangeboden, niet in alle gevallen overeenkomt met het voorgestelde basispakket. Deze leden vragen hoe de verzekering voor zorg die nu nog mogelijk binnen het particulier verzekerde pakket, maar straks buiten het basispakket valt, wordt voortgezet. De leden van de PvdA-fractie vragen of het mogelijk is in het geval een verzekerde er voor zou kiezen deze dekking om te zetten naar een aanvullende verzekering, dat hij hiervoor wordt geweigerd.

De VVD fractie heeft begrepen dat de leden van Zorgverzekeraars Nederland geen consensus hebben bereikt over een code om de aanvullende en basis verzekering bij de start naar het nieuwe stelsel aan elkaar te koppelen. Zij vragen of ik hier mijn standpunt over kan geven.

Zoals al eerder aangegeven, bestaat bij het afsluiten van een aanvullende verzekering geen acceptatieplicht. Een zorgverzekeraar mag een aspirant-verzekerde weigeren. Dat is in het hier bedoelde geval echter niet aan de orde, aangezien de dekking van de bestaande particuliere verzekeringen slechts vervalt voor zover die dekking in de zorgverzekering zit. De particuliere verzekering loopt voor het overige gewoon door. Anders dan de leden van de VVD fractie veronderstellen heb ik wel degelijk met ZN consensus bereikt over de overgang van verzekerden bij de invoering van de Zvw. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat alle verzekeraars die op 1 januari 2006 de Zvw uitvoeren vóór 1 november 2005 aan hun verzekerden een aanbod doen, niet alleen voor de zorgverzekering, maar ook voor de aanvullende verzekering, dat dicht ligt bij de verzekering die zij voor 1 januari 2006 bij die verzekeraar hadden. De zorgverzekeraar accepteert de verzekerden dan op non-selectiebasis voor zijn aangeboden aanvullende verzekering. Daarmee wordt bereikt dat voor alle huidige ziekenfonds- en particulier verzekerden een aanbod in de markt ligt dat hen de mogelijkheid biedt om zonder selectie en nadere voorwaarden ten aanzien van de dekking niet alleen zorgverzekerd maar ook aanvullend verzekerd te zijn. Ook wordt daarmee de toegang tot de aanvullende verzekering, voor de particulier verzekerden die nu veelal geen afzonderlijke aanvullende verzekering kennen, zorgvuldig geregeld.

De leden van de SP-fractie geven aan dat 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 basis-verzekering en de aanvullende verzekering, zo zijn bijvoorbeeld bij fysiotherapie de eerste 9 behandelingen ondergebracht bij de aanvullende verzekering en worden de vervolghandelingen bij bepaalde chronische aandoeningen uit de standaard-verzekering vergoed, iets soortgelijks geldt voor IVF. De leden van de SP-fractie vragen hoe zorgverzekeraars hiermee moeten omgaan.

Zorgverzekeraars zullen hier op dezelfde wijze mee kunnen omgaan als thans de ziekenfondsen met de aanvullende verzekering omgaan. Thans hoor ik hierover geen problemen. Onder de Zvw zal, indien inderdaad gedekt door de aanvullende verzekering, de rekening van de eerste 9 behandelingen fysiotherapie voor bepaalde chronische aandoeningen en de eerste IVF-behandeling naar de verzekeraar moeten worden gestuurd waar de patiënt aanvullend verzekerd is, de rekeningen van de volgende behandeling gaan naar de zorgverzekeraar.

De leden van de fracties van D66 en OSF vragen of het kabinet op basis van feitelijke gegevens, statistieken, wil overtuigen dat slechts een gering deel van de bevolking zich aanvullend zou moeten bijverzekeren. Zij

vragen of het kabinet ook kan aangeven welke karakteristieken deze mensen hebben en welk deel van de chronisch zieken en gehandicapten, in percentage en absolute aantallen, niet zonder aanvullende verzekering kan. Zij vragen welk stelsel van maatregelen het kabinet heeft 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 over tien jaar niet het slachtoffer wordt van risicoselectie door de zorgverzekeraars, zo vragen zij.

Het is niet de opvatting van het kabinet dat slechts een gering deel van de bevolking zich aanvullend zou moeten bijverzekeren. De kosten van vormen van zorg die niet onder de aanspraken van de Zvw vallen, komen voor eigen rekening van de burger. De burger kan zich daarvoor overigens wel aanvullend verzekeren. Uit cijfers over de mate waarin ziekenfonds-verzekerden zich aanvullend verzekeren, blijkt dat veel mensen zich inderdaad aanvullend verzekeren. Daar kunnen verschillende redenen aan ten grondslag liggen. Chronisch zieken of mensen met een aandoening die verwachten kosten voor zorg te moeten maken die niet gedekt zijn in de hoofdverzekering (straks de Zvw), zullen zich aanvullend willen verzekeren. Mensen die verwachten in de toekomst kosten voor tandheelkundige zorg of orthodontie te zullen maken, nemen nu een aanvullende verzekering om straks (een deel van) die kosten ten laste van de aanvullende verzekering te kunnen brengen. En voor veel mensen is het afdekken van alle mogelijke kosten voor zorg via een aanvullende verzekering een geruststellende gedachte. Ik acht het in ieder geval van groot belang dat bij de overgang naar de Zvw alle verzekerden in principe de mogelijkheid krijgen om tegen een redelijke premie hun huidige verzekeringsdekking te kunnen voortzetten, waar nodig door middel van een aanvullende verzekering. Daarom heb ik zoals ik hiervoor al heb opgemerkt afspraken met ZN gemaakt.

2.4.e Rechtsbescherming

De leden van de CDA-fractie merken op dat de uitvoerige discussie over de «geschillencommissie» tot een vergaande wijziging van de oorspronkelijke tekst heeft geleid. Geschillen inzake polisaanspraken moeten nu worden voorgelegd aan een onafhankelijke instantie, die evenwel verplicht is advies te vragen aan het CVZ, een publiekrechtelijke instantie. Deze leden hebben begrepen dat ik het amendement, mede om principiële redenen, heb ontraden. Het was hun opgevallen dat ik geen sterkere bewoordingen heb gebruikt. Komt er nu wel een geschillenregeling, zo vragen zij.

Bij amendement op stuknummer 65 is de plicht van de onafhankelijke instantie om over geschillen met betrekking tot de aanspraken uit de verzekering advies van het CVZ te vragen, aan artikel 114 Zvw toegevoegd. Dat amendement verving het amendement op stuknummer 45. Amendement 45 ging echter veel verder dan amendement 65. Het regelde dat zorgverzekeringsgeschillen bij arbitrage moesten worden beslecht. Arbitrage sluit echter een gang naar de rechter uit. Partijen kunnen er vrijwillig voor kiezen, maar het is niet mogelijk om arbitrage wettelijk voor te schrijven. Immers, daarmee zou de wetgever in strijd komen met het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM), alsmede met de Grondwet, die bepalen dat een burger altijd het recht heeft om burgerrechtelijke geschillen aan de rechter voor te leggen. Daarom had ik inderdaad principiële bezwaren tegen amendement 45 (zie ook Kamerstukken II 2004/05, 29 762 en 29 763, nr. 26, p. 5). Amendement 65 (en nu dus ook artikel 114 Zvw) kent echter geen verplichte arbitrage. Het handhaaft de onafhankelijke geschillencommissie, en voegt daar slechts aan toe dat (a) een verzekeringnemer of

verzekerde eerst zijn zorgverzekeraar om heroverweging moet hebben gevraagd en (b) dat de commissie in bepaalde gevallen advies van het CVZ moet vragen. Tegen dat amendement had ik dan ook geen principiële bezwaren. Wel vond ik het minder wenselijk, omdat het, zoals ook ZN in zijn brief van 10 februari aan de Vaste Commissie voor VWS van Uw Kamer meldde, de vrijheid van zorgverzekeraars om de geschillen-procedure in te vullen inperkt. Naar mijn mening zouden partijen of de geschillencommissie namelijk ook zelf heel goed kunnen bepalen wanneer het vragen van CVZ-advies zinvol is (bijvoorbeeld niet in gevallen die sterk lijken op een geval waarover het CVZ eerder heeft geadviseerd). Aldus zou een flexibelere procedure, met minder vertraging, kunnen worden ingericht. Nu echter vrijwel alle fracties in de Tweede Kamer vóór het amendement hebben gestemd, dient de geschillen-regeling volgens het nieuwe artikel 114 Zvw er te komen.

Ook de leden van de SP-fractie stellen enkele vragen over de onafhankelijke geschillencommissie. Zij willen weten of het om één of meer instanties zal gaan, wie het initiatief tot oprichting neemt, wie deze financiert en wie de toegangstijd, afhandeling en de hoogte van de kosten bepaalt. Zij vragen verder of er een tijdpad bestaat waarop één en ander geregeld zal zijn en welke geschillen kunnen worden voorgelegd, en welke niet. Tevens vragen zij commentaar op de brieven die ZN op 10 februari jl. en de NPCF op 16 februari jl. hierover hebben geschreven.

Op grond van artikel 114 Zvw krijgen de zorgverzekeraars de plicht ervoor te zorgen dat hun verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van hun zorgverzekeringen kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Het zijn derhalve de zorgverzekeraars op wie de plicht rust om een (of meer) geschillencommissies op te richten of, indien bestaande commissies worden gehandhaafd, zich daarbij aan te sluiten. Artikel 114 Zvw zal gelden zodra de Zvw in werking treedt. Dat betekent dat de onafhankelijke geschillencommissies op of kort na 1 januari 2006 operationeel zullen moeten zijn. Het regelen van een afzonderlijke datum – dit in reactie op de opmerking van de NPCF in de aangehaalde brief aan de Vaste Commissie voor VWS van Uw Kamer – is niet nodig. Uit de brief van ZN van 10 februari 2005 blijkt dat ZN denkt aan één geschillencommissie, onder te brengen in een afzonderlijke rechtspersoon, waar ook de consumenten- en patiëntenorganisaties in zijn vertegenwoordigd. Dit lijkt mij een goed uitgangspunt. Komt die afzonderlijke rechtspersoon er inderdaad, dan ligt het in de rede dat deze zelf haar procedures regelt, inclusief afhandelingstijd en dergelijke. Aangezien de plicht om tot zorgen voor toegang tot een onafhankelijke geschillencommissie op de zorgverzekeraars rust, zullen zij ook voor de financiering ervan moeten zorgdragen. Uiteraard zal medefinanciering door anderen zijn toegestaan, mits de instantie maar onafhankelijk blijft. Zoals in de memorie van toelichting op de Zvw is aangegeven, is vooral om Europeesrechtelijke redenen besloten om het vragen van een bijdrage voor de geschillenbehandeling aan de verzekeringnemer of verzekerde niet te verbieden. Zo deze al zal worden gevraagd – de huidige klachtenafhandeling is zowel voor Zfw-verzekerden als voor particulier verzekerden kosteloos – dan mag deze in ieder geval niet zo hoog zijn, dat deze de toegang tot de geschillencommissie belemmert.

Aan de geschillencommissie zullen de verzekeringnemers en verzekerden alle geschillen over de uitvoering van hun zorgverzekering door hun zorgverzekeraar kunnen voorleggen. De geschillencommissie is vervolgens verplicht om het CVZ om advies te vragen indien het geschil betrekking heeft op de zorg of overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, of op de vergoeding daarvan. Te denken valt hier in ieder geval aan de vraag of een specifieke, door de verzekerde gewenste vorm van zorg of

dienst wel behoort tot het verzekerde pakket. Anders dan ZN in zijn brief van 10 februari 2005 stelt, betekent dit overigens niet dat het CVZ langs deze weg nog eens – doorgaans zal dit immers na de overlegging van de modelovereenkomsten reeds door het CTZ zijn geschied – toetst of de zorgpolis wel verzekert wat verzekerd moet worden. De taak van het CVZ zal zijn, te adviseren over de vraag of een bepaalde vorm van zorg of dienst, onder de aanspraken uit de verzekering valt, gegeven dat de verzekering een zorgverzekering is. Deze taak past goed bij de taak van pakketbeheerder, die het CVZ op grond van de artikelen 64, 65 en 66 Zvw heeft.

2.4.f De financiering

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom is afgezien van het bij wet vaststellen van de macropremielast.

De macro-premielast is een samenstel van verschillende elementen. Het betreft in elk geval de inkomensafhankelijke bijdragen, de (nominale) premies, de eigen betalingen en de rijksbijdrage voor kinderen. Op het moment dat de inkomensafhankelijke bijdrage (die de helft van de macro-premielast moet genereren) wordt vastgesteld, zijn er nog geen realisaties bekend van deze macro-premielast. Via de ministeriële regeling wordt een zo goed mogelijke raming van die last vastgesteld. Om te voorkomen dat de uiteindelijke lastenverdeling niet, zoals beoogd fifty-fifty is, wordt de «macro-premielast» achteraf nogmaals berekend. Eventueel optredende afwijkingen worden dan zodanig verrekend, dat de fifty-fifty-verhouding wordt hersteld.

De inkomensafhankelijke bijdrage en werkgeversbijdrage

De leden van de VVD-, PvdA-, SGP- en CU-fracties hebben vragen over de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage over WAO-, AOW- en bijstandsuitkeringen en over pensioenen. Zij informeren of de uitkerende instanties die bijdrage moeten inhouden en of zij ook worden verplicht de belaste vergoeding te betalen.

Alle verzekeringsplichtigen zijn over het bijdrage-inkomen een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd. Over inkomen dat onderworpen is aan de loonheffing, hetgeen bij de in de vraag genoemde inkomsten het geval is, vindt heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage aan de bron plaats. Dit betekent dat een inhoudingsplichtige op de uitkering niet alleen de over de uitkering verschuldigde loonbelasting en de premies volks- en werknemersverzekeringen moet inhouden en afdragen aan de Belastingdienst, maar ook de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw. Bij ministeriële regeling zal worden bepaald over welk bijdrage-inkomen de uitkeringsinstantie verplicht is de ingehouden inkomensafhankelijke bijdrage aan de verzekeringsplichtige te vergoeden. Daarbij zal in hoofdlijnen de situatie zoals die bij de heffing van ziekenfondspremie geldt, worden doorgetrokken. Dit houdt in dat een uitkeringsinstantie die in de ziekenfondsverzekering het werkgeversdeel van de over de uitkering verschuldigde ziekenfondspremie betaalt, in de Zvw als regel verplicht is de inkomensafhankelijke bijdrage aan de uitkeringsgerechtigde te vergoeden. Het UWV zal derhalve aan een WAO-gerechtigde de over de uitkering ingehouden Zvw-bijdrage moeten vergoeden. De gemeente vergoedt aan de bijstandsgerechtigde de over de uitkering verschuldigde Zvw-bijdrage. Bij de vaststelling van de hoogte van de bijstandsuitkering zal in het bruto-netto-traject daarmee rekening worden gehouden. De verschuldigde ziekenfondspremie over een AOW-uitkering of een pensioen kent geen werkgeversdeel. De premie wordt in zijn geheel op de uitkering ingehouden. Deze lijn zal in de Zvw worden doorgetrokken. De uitkerings-

instanties worden niet verplicht om de op de AOW-uitkering of het pensioen ingehouden inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage te vergoeden. Pensioenfondsen mogen dat uiteraard wel doen op vrijwillige basis, bijvoorbeeld indien dat in het pensioenreglement is opgenomen. Als gevolg van de netto-netto-koppeling (de koppeling van de netto AOW-uitkering aan het netto minimumloon) wordt bij de vaststelling van de hoogte van de bruto AOW-uitkering rekening gehouden met de over de uitkering verschuldigde Zvw-bijdrage.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke zekerheid werkgevers hebben over de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage als deze jaarlijks kan verschillen.

Werkgevers hebben over de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw dezelfde zekerheid die ze nu hebben over veel sociale premies. Die premies worden elk jaar opnieuw vastgesteld. Ook daarbij wordt onder andere rekening gehouden met de verwachte ontwikkeling van de uitgaven. Overigens geldt dat ongeveer tweederde van de werknemers in Nederland is verzekerd in het kader van de Zfw. Die Zfw kent een inkomensafhankelijke werkgeverspremie, waarop werkgevers geen invloed hebben. Bij de vergoeding van particuliere ziektekosten zijn er verschillen. Er zijn werkgevers die een vergoeding in de ziektekosten geven waarvan de hoogte gekoppeld is aan de ontwikkeling van de gemiddelde ziektekostenpremies. Ook deze werkgevers hebben geen invloed op de zorgkosten. Werkgevers met een collectief contract hebben afhankelijk van dat contract wel invloed op die ziektekosten. Het bovenstaande maakt duidelijk dat de invloed van werkgevers op hun bijdrage in de kosten van de gezondheidszorg niet erg verandert.

Financiële gevolgen voor verzekerden

De leden van de PvdA-fractie vragen nog eens naar de toegezegde studie naar de mogelijkheid de hoogte van de eigen bijdrage af te stemmen op het inkomen zoals bij de IZA wel gebeurt.

De leden van de D66- en OSF-fractie vragen of het bekend is tot op welke hoogte een no-claim verzekerden 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.

Op 21 december 2004 heeft de Eerste Kamer ingestemd met de wijziging van de Zfw in verband met de invoering van de no-claimteruggaveregeling. Ik heb tijdens dit debat toegezegd een brief te sturen waarin een aantal zaken aangaande de no-claimteruggaveregeling zijn uitgewerkt. Deze brief zal binnenkort aan de Eerste Kamer worden verzonden. De eerste bevindingen over de doorontwikkeling van het no-claimsysteem zullen in deze brief worden behandeld. Hieronder valt ook het voorstel om de hoogte van de eigen bijdrage af te stemmen op het inkomen zoals in de IZA gebeurt.

In de brief aan de Eerste Kamer zal ook het ontwerp van een evaluatiekader voor de no-claimteruggaveregeling zijn opgenomen. Aan de hand van dit evaluatiekader kunnen de effecten van de no-claimteruggaveregeling worden gemonitord. In de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling is onder andere de monitoring van gedrags- en gezondheidseffecten, de effectiviteit van de regeling en de consequenties voor het beroep op de huisarts van belang.

De leden van de D66- en OSF-fractie constateren 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 een beroep gedaan op het eigen risico. De fracties van D66 en OSF constateren dat dit onnodige uitvoeringsproblemen met zich meebrengt en tot hoge administratieve lasten leidt. De fracties zijn van mening dat eigen risico en no-claim voor de verzekerde per saldo inwisselbaar zijn. Deze leden voelen 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 hen betreft buiten het eigen risico. De fracties zijn er van overtuigd dat het hierboven beschreven systeem minder onnodige administratieve rompslomp en kosten met zich mee brengt. Zij vragen of het kabinet dit met de fracties eens is en, zo ja, of het kabinet dan serieus wil overwegen dit te bestuderen. Zo nee, welke harde argumenten het kabinet hiervoor heeft.

In de Zvw is de no-claimteruggave opgenomen die met ingang van 1 januari 2005 in de Zfw is ingevoerd. Bij de behandeling van het wetsvoorstel waarmee de no-claimteruggave in de Zfw is ingevoerd, heb ik uitvoerig uiteengezet waarom de regering heeft gekozen voor de invoering van de no-claimteruggave in plaats van het eigen risico dat in het hoofdlijnenakkoord was opgenomen. Belangrijke argumenten voor deze keuze zijn onder meer het ontbreken van een wezenlijke financiële toegankelijkheidsdrempel bij het inroepen van zorg en de lagere administratieve lasten. Deze argumenten gelden onverkort voor de no-claimteruggave in de Zvw. Daarom heeft de regering niet gekozen voor een verplicht eigen risico aan de voet. Wel is er in de Zvw gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Omdat dit vrijwillig is, hoeven zorgverzekeraars of verzekerden die dit naast de no-claimteruggave te belastend vinden hiervoor niet te kiezen. De zorgverzekeraar moet op grond van artikel 19, eerste lid, Zvw altijd van iedere zorgverzekering een variant zonder eigen risico aanbieden. Er kunnen dus altijd zorgverzekeringen zonder eigen risico worden afgesloten.

Bovendien is op verzoek van de Tweede Kamer bij nota van wijziging geregeld dat een eigen risico, de no-claimteruggave eerst komt en dan pas het eigen risico. Daarvoor is gekozen omdat anders niet duidelijk is wat er bij samenloop voor gaat. Deze duidelijkheid is onder meer gewenst omdat de huisarts wel in het eigen risico zit, maar niet in de no-claimteruggaveregeling. Ook deze verduidelijking draagt bij aan het voorkomen van administratieve rompslomp.

Zoals hiervoor is aangegeven, acht het kabinet een no-claimteruggave minder belastend dan een eigen risico. Daarom onderschrijf ik de opvatting van de leden van de D66- en OSF-fractie niet.

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 risicovereveningssysteem. 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. Zij menen dat ook ik terzake twijfels heb en vragen of dit niet had kunnen worden voorkomen. Ik volg 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, zo merken zij op. Welnu, het beoogde risicovereveningssysteem 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.

Ik stel graag het volgende voorop. De Europese staatssteunregels zijn er om te voorkomen dat bedrijven op een markt door steun met staats-

middelen een voordeel gaan verwerven ten opzichte van bedrijven die die steun ontberen. Artikel 87, lid 1, EG-Verdrag verklaart steunmaatregelen van de staten of in welke vorm ook met staatsmiddelen bekostigd, die de mededinging door begunstiging van bepaalde ondernemingen of bepaalde producties vervalsen, onverenigbaar met de gemeenschappelijke markt voor zover deze steun het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt. Van meet af aan heb ik onderkend dat het verstandig zou zijn het risicovereveningssysteem, maar ook het behoud van de reserves door de ziekenfondsen, op mogelijke staatssteunaspecten te laten toetsen door de Europese Commissie. De brief van Commissaris Bolkestein bevatte, wat betreft de risicoverevening, ook een zinsnede van deze strekking. De Raad van State heeft mij gesterkt in een voornemen dat toch reeds aanwezig was. Ik teken hierbij aan dat de Commissie zich, wat betreft de toepassing van de staatssteunregels in relatie tot gezondheidszorg en sociale zekerheid, zo is de ervaring van mijn ministerie, terughoudend opstelt. Niettemin achtte ik het van groot belang over deze dossiers de actieve dialoog aan te gaan. Daarvoor was nodig dat het beoogde risicovereveningssysteem in (regel-)technische zin voldoende ontwikkeld was om ook echt een duidelijk dossier te kunnen voorleggen. Zoals ik hiervoor al heb opgemerkt is in het najaar het prenotificatie-overleg van start gegaan. De notificatiedossiers zijn begin november bij de Europese Commissie ingediend. Ik hoop dat ik zo spoedig mogelijk uitsluitel verkrijg en zal u dienaangaande uiteraard ook informeren. Voor alle duidelijkheid: naar mijn oordeel is van enige bevoordeling van sommige ondernemingen ten nadele van andere ondernemingen geen sprake. Bij de risicoverevening gaat het om uitkeringen waarvoor alle zorgverzekeraars in aanmerking komen, zij het dat de omvang van de uitkering een weerspiegeling is van het risicoprofiel van de desbetreffende verzekeraar. Het risicovereveningssysteem compenseert de gevolgen van de acceptatieplicht en maakt het verbod op premie-differentiatie mogelijk. Zonder risicovereveningssysteem zouden acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie ondenkbaar zijn. Ik heb op basis van het tot dusver gevoerde overleg geen aanwijzing dat de Commissie dit niet ten volle onderkent.

De leden van de CDA-fractie hebben ook nog aangegeven dat zij met enige verbazing kennis hadden genomen van mijn uitspraak, dat ik geen aanleiding zag ieder wettelijk detail aan de Commissie voor te leggen en meende, dat de regering hier haar verantwoordelijkheid kon nemen. Zonder deze stelling in twijfel te trekken, lijkt het, aldus deze leden, toch uitermate zinvol ook over de details – en die kunnen uitermate belangrijk zijn – zo veel 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 ik zal vasthouden aan de publieke waarborgen, waardoor dan een publiekrechtelijke verzekering meer in zicht komt. Zij vragen welke consequenties hiervan worden verwacht en welke maatregelen dan moeten worden getroffen. Zoals ik met vele kán-bepalingen in het wetsvoorstel over een stok achter de deur wil kunnen beschikken, willen deze leden «ook voor het geval dat» over een ander scenario kunnen beschikken. Gaarne nodigen deze leden mij 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 tijdpad hier ook van belang zijn in verband met de invoeringsdatum van het wetsvoorstel. Al met al vraagt de CDA-fractie mij 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 mij verwachte uitsluitsel in januari 2005 (stuk 29 763, nr. 20, pagina 10) er blijkbaar nog niet is.

In antwoord op deze vragen merk ik op dat mijn weergegeven uitspraak betrekking had op de wetgeving rond de nieuwe zorgverzekering in algemene zin. Het Europese recht eist niet dat een lidstaat ieder wetsartikel van een voorgenomen wet of uitvoeringsbesluit aan de Europese autoriteiten voorlegt met de vraag: vindt u dat dit artikel niet strijdig is met de Europese wetgeving? Het wetgevingsproces in de 25 lidstaten zou doldraaien, als de wetgevingspraktijk zich zo zou ontwikkelen, en het apparaat in Brussel zou bij een dergelijke gang van zaken volledig vastlopen. Niet voor niets schreef Commissaris Bolkestein in zijn brief: «I should point out that the Commission does not usually give its formal opinion on the drafts of future legislation that a Member State is considering». Nadat de Commissie zich had uitgelaten over de kernelementen van de voorgenomen zorgverzekeringswetgeving, heb ik die wetgeving in overeenstemming daarmee ontwikkeld en ik blijf, zoals ik heb aangeduid, van mening dat die geen strijdigheid oplevert met het Europese recht. Wat betreft de maatregelen die mogelijkterwils als staatssteun gekwalificeerd kunnen worden, liggen de zaken wat anders. Hier geldt in beginsel een meldingsplicht (notificatieplicht). Het EG-Verdrag en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten kennen procedureregels die mede betrekking hebben op de informatie-uitwisseling. Ingevolge die regels heb ik de Commissie (i.c. het directoraat-generaal Mededinging, sector staatssteun) de informatie verschaft die voor de beoordeling van de maatregelen reserves en risicoverevening nodig is. De dossiers zijn in technische zin gecompliceerd, de capaciteit die de Commissie op deze dossiers kan inzetten, is niet onbeperkt. Daarom duurt de procedure helaas iets langer dan ik eind vorig jaar voorzag. Ik verwacht de Eerste Kamer bij de plenaire behandeling van de Zorgverzekeringswet nader te kunnen informeren.

De leden van de CDA-fractie vragen of zij het goed begrepen hebben, dat de toevoeging van de particulier verzekerden om het vereveningssysteem nog niet is verwerkt. Verder vragen deze leden of aan de diverse patiëntengroepen, veelal risicovolle groepen, al voldoende recht is gedaan c.q. zal worden gedaan. Zij denken 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, zo menen zij. Slagen wij hierin in onvoldoende mate, welke mogelijkheden en maatregelen staan mij dan ter beschikking om in te grijpen, vragen zij. Verder willen zij weten of hiervoor nog onderzoek noodzakelijk is en of ik hiertoe bereid ben.

In reactie hierop kan ik aangeven dat de toevoeging van particulier verzekerden wel is verwerkt in het risicovereveningssysteem. De gegevensverzameling, -controle en bewerking van particuliere ziektekostenverzekeraars volgt op dit moment hetzelfde tijdspad als voor ziekenfondsen.

Aan bijzondere patiëntengroepen wordt door middel van de FKG's en de DKG's recht gedaan. Hiernaast wordt via hogekostencompensatie achteraf gecompenseerd voor individuele verzekerden met kosten die de vooraf verwachte kosten te boven gaan. Voorts onderzoek ik samen met verzekeraars de mogelijkheid de FKG-systematiek uit te breiden en

zeldzame, zeer kostbare aandoeningen mee te nemen in de verevenings-systematiek (motie Omtzigt). Indien de resultaten hiertoe aanleiding geven, zal ik het risicovereveningsmodel aanpassen.

Ten slotte rijst naar het oordeel 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 W.O.V.M.-advies 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. Zij vragen of het juist is, dat binnen het huidige systeem niet tot een oplossing kan worden gekomen en welke gevolgen dit zou kunnen hebben voor aanpassingen in het nieuwe systeem. De leden van de CDA-fractie geven aan dat het mogelijk is dat zij nu vragen stellen, waarop reeds een antwoord is gegeven, maar dat zij nog niet beschikken over de onderliggende stukken over het vereveningssysteem en dan rijst uiteraard de vraag op basis waarvan de parameters zijn vastgesteld. Zij willen graag een duidelijk antwoord.

De leden van de VVD-fractie geven aan dat voor de ziekenfondsen een vereveningssysteem geldt dat in de loop der jaren is aangepast en verfijnd, zodat de bijdrage nu redelijk goed rekening houdt met het risicoprofiel van de verzekerde portefeuille. De vereveningsbijdrage zal voor alle verzekeraars gelijk zijn. Zij merken op dat particuliere verzekeringsmaatschappijen nooit met een vereveningssysteem te maken hebben gehad. Zij geven aan dat ik het systeem van de ziekenfondsen ook op de particuliere verzekeraars van toepassing wil verklaren. De VVD-fractie vraagt mij 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. Zij vragen of ik verwacht 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. De leden van de VVD-fractie vragen of het vereveningsmodel hierop nog wordt aangepast.

Ik ben sinds 2003 bezig met onderzoeken op het terrein van mogelijke verschillen van risicoprofielen tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Voorlopige conclusie is dat er inderdaad verschillen in risicoprofiel bestaan, maar dat deze bijna volledig kunnen worden verklaard door de criteria in het risicovereveningssysteem. Op dit moment heb ik daarom nog geen aanleiding om te veronderstellen dat het risicovereveningssysteem in de Zvw leidt tot onverwachte uitkomsten. Indien toch zou blijken dat de uiteindelijke uitkomsten uit het risicovereveningssysteem leiden tot bijvoorbeeld bevoordeling van de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars ten opzichte van de huidige ziekenfondsen, dan sluit ik tijdelijke, specifieke aanpassingen niet uit. Afgelopen jaar heb ik op het punt van het huidige vereveningsmodel voor de grote steden tal van onderzoeken laten uitvoeren. Deze onderzoeken wijzen inderdaad op een slechtere aansluiting van de bijdragen op de kosten in de grote steden dan geldt voor verzekerden buiten de grote steden. De onderzoeken geven echter geen grond voor de veronderstelling dat de verschillen toegerekend kunnen worden aan het bij de risicoverevening gehanteerde verklaringsmodel. Desondanks laat ik momenteel onderzoeken of de kwaliteit van het model verbetert als ik het regiocriterium aanpas. Tenminste een deel van het verschil kan ook voortkomen uit de wijze waarop verzekeraars de verzekering uitvoeren. Als hierbij ondoelmatigheid aan de orde is, moet dit natuurlijk niet op

dezelfde manier als een gezondheidsrisico, worden gecompenseerd.

De PvdA-fractie vraagt of de reactie van de Commissie op de aanmelding van het risicovereveningssysteem reeds is ontvangen en zo ja, of de Eerste Kamer daar een afschrift van kan ontvangen. Deze leden constateren dat er zich verschillen voordoen tussen het Ierse en het Nederlandse stelsel van risicoverevening. Zij vragen of de vergelijking zoals die in de memorie van toelichting wordt gemaakt, tussen het Ierse en het Nederlandse stelsel van risicoverevening, ondanks de verschillen kan worden gerechtvaardigd.

In de memorie van toelichting heb ik deze vergelijking gemaakt omdat dit de enige zaak is die de Europese Commissie op dit terrein heeft behandeld. Beide systemen hebben tot doel risicoverschillen tussen verzekeraars te mitigeren door een compensatie voor door de overheid opgelegde publieke dienstverplichtingen te geven, die afgestemd is op het risicoprofiel van de verzekeraar. Het Nederlandse systeem gaat hier verder dan het Ierse systeem. Zo ligt het pakket meer vast dan in het Ierse systeem, waar meer luxe wordt vergoed. Het Nederlandse systeem behelst verder de hele markt inclusief de kwetsbaarste groepen en ouderen. In die zin is in het Nederlandse systeem meer dan in het Ierse systeem sprake van een dienst van algemeen economisch belang. Zonder de vereveningsbijdragen kan voor een groot deel van de consumenten de zorgverzekering alleen tegen onaanvaardbare kosten worden aangeboden. Beide systemen kennen de sociale randvoorwaarden van acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie. Een vorm van risicoverevening is noodzakelijk om risicoselectie onaantrekkelijk te maken en marktstabiliteit te garanderen. Het grootste verschil is evenwel dat het Nederlandse systeem een ex-ante systeem is en zich vooral richt op het neutraliseren van verschillen in het risico op zorgkosten ten gevolge van verschillen in verzekerdenportefeuilles. Het Ierse systeem is een ex-post systeem, dat zich richt op het neutraliseren van verschillen in gerealiseerde kosten. In het Ierse systeem worden verzekeraars individueel gecompenseerd voor alle kostenverschillen. In het Nederlandse systeem worden verzekeraars gecompenseerd voor het feit dat ze elk risico moeten accepteren en hiervoor niet mogen differentiëren in hun premie.

De leden van de PvdA-fractie vragen of zij goed hebben 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 risicovereveningsstelsel voor een risico proportioneel is. Zij vragen in hoeverre het hierdoor voor verzekeraars mogelijk is te anticiperen op uitkeringen uit het risicovereveningsstelsel bij het werven van verzekerden met slechte gezondheidsrisico's.

De vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar wordt bepaald aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen naar klasse van verzekerden, de normbedragen (gewichten) naar leeftijd en geslacht en de optelling van de toe- en afslagen (het betreft immers een additief model¹) op grond van «FKG's», «DKG's», «aard van het inkomen» en «regio». Kortom, de vereveningsbijdrage wordt bepaald door een vast bedrag per risico. Voor een zorgverzekeraar is de vereveningsbijdrage plus de verwachte opbrengsten nominale premie gelijk aan de verwachte kosten. In die zin is de vereveningsbijdrage proportioneel.

Omdat de bijdrage plus de verwachte opbrengsten nominale premie gelijk zijn aan de verwachte kosten is er geen reden om te anticiperen bij het werven van verzekerden met slechte gezondheidsrisico's. Voor deze verzekerden krijgt de zorgverzekeraar immers een hogere vereveningsbij-

¹ Dat wil zeggen dat in feite de basiskosten volledig worden verdeeld op basis van klassen naar leeftijd en geslacht.

drage. De prikkel tot risicoselectie is tot nul gereduceerd als er geen subgroepen in de populatie bestaan, waarvoor het vereveningsmodel (voorspelbaar) systematisch te veel dan wel te weinig uitkeert. Hierbij geldt echter de kanttekening dat de complexiteit en uitvoerbaarheid moet worden afgewogen tegen winst in termen van tegengaan van risicoselectie door het introduceren van aanvullende kenmerken. Bij deze afweging moet ook worden meegenomen in welke mate subgroepen waarop winst/verlies gemaakt kan worden, ook in de praktijk voor een zorgverzekeraar (eenvoudig, met beperkte informatiekosten) identificeerbaar zijn. Ik laat het systeem hier jaarlijks op toetsen en tot dusver heb ik geen aanleiding te veronderstellen dat zorgverzekeraars baat hebben bij het anticiperen op vereveningsbijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds bij het werven dan wel ontmoedigen van verzekerden met slechte gezondheidsrisico's.

Kan, zo vragen de leden van de PvdA-fractie, worden aangegeven hoe fijnmazig het risicovereveningssysteem werkt. Zij vragen of het niet zo is 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, zo vragen zij.

Ik kan geen maat geven voor fijnmazigheid, maar ik kan wel bevestigen dat het Nederlandse systeem het meest fijnmazige systeem in de wereld is. Naast 38 leeftijd-geslacht groepen hanteert het huidige risicovereveningssysteem tien regioclusters op basis van postcode, 29 groepen verzekeringsgrond naar leeftijd, 12 Farmacie Kosten Groepen en 13 Diagnose Kosten Groepen. Het vereveningsmodel is zodanig vormgegeven dat de verklaringskracht zo hoog mogelijk is zonder dat het model niet meer transparant en uitvoerbaar is. Omdat voor deze balans continu keuzes gemaakt moeten worden, sluit de vereveningsbijdrage niet altijd op individueel niveau precies aan. Dit geldt vooral voor verzekerden met weinig voorkomende, chronische aandoeningen met hoge kosten. Tot op het moment dat verzekeraars ook voor deze groepen verzekerden door het risicovereveningssysteem worden gecompenseerd zal, naar mijn mening, gevraagd worden om een vorm van hogekostencompensatie in het systeem te hanteren.

Garanties dat verzekeraars niet vooral gaan inspelen op de leemtes van het risicovereveningssysteem kan ik niet geven, maar de prikkel hiertoe heb ik tot een aanvaardbaar minimum verlaagd. Voorts wordt het systeem jaarlijks onderhouden en geëvalueerd. De aanpassingen die hieruit ieder jaar voortvloeien, maken inspelen op leemtes voor een individuele verzekeraar niet aantrekkelijk.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de memorie van toelichting 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, zo vragen zij. Verder vragen zij of kan worden toegelicht waarom de aanbieders niet worden betaald door het CVZ bij faillissement van de verzekeraar.

Het ex-ante risicovereveningssysteem bevat een permanent en noodzakelijk ex-post onderdeel, namelijk de verzekerdenaantalcalculatie. Om de ex-ante bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds te bepalen, worden de geschatte normbedragen per criterium naar klasse van verzekerden vermenigvuldigd met het geschatte aantal verzekerden per klasse van een zorgverzekeraar. De daadwerkelijke (herberekende) ex-ante bijdrage wordt echter vastgesteld op basis van gerealiseerde verzekerdenaantallen per

klasse. Deze verzekerdennacalculatie zorgt er voor dat zorgverzekeraars een bijdrage krijgen op basis van hun daadwerkelijke portefeuille. Zorgverzekeraars met hogere kosten dan vooraf geraamd vanwege meer verzekerden, bijvoorbeeld door een onverwachte toevloed van verzekerden door een faillissement van een andere zorgverzekeraar, worden dus volledig gecompenseerd. De desbetreffende zorgverzekeraar krijgt dus waar hij recht op heeft gegeven zijn gerealiseerde verzekerdenaantallen. Er is dus geen sprake van staatssteun. In artikel 31 Zvw wordt geregeld dat in het uitzonderlijke geval dat een zorgverzekeraar failliet gaat, de vorderingen van verzekerden op de zorgverzekeraar volledig door het CVZ worden voldaan. Dit geldt inderdaad niet voor vorderingen die zorgaanbieders op de zorgverzekeraar hebben. De reden hiervoor is dat de relatie tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar in de Zvw voorop staat. De zorgverzekeraar dient er zich voor in te spannen dat de verzekerde de benodigde zorg krijgt en dient deze zorg te financieren, maar hoe hij dit doet is aan de zorgverzekeraar. De positie van een eventueel gecontracteerde zorgaanbieder dient daarom niet anders te zijn, dan die van andere leveranciers van de zorgverzekeraar. In de nieuwe constellatie ligt het derhalve wél in de rede te bepalen dat het CVZ de vorderingen van verzekerden betaalt, maar ligt het niet in de rede te bepalen dat het CVZ vorderingen van zorgaanbieders op de zorgverzekeraar voldoet.

De leden van de VVD-fractie constateren dat voorlopig een aantal kosten van zorgverzekeraars ex post verevend zullen worden en dat het mijn bedoeling is om te zijner tijd over te gaan op een vereveningssysteem ex-ante. Zij vragen welke de criteria zijn voor deze wijziging.

Ik ben inderdaad voornemens de ex-post compensatiemechanismen af te bouwen. De afbouw van de generieke verevening heeft hierbij prioriteit. De belangrijkste reden voor een min of meer volledig ex-ante systeem is de stimulans voor kostenbeheersing. Een dergelijk systeem prikkelt zorgverzekeraars optimaal tot doelmatige zorginkoop. Dit vereist echter dat vooraf voldoende gegevens beschikbaar zijn voor een goede verklaring van de risicoverschillen tussen zorgverzekeraars. Een andere reden is de inbreuk in de markt met de ex-post compensatiemechanismen. Door de ex-post mechanismen is het resultaat van een individuele zorgverzekeraar mede afhankelijk van de resultaten in de markt en is daarnaast het uiteindelijke resultaat pas heel laat bekend. In een op termijn volwassen zorgverzekeringsmarkt past dit mijns inziens niet meer.

De leden van de VVD-fractie vragen 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, zo vragen zij.

De bijdrage die een verzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangt, is in beginsel onafhankelijk van de vraag of de verzekerden van die verzekeraar wel of niet relatief vaker of minder vaak voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Met andere woorden het eigen risico heeft vooralsnog geen invloed op het vereveningssysteem. Als in de toekomst blijkt dat hierdoor de kosten van verzekerden die voor een vrijwillig (hoog) eigen risico kiezen in het vereveningssysteem worden overschat, is het denkbaar dat bij de vaststelling van de bijdrage die een verzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangt het kenmerk wel of niet een vrijwillig (hoog) eigen risico een rol gaat spelen.

In de Zfw is voor 2005 uitgegaan van een maximale nominale no-claimteruggave van € 255 per jaar per (volwassen) verzekerde. In 2005 wordt gestart met 100% nacalculatie op de daadwerkelijke no-claimteruggave die ziekenfondsen aan hun verzekerden uitkeren. Er is gekozen voor volledige nacalculatie, omdat nog niet voldoende precies is in te schatten wat de teruggave zal zijn. In de Zvw is het de bedoeling dat de nacalculatie zo snel mogelijk (tot nul) wordt afgebouwd.

Met betrekking tot de verzekerdenkenmerken merken de leden van de VVD-fractie op dat ook de «aard van het inkomen» een indicator zal zijn voor de gezondheid. Deze leden kunnen zich voorstellen dat het gegeven: WAO- of AOW- uitkering, een aanwijzing kunnen zijn ten aanzien van de te verwachten zorgkosten. Echter bij het gegeven of iemand in loondienst is, ZZP-er, dan wel een ondernemer is, ligt de relatie met zorgkosten minder voor de hand. De leden van de VVD-fractie vragen of ik kan aangeven welke inkomenscategorieën al dan niet relevant zijn en van welke externe bronnen gebruik gemaakt gaat worden om de aard van iemands inkomen te achterhalen.

In de Zfw speelt naast leeftijd, geslacht, regio FKG's en DKG's ook de verzekeringsgrond een rol als verdeelkenmerk.

Bij het verdeelkenmerk verzekeringsgrond wordt sinds 2004 een onderscheid gemaakt naar:

1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT-gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten
5. Werknemer in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT gerechtigden (hoofd- en de medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden
6. Zelfstandigen (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden).

In de Zvw is dit verdeelkenmerk «verzekeringsgrond» niet automatisch beschikbaar. Min of meer vergelijkbare gegevens zijn beschikbaar bij UWV (Polisadministratie) en Belastingdienst. Op basis van deze gegevens wordt op het moment gekeken naar de verklarende werking van het verdeelkenmerk «aard van het inkomen». Daarbij wordt vanuit twee invalshoeken naar het verdeelkenmerk gekeken:

1. Welke mogelijkheden bieden de gegevens bij UWV en Belastingdienst om binnen het verdeelkenmerk «aard van het inkomen» categorieën te onderscheiden;
2. In hoeverre treden tussen de te onderscheiden categorieën systematische kostenverschillen op.

Op grond van de onderzoeksresultaten en de beschikbaarheid van gegevens wordt een keuze gemaakt of (en in welke vorm) de «aard van het inkomen» een rol gaat spelen bij de risicoverevening.

De leden van de SGP- en CU-fractie constateren dat het vereveningsstelsel voor verzekeraars een zeer belangrijk element van de Zvw 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, zo merken zij op. In de regels staat dat ik de gewichten vaststel. De leden van de SGP- en CU-fractie vragen of verzekeraars ervan uit kunnen gaan 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 Zorgverzekeringsfonds. Is de wettelijk verplichte datum van 1 oktober wel haalbaar, zo vragen zij.

De leden van de fracties van de SGP en de CU wijzen terecht op het belang van het risicovereveningssysteem in de Zvw. Ik acht het op tijd overleggen van de hoogte van de vereveningsbijdrage alsmede de precieze invulling van het gehele systeem, essentieel in de voorbereidingen van zorgverzekeraars voor 2006. Zorgverzekeraars kunnen er vanuit gaan dat de wettelijk verplichte datum van 1 oktober haalbaar is. Voor 2005 zal deze datum, na overleg met zorgverzekeraars, zelfs met een maand worden vervroegd.

De leden van de SGP-fractie en de CU-fractie zijn van mening dat de hogekostencompensatie in het kader van de verevening een vreemde factor is. Hier wordt gerekend met een compensatie als gevolg van extreem hoge schades die bij een verzekeraar terecht komen. Dit is volgens hen een onduidelijk gegeven. Zij vragen hoe dit concreet werkt en of dit uiteindelijk toch dat inefficiëntie wordt beloond.

De hogekostencompensatie beoogt tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van een ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars. Via hogekostencompensatie wordt dus met andere woorden gecompenseerd voor lastig normeerbare, uitschietende schades. Het gaat hierbij zowel om onvoorspelbare risico's, als mensen met zeldzame of ziekten met dure behandelingen. Deze laatste categorie is op zich vooraf goed te identificeren. Compensatie vooraf betekent echter dat de complexiteit en omvang van het ex-ante risicovereveningssysteem onacceptabel toeneemt. Om die reden is gekozen voor compensatie achteraf.

Als invulling voor de hogekostencompensatie heb ik vooralsnog gekozen voor de hogekostenverevening. Voor het deelbedrag «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» en het deelbedrag «overige prestaties» vindt een specifieke verevening plaats van hoge kosten. Voor de toepassing is relevant de som van de kosten behorend bij de twee bovengenoemde deelbedragen. Dit houdt in dat zorgverzekeraars een bepaald, van tevoren in de jaarlijkse ministeriële regeling vastgesteld, percentage van de kosten van individuele verzekerden, voor zover deze kosten een drempelbedrag op jaarbasis te boven gaan, *ten laste van* een pool kunnen brengen. Zorgverzekeraars dienen daartoe na afloop van elk jaar de kostengegevens van alle verzekerden met kosten die boven het genoemde drempelbedrag uitstijgen, aan te melden bij het CVZ. Het CVZ kan vervolgens de totale omvang van de pool vaststellen.

Zorgverzekeraars splitsen de poolinbreng overigens voor iedere individuele verzekerde op basis van de verhouding van de kosten behorend bij de twee deelbedragen zoals die zich bij de desbetreffende verzekerde voordoet, omdat ze slechts een bepaald percentage van de kosten mogen inbrengen in de pool.

Vervolgens wordt voor alle zorgverzekeraars een door het CVZ vast te stellen percentage van de twee deelbedragen «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» en «kosten van overige prestaties» *ten gunste van* de pool gebracht. Bij deze berekeningswijze zijn in totaal de ten laste en de ten gunste van de pool te brengen bedragen per deelbedrag aan elkaar gelijk. Aldus krijgen zorgverzekeraars een deel van de ingebrachte hoge kosten uit de pool gecompenseerd.

Het volgende voorbeeld illustreert de uitwerking van de hogekostenverevening.

Voorbeeld HKV voor 90 procent van de kosten boven een drempelbedrag van € 12 500

Kosten	T.l.v. pool	T.g.v. pool	Resultaat HKV-pool	Kosten na correctie HKV
15 000	- 2 250	+ 1 687,5	- 562,5	14 437,5
5 000	0	+ 562,5	+ 562,5	5 562,5
20 000	- 2 250	+ 2 250	0	20 000

Toelichting bij het voorbeeld:

Voor de eenvoud wordt verondersteld dat beide verzekeraars slechts één verzekerde hebben en er maar één kostensoort is waarvoor de HKV geldt. Verzekeraar A heeft kosten van € 15 000 en mag dus 90 procent van het verschil tussen de kosten en het drempelbedrag inbrengen ten laste van de pool (= 90% van (15 000-12 500) = € 2 250). Verzekeraar B heeft geen kosten boven de drempelwaarde. Het CVZ bepaalt de totale omvang van de pool en relateert deze aan de totale kosten (2 250 versus 20 000 komt neer op 11,25%). Kortom, elke verzekeraar moet een bedrag ter hoogte van 11,25 procent van zijn kosten ten gunste van de pool brengen. Vervolgens kan eenvoudig het resultaat van de HKV-pool per verzekeraar worden betaald. Verzekeraar A ontvangt per saldo € 562,50 uit de pool en verzekeraar B betaalt per saldo € 562,50 aan de pool.

Het deelbedrag «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» valt buiten de hogekostenverevening, omdat deze kosten grotendeels worden nagecalculeerd.

De leden van de fracties van de SGP en de CU vragen voorts of inefficiëntie uiteindelijk toch wordt beloond. In zekere zin is dit het geval, omdat de hogekostenverevening betrekking heeft op de gerealiseerde kosten. Ik beraad mij dan ook over de vraag of ik bij de precieze vaststelling van het uiteindelijke vereveningsmodel 2006 het percentage hogekostenverevening of de te hanteren hoogte van het drempelbedrag al dan niet handhaaf op het niveau van 2005 (zoals in het voorbeeld is weergegeven).

De leden van de SGP- en CU-fractie vragen aandacht voor buitenlandse toetreders op de markt. Hiervoor moet Europeesrechtelijk alle ruimte zijn. Dat betekent dat dergelijke verzekeraars ook toegang zouden moeten hebben tot het systeem van risicoverevening. Deze leden vragen tevens op welke wijze gewaarborgd is dat die partijen geen onevenredige voordelen van dit systeem hebben en hoe dit concreet is verankerd in de regelgeving. Zij vragen verder welke ruimte het Europese recht op dit punt laat, omdat een wegleffect volgens hen niet wenselijk is.

Ook buitenlandse verzekeraars kunnen er voor kiezen de Zvw uit te voeren. Deze verzekeraars hebben dan op dezelfde wijze als Nederlandse verzekeraars recht op bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds. De uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt bepaald aan de hand van de ex-ante vastgestelde normbedragen per risicoklasse en de gerealiseerde verzekerdenaantallen. Voor nieuwe toetreders wordt hier geen uitzondering op gemaakt. Ik zie dan ook geen risico van onevenredige voordelen (of nadelen) voor buitenlandse toetreders.

2.4.h Toezicht

De leden van de PvdA-fractie constateren dat het versnipperde toezicht op de gezondheidszorg door dit wetsvoorstel nog verder toeneemt. Zij vragen of nog eens kan worden aangegeven waarom niet is gekozen òf voor toezicht door de meer algemene toezichthouders, AFM, PVK, NMA, òf voor specifiek toezicht voor de zorg zoals Zorgautoriteit, CVZ. Verder vragen zij of inzicht kan worden gegeven in de verhouding tussen de eisen die de PVK stelt en de eisen die vergelijkbare instanties in andere lidstaten stellen.

Het gaat bij de inrichting van het toezicht om de balans tussen exclusief sectorspecifiek toezicht enerzijds en algemeen, vaak Europees ingegeven toezicht anderzijds. Voor alle particuliere verzekeraars is de vergunningverlening en het daaraan gekoppelde prudentiële toezicht in handen van de Nederlandsche Bank (DNB, voorheen de PVK). De keuze voor private verzekeraars bij de uitvoering van de Zvw brengt met zich mee dat vergunningverlening en het daaraan gekoppelde prudentieel toezicht in handen is van DNB. Deze voert deze taken immers voor alle verzekeraars uit. Op deze wijze is op de meest efficiënte wijze een financieel solide bedrijfsvoering van zorgverzekeraars geborgd.

Het algemeen mededingingstoezicht, dus ook dat op zorgverzekeraars, behoort tot de verantwoordelijkheid van de NMa. De NMa heeft een brede verantwoordelijkheid met haar eigen prioriteitstelling en opereert op basis van generiek mededingingsrecht. Dit is een onvoldoende waarborg voor de specifieke en zware aandacht die de zorgsector, zeker in het transitieproces naar meer gereguleerde marktwerking. Een specifieke zorgmarkttoezichthouder kan die waarborg wel bieden.

Vanwege de onderlinge verbondenheid tussen het zorgspecifieke gedragstoezicht (het toezicht op de vraag of verzekeraars (aspirant-)verzekerden goed informeren over hun polissen), het toezicht op het ontwikkelen van markten (sectorspecifiek markttoezicht) en het toezicht op de uitvoering van de Zvw, heeft de regering besloten dit toezicht te bundelen en te beleggen bij één toezichthouder, te weten de Zorgautoriteit. Het wetsvoorstel WMG zal hierin voorzien. Zie ook het antwoord op onderstaande vraag van de leden van de SGP- en CU-fracties.

Wat betreft de eisen die DNB stelt en de eisen die vergelijkbare instanties in andere landen stellen geldt dat de taken en bevoegdheden van de toezichthouders voortvloeien uit Europese regelgeving en dat deze voor buitenlandse toezichthouders dus niet anders zijn dan voor DNB. Daarbij geldt het zogenoemde «single-licence-principe». Dit houdt in dat de toezichthouder in het land waarin de verzekeraar zijn hoofdvestiging heeft, verantwoordelijk is voor het toezicht op die verzekeraar ook voor zover het gaat om zijn activiteiten in het buitenland.

De leden van de SGP- en CU-fracties constateren dat er diverse toezichthouders actief zullen zijn in de zorgsector. De Zorgautoriteit krijgt een centrale positie, maar onduidelijk is volgens hen 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. Genoemde leden vragen of dit niet gaat botsen in de praktijk. Zij vragen verder of ik 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, zo vragen zij. Ook is volgens hen nog niet voldoende duidelijk gemaakt hoe de Autoriteit Financiële Markten en de zorgautoriteit zich precies zullen verhouden. Zij vragen of de «verzekeringssector» en de «zorgverzekeringssector» voldoende zijn onderscheiden en welke toezichthouder bevoegd is als er bijvoorbeeld

een verzekeraar is die een «zorgverzekering» aanbiedt, maar waarvan het pakket niet (volledig) past binnen de kaders van de Zvw.

Het CVZ heeft geen toezichhoudende taak in het stelsel. Het CVZ heeft als taken het toekennen van de risicovereeningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds aan zorgverzekeraars en het pakketbeheer van de standaardverzekering voor curatieve zorg. De taak van de Zorgautoriteit is van belang voor die van het CVZ in zoverre dat zij toeziet op de juistheid van de opgave van de zorgverzekeraars over de aantallen en verzekerdenkenmerken van verzekerden ten behoeve van de ex-ante risicoverevening. Het CVZ heeft deze informatie nodig om de risicoverevening en de daarvan deeluitmakende ex-post correctiemechanismen goed uit te kunnen voeren.

Het sectorspecifieke markttoezicht van de Zorgautoriteit is aanvullend op het algemeen mededingstoezicht van de NMa. De NMa is exclusief bevoegd wat betreft de fusiecontrole, het kartelverbod en het verbod op misbruik van economische machtspositie. Omdat dit instrumentarium onvoldoende geschikt is om startende markten op gang te brengen, krijgt de Zorgautoriteit daartoe de nodige instrumenten. Dit betreft met name het opleggen van een of meer specifieke verplichtingen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht. Wat dit betreft, krijgt de Zorgautoriteit een exclusieve bevoegdheid. Navolgend schema bevat de kenmerkende verschillen tussen de rol van de NMa en de Zorgautoriteit.

	NMa	Zorgautoriteit
Doel	In stand houden concurrentie	Op gang brengen concurrentie door creëren gelijk speelveld
Taken	Fusiecontrole, kartelverbod, verbod misbruik economische machtspositie	Opleggen specifieke verplichting bij aanmerkelijke marktmacht (misbruik machtspositie is géén vereiste)
Domein	Alle markten (ook markten met gereguleerde prijzen)	Alleen op zorginkoopmarkt en indien tarieven vrij onderhandelbaar zijn

In de praktijk kan het voorkomen dat het hebben van aanmerkelijke marktmacht en het misbruik maken van een economische machtspositie dicht bij elkaar liggen. Om te voorkomen dat hierdoor problemen ontstaan, zullen de NMa en de Zorgautoriteit een samenwerkingsprotocol maken, waarin zij vastleggen hoe in dit soort situaties te opereren.

Wat betreft de verhouding tussen de AFM en de Zorgautoriteit het volgende. In de WMG wordt nauwkeurig omschreven op welke aspecten van het gedrag van ziektekostenverzekeraars de Zorgautoriteit bevoegd is. Ook zal de WMG een definitie van het begrip ziektekostenverzekeraar bevatten, zodat duidelijk is wie onder het bereik van de WMG valt. Door middel van een vrijstellingsregeling op grond van de Wet financieel toezicht, wordt geregeld dat de AFM niet bevoegd is, daar waar de zorgautoriteit op grond van de WMG kan optreden. Ook de AFM en de Zorgautoriteit zullen een samenwerkingsprotocol maken waarin zij vastleggen hoe om te gaan met eventueel resterende grensgevallen. Het zorgspecifieke gedragstoezicht van de Zorgautoriteit zal zich uitstrekken over alle ziektekostenverzekeraars. Voor de bevoegdheden van de Zorgautoriteit op dit vlak is het derhalve niet relevant of de aangeboden polis al dan niet een zorgverzekering is in de zin van de Zvw of een andere ziektekostenverzekering.

2.5 Transparantie in het verzekeringsstelsel

De leden van de PvdA-fractie merken 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, zo menen zij.

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, vragen de leden van de PvdA-fractie zich af in hoeverre de verzekerde tot een reële keuze kan komen. Daarbij denken deze leden ook aan de vele denkbare polissen en de vele kwaliteitsverschillen tussen aanbieders. Zij vragen in hoeverre, gezien de veelheid aan mogelijkheden, zal blijken dat alleen de prijs voor de verzekerde bepalend is. Leiden de verschillende mixen en mogelijkheden die worden opgenoemd in artikel 10 Zvw, bijvoorbeeld tussen DBC in natura en restitutie, niet tot een volstrekt onoverzichtelijk en onvergelijkbaar beeld om te kunnen vergelijken tussen het aanbod van de diverse verzekeraars, zo vragen zij. De leden van de PvdA-fractie vragen verder of 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 bijdraagt 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, zo vragen zij.

Zij vragen verder of het niet beter is, ook voor de vergelijking tussen verzekeraars, een vaste omschrijving van natura- en restitutiepolis te geven waarin de grondslag van de premie moet worden aangegeven en of een overzicht kan worden gegeven 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, zo vragen zij.

De leden van de SP-fractie constateren dat volgens mij de keuzevrijheid van de verzekerde zal toenemen. Deze leden zijn het met mij eens dat het aantal keuzemogelijkheden zal toenemen, of de vrijheid om te kiezen zal toenemen is volgens hen 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 SP denken dat met dit gegeven in het achterhoofd er weinig mensen zullen zijn die echt een gewogen en rationele keus kunnen maken. Kiezen zal volgens hen 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». De leden van de SP-fractie vragen of ik bereid ben deze standaardopbouw te bevorderen.

Ook de leden van de fractie van GroenLinks menen dat een dergelijke standaardopbouw een minimaal vereiste moet zijn. Zij menen dat het minste wat ik kan doen, deze standaardopbouw verplicht voorschrijven is. Zij vragen of zo'n verplichting er komt.

Volgens de leden van de SGP- en CU-fractie is keuzevrijheid belangrijk, maar betekent die in de praktijk wel een vrijwel onoverzichtelijke hoeveelheid zorgpolissen. Dit kan positieve effecten hebben, maar is

zonder structurering onmogelijk, zo menen zij. De leden van de SGP- en CU-fracties vragen of het op zijn minst niet te overwegen zou zijn dat er een soort «financiële bijsluiters»/zorgbijsluiters komt, zoals in de bankwereld gebruikelijk. In de informatie die de zorgverzekeraar aanbiedt zou dan langs bepaalde duidelijke criteria helder moeten worden aangegeven wat de kenmerken zijn van de verzekering. Ze zijn dan veel gemakkelijker vergelijkbaar, zo menen deze leden.

De Zvw biedt de verzekeraars inderdaad de beleidsruimte om verschillende soorten polissen aan te bieden, maar dan wel binnen de stevige kaders van de Zvw, zodat iedere verzekerde voor de wettelijk omschreven aanspraken verzekerd is. Door verschillende polismodellen kan de zorgverzekeraar zo goed mogelijk inspelen op de behoefte van zijn klanten. Deze mogelijkheden dienen uiteraard niet te leiden tot een onoverzichtelijk woud van verschillende polissen. Ter voorbereiding op de overgang naar het nieuwe verzekeringsstelsel wordt op dit moment door ZN met betrokkenheid van mijn departement een landelijke modelpolis ontwikkeld. Deze biedt een handvat voor de op te stellen modelpolissen van individuele zorgverzekeraars, en bevordert de vergelijkbaarheid en transparantie. De verwachting is dat zorgverzekeraars zich veelal zullen baseren op de modelpolis. Uit indicaties van uit de verzekeraarswereld kan worden opgemaakt dat verzekeraars zich voor het wettelijk pakket zullen beperken tot een overzichtelijk aantal polissen. Een zorgverzekeraar zal iedere verzekeringsvariant die hij op de markt brengt, in de vorm van een modelpolis moeten voorleggen aan het CTZ en aan (aspirant) verzekerden. Deze modelpolis wordt onder andere bezien op begrijpelijkheid voor de potentiële verzekerden. Bovendien komt er op de website www.kiesbeter.nl een vergelijkend overzicht voor de verzekeringsplichtigen met de kerngegevens die voor hen van belang zijn bij het bepalen van een keuze voor een zorgverzekeraar. Aspecten die hier aan de orde komen, zijn de premie, de service, de snelheid van behandeling en de publieksvriendelijkheid. Deze vergelijkende informatie biedt de burger hulp bij het maken van een goede keuze. Overigens kan de markt hier zelf ook tot initiatieven komen. Indien de markt niet zelf voorziet in transparantie, dan dient het CTZ respectievelijk de Zorgautoriteit volgens de Zvw deze vergelijkende overzichten zelf te verschaffen dan wel regels aan zorgverzekeraars te stellen.

Gelet op het voorgaande, ben ik van mening dat het wenselijk noch noodzakelijk is om nu regels te stellen aan de omschrijving van de polissen, dan wel een financiële bijsluiters verplicht te stellen.

De leden van de D66- en OSF-fractie zijn 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 volgens hen gerealiseerd worden door te komen tot een systeem van certificering van zorgverzekeraars, en het online publiceren van correcte en betrouwbare gezondheidsinformatie op het internet door de overheid. De leden van de D66- en OSF-fracties zijn sterk voorstander van bovengenoemde aanpak. Zij vragen wat de concrete visie van het kabinet is en waarom er niet in een wettelijke regeling hieromtrent is voorzien. Zij vragen verder hoe er concreet voor wordt gezorgd dat de juiste informatie voor de burger beschikbaar en inzichtelijk is en welke stappen wanneer worden gezet en met welke impact. Ziet het kabinet zorgverzekeraars als maatschappelijk verantwoord ondernemers en hoe wil het kabinet dit stimuleren, en hoe ziet het beleid van het kabinet eruit op dit punt, zo vragen zij.

Hiervoor heb ik al aangegeven hoe en met welke stappen ik denk te voorzien in de specifieke informatie over zorgverzekeringen, die verze-

kerden nodig hebben om te kunnen kiezen. Deze informatie wordt op internet gepubliceerd (www.kiesbeter.nl). Op www.kiesbeter.nl wordt daarnaast objectieve informatie gepubliceerd over het zorgaanbod. De Zorgautoriteit krijgt de bevoegdheid om, bij onvoldoende transparantie in de markt, zonedig keuze-informatie te kunnen afdwingen. Ik laat het aan de markt over om eventueel een systeem van certificering van zorgverzekeraars te ontwikkelen. Ik heb er vertrouwen in dat zorgverzekeraars op maatschappelijk verantwoorde wijze hun rol gaan invullen.

2.6 Gegevensuitwisseling

De leden van de PvdA-fractie vragen 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. Verder vragen zij of een chronologisch overzicht kan worden gegeven van welke gegevens jaarlijks op grond van deze wet moeten worden verstrekt en aan wie en of daarbij kan worden aangegeven door wie deze gegevens moeten worden geleverd. 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 Zvw noodzakelijk zijn, zo vragen zij.

Bij de gegevens die moeten worden uitgewisseld kan een onderscheid worden gemaakt naar:

1. gegevens voor de uitvoering van de risicoverevening;
2. gegevens voor het voeren van de beleidscyclus;
3. gegevens ten behoeve van toezicht en verantwoording.

Uitgangspunt is dat bij de gegevensuitvraag ten behoeve van de beleidscyclus zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de gegevens die reeds worden opgevraagd voor de uitvoering van de risicoverevening, zodat geen dubbele uitvraag plaatsvindt.

De meeste gegevens die worden uitgevraagd ten behoeve van de risicoverevening zijn afkomstig van verzekeraars. Het gaat hierbij om gegevens m.b.t. kenmerken van verzekerden (leeftijd, geslacht en regio) en kosten van zorg uitgesplitst naar de volgende onderdelen:

1. Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialis-tische hulp;
2. Vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
3. Kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg;
4. Kosten van overige prestaties.

Daarnaast worden mogelijk gegevens gebruikt, die afkomstig zijn van het UWV en de Belastingdienst. Deze gegevens worden gebruikt om per verzekeraar de verzekerden te kunnen verbijzonderen naar «aard van het inkomen». Het gaat hierbij om een verdeelkenmerk dat vergelijkbaar is met het verdeelkenmerk «verzekeringsgrond» in de huidige verstrekkingenbudgettering Zfw.

De bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds wordt door het CVZ vastge-steld. Voor ieder uitkeringsjaar wordt gestart met de berekening van de ex-ante bijdrage.

Deze berekening vindt vooruitlopend op het uitkeringsjaar in september/ oktober plaats. Na afloop van het jaar wordt de bijdrage door het CVZ bijgesteld op basis van werkelijk gerealiseerde verzekerden- en kosten-gegevens.

Chronologisch voor jaar t:

Voor ex-ante berekening bijdrage uit Zorgverzekeringsfonds

- Verzekerdengegevens jaar t-1, uitgesplitst (naar leeftijd, geslacht, regio) en FKG- en DKG-gegevens jaar t-2, aan te leveren aan het CVZ medio jaar t-1.

Voor nadere vaststellingen/uiteindelijke ex post berekening bijdrage uit Zorgverzekeringsfonds

- Verzekerdengegevens jaar t uitgesplitst (naar leeftijd, geslacht, regio) en FKG- en DKG-gegevens jaar t-1, aan te leveren aan het CVZ in jaar t respectievelijk t+1;
- Kostengegevens zorg betrekking hebbende op uitkeringsjaar t uitgesplitst naar de hierboven aangegeven vier onderdelen, aan te leveren aan het CVZ in t+1 respectievelijk t+2.

De benodigde gegevens voor de beleidscyclus sluiten grotendeels aan op de hierboven genoemde kosteninformatie, zij het dat de uitsplitsing naar sectoren iets meer gedetailleerd is en dat ook informatie over de uitkering van no-claimkortingen beschikbaar moet komen.

Ten behoeve van de toezichtstaak van het CTZ (later Zorgautoriteit) dienen verzekeraars binnen zes maanden na afloop van het jaar twee exemplaren van jaarrekening en jaarverslag, inclusief accountantsverklaringen aan het CTZ te sturen. Daarnaast zijn verzekeraars verplicht uiterlijk per 1 juli van het jaar volgend op het uitvoeringsjaar twee exemplaren van het uitvoeringsverslag (ook inclusief accountantsverklaring) bij het CTZ aan te leveren. In het uitvoeringsverslag legt de verzekeraar verantwoording af over de uitvoering van de Zvw. Via ministeriële regeling zullen nadere eisen aan dit uitvoeringsverslag worden gesteld.

Ten slotte zal verzekeraars worden gevraagd om ter ondersteuning van de keuzemogelijkheden voor (aspirant-)verzekerden per eind van het jaar gegevens te leveren voor de website www.kiesbeter.nl. Dit betreft met name informatie over de zorgverzekeraar zelf (zoals de naam, adres, telefoon en de web-site) en informatie over de aangeboden polissen (waaronder inhoud, natura/restitutie, werkgebied, premie, zorginkoop). Over de exacte inhoud van deze data zullen in de loop van 2005 nadere afspraken worden gemaakt tussen het RIVM en verzekeraars. Gegevens over consumentenervaringen/consumententevredenheid zullen vanaf dit jaar vooral worden gebaseerd op enquêtes onder consumenten. Afgezien van de oplevering van steekproefbestanden van verzekerden door verzekeraars aan de uitvoerende organisatie zullen verzekeraars hier derhalve weinig door worden belast.

Wat betreft de administratieve kosten kan worden opgemerkt dat het ruwweg gaat om dezelfde gegevensstromen als nu onder de Zfw. Verschil is dat de gegevensstromen vanaf 2006 betrekking hebben op meer verzekerden. De informatie-uitwisseling gebeurt uit dezelfde bronnen. Omdat sprake zal zijn van meer elektronische gegevensuitwisseling zullen naar verwachting per saldo de administratieve lasten dalen.

2.7 De financiële gevolgen

De leden van de PvdA vragen naar de compensatie voor studenten en Wajongers. Deze leden vragen tevens naar de definitie van student.

Ik heb toegezegd dat de inkomenseffecten van Wajongers tussen de 18 en 23 jaar beperkt zullen blijven. Over de praktische invulling wordt nog gesproken. Studenten zijn in deze definitie mensen die in aanmerking komen voor studiefinanciering. Via de studiefinanciering zal de compen-

satie plaatsvinden. Voor de inkomenscompensatie van studenten is € 33 miljoen beschikbaar.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de maximale teruggang voor de onderscheiden inkomensgroepen.

In een bijlage bij de nota naar aanleiding van het verslag aan de Tweede Kamer betreffende de Zvw is uitgebreid op de inkomenseffecten van de stelselherziening ingegaan. Bij berekening van de inkomenseffecten is rekening gehouden met gemiddelde effecten. Dat kan niet anders omdat zorgkosten persoonsgebonden zijn. De nominale ziekenfondspremie verschilt per ziekenfonds en ook de particuliere premie is afhankelijk van veel factoren. Ook hangen de inkomenseffecten af van de omvang van de huidige werkgeversbijdrage die van geval tot geval verschilt. In sommige omstandigheden kunnen mensen gebruik maken van de fiscale buitengewone-uitgavenregeling en de tegemoetkoming buitengewone uitgaven. Dit kan grote effecten mitigeren. De inkomenseffecten die ik geschetst heb voor de afzonderlijke groepen, geven naar mijn mening een goed beeld van wat mensen in 2006 kunnen verwachten. Het is goed om te bedenken dat inkomenseffecten in het huidige stelsel ook fors kunnen zijn. Ik zou daarbij willen wijzen op een werknemer met een gezin, net onder de ziekenfondsloongrens, die op 1 januari moet overstappen naar een particuliere verzekering.

Deze leden vragen ook naar compensatiemaatregelen rond de no-claim en de studie naar een andere no-claimregeling. Voor het antwoord hierop verwijs ik naar de toegezegde brief aan uw Kamer, waar ook in het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-, D66- en OSF-fractie onder het kopje «*financiële gevolgen voor verzekerden*» over wordt gesproken.

De leden van de PvdA-fractie vragen of bij voortzetting van de buitengewone-uitgavenaftrek en de tegemoetkoming buitengewone uitgaven de premie voor de zorgverzekering, verminderd met de ontvangen zorgtoeslag meegerekend mag worden.

Bij de behandeling door de Eerste Kamer van de no-claimteruggaveregeling heb ik toegezegd om samen met de Staatssecretaris van Financiën de mogelijkheden te bezien voor integratie van de zorgtoeslag, de buitengewone uitgavenregeling en de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven. Dit onderzoek is in volle gang. Op korte termijn zal ik u daarover een brief doen toekomen.

De leden van GroenLinks maken zich naar aanleiding van een artikel in het Financieel Dagblad van 23 februari 2005 ernstig zorgen over de deniveleringimpuls die uitgaat van het nieuwe stelsel. In het artikel is twijfel over een eerlijke lastenverdeling. De krant wijst daarbij op negatieve inkomenseffecten voor gezinnen met kinderen op minimumniveau, positieve inkomenseffecten voor gezinnen met kinderen die nu particulier verzekerd zijn en het feit dat 85% van de huishoudens een Zorgtoeslag krijgt.

Bij de afweging over de te realiseren lastenverdeling in het nieuwe stelsel is ook de bestaande lastenverdeling van belang. De lasten van het bestaande stelsel zijn niet gelijkmatig verdeeld. In het bestaande stelsel betaalt een ziekenfondsverzekerde partner van een particulier verzekerde hoofdverdiener alleen een nominale premie (gemiddeld € 329 per jaar). Een particulier verzekerde alleenverdiener betaalt voor zijn partner een veel hogere particuliere premie. De premiestelling van beide stelsels versmelt tot één nieuwe premiestelling en zal dus altijd leiden tot verschuivingen. De premiestelling voor de Zvw is voor iedereen gelijk.

Daarbij zijn kenmerken van beide stelsels meegenomen om de lastenverschuivingen binnen de perken te houden.

Als alleen naar de premiestelling gekeken wordt is sprake van denivelering. Door het compensatiepakket wordt dat weer in belangrijke mate recht getrokken. Van het totale budget voor de Zorgtoeslag (€2,1 miljard) gaat bijvoorbeeld 95% naar ex-ziekenfondsverzekerden (€ 2,0 miljard). Helaas is het niet mogelijk om iedereen volledig te compenseren.

Daarvoor zijn de verschillen in het oude systeem te groot. Maar als ik naar de inkomensoverzichten kijk, vind ik dat met het beschikbare compensatiebedrag een redelijk evenwichtig inkomensbeeld is ontstaan. Daarbij ligt de nadruk meer op de solidariteit tussen huishoudens in plaats van individuen. Bij de voorbereiding van het inkomensbeeld voor 2006 zal een definitieve fine-tuning plaatsvinden.

De leden van de VVD-fractie constateren 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 vragen of dit maximum gehandhaafd blijft of is een zorgverzekeraar in het nieuwe stelsel vrij zelf te bepalen hoe ver hij zijn reserves boven het verplichte minimum wil opbouwen.

Vanwege het privaatrechtelijke karakter van de Zvw zijn de solvabiliteits-eisen uit de Europese schaderichtlijnen van toepassing. De schade-richtlijnen zijn geïmplementeerd in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993. Deze wetgeving voorziet niet in maximum eisen aan zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn vrij te bepalen hoe ver ze reserves opbouwen boven het verplichte minimum.

De leden van de SGP- en CU-fracties merken op dat ziekenfondsen op dit moment verplicht zijn wettelijke reserves aan te houden. Zij vragen of ik hen meer inzicht kan geven in de hoogte van deze reserves en of de huidige particuliere zorgverzekeraars niet met dezelfde soort reserves te maken hebben. Is er, vanuit dit oogpunt bezien, wel sprake van een gelijke uitgangspositie, zo vragen zij.

Ter toelichting merk ik op dat de ziekenfondsen niet verplicht zijn wettelijke reserves aan te houden maar dat ze verplicht zijn reserves aan te houden van een bij regeling bepaalde minimale omvang. Hierbij mogen ze zowel de wettelijke als de niet-wettelijke reserves gebruiken. Ook mogen ze hierbij achtergestelde leningen inzetten. In de brief aan de Eerste Kamer stel ik dat de wettelijke reserves ten goede komen van de verzekeraars als zij tenminste minimaal tien jaar zonder winstoogmerk zullen handelen. Dit zal worden geregeld via de I&A-wet Zvw. De eis van 10 jaar zonder winstoogmerk geldt alleen voor de onder de Zvw opgebouwde (wettelijke) reserve. Deze wettelijke reserve bedroeg eind 2003 in totaal € 862 mln. Terecht geven de leden van de SGP- en CU-fractie aan dat de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars ook reserves moeten opbouwen. Ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars bouwen namelijk voor dezelfde doelen reserves op. De reserves worden opgebouwd om uitvoeringsrisico's op te vangen en om bij faillissement schuldeisers en verzekerden tegemoet te komen. Alle verzekeraars hebben de reserves onder dezelfde condities opgebouwd. Alleen de minimumeisen verschilden voor ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Kortom, vanuit dit perspectief is er sprake van een gelijke uitgangspositie. Bedacht moet wel worden dat de minimumeisen die voor de huidige particuliere verzekeraars gelden, aanzienlijk hoger liggen dan die voor ziekenfondsen.

2.8 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 Publiek-rechtelijke 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 Zvw 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 aangegeven, 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 Wzt. Voor andere groepen zal in het kader van het overgangsrecht een adequate oplossing moeten worden gevonden. De leden van de CDA-fractie denken dan met name aan de niet-rijksambtenaren, dat wil zeggen ambtenaren bij gemeenten, provincies en politie, alsmede particulier verzekerden met een all-indekking. 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 Wzt 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 uit de aanvullende verzekering worden geknikkerd, deze personen moeten er juist in komen! Anders ligt het wat de financiële consequenties betreft. Het ontgaat de leden van de CDA-fractie wat met de passage op blz. 2346 Handelingen Tweede Kamer 15 december 2004 wordt bedoeld. Deze luidt: «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 Rijksoverheid metterdaad in het kader van het overgangsrecht de financiële consequenties zal afdekken, zo vragen zij. Voor zowel actieven als post-actieven en voor welke periode in de geest van de uitspraken van de Eerste Kamer? Zij vragen verder of een en ander dan zal 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.

Bij de voorbereiding van het wetsvoorstel is een groot aantal organisaties direct betrokken geweest en heb ik vele veldorganisaties geconsulteerd. Daartoe behoorde ook de KPZ. De KPZ behartigt op dit moment de belangen van IZA Nederland, de Interprovinciale ziektekostenregeling (IZR), en de Regeling geneeskundige verzorging politie (RGVP). Bij deze regelingen zijn ruim 860 000 personen tegen ziektekosten verzekerd. Zij nemen op grond van hun arbeidsvoorwaarden verplicht deel aan de ziektekostenregeling. De deelnemers zijn geen Wtz 1998 of Wet MOOZ-bijdragen verschuldigd. De gezinsleden zijn meeverzekerd en de post-actieven blijven deelnemen aan de regeling. De basis voor deze ziektekostenregelingen ligt in de Wet gemeenschappelijke regelingen en maakt deel uit van de collectieve arbeidsvoorwaarden van ambtenaren in dienst van de lagere overheden en het politiepersoneel.

In de gesprekken die ik met het bestuur van deze organisatie heb gevoerd, is het onderwerp overgangsrecht ook nadrukkelijk aan de orde geweest. Daarbij is een aantal specifieke vraagstukken op tafel gelegd die voortkomen uit de beëindiging van de bestaande gemeenschappelijke regelingen als gevolg van de invoering van de Zvw. Deze vraagstukken zijn inmiddels grotendeels van een antwoord voorzien. Op één van deze vraagstukken, te weten het waarborgen van de toegang tot de aanvullende verzekering voor de post-actieve deelnemers aan de publiekrechtelijke regelingen, ga ik hierna nader in. Zoals ik hiervoor al heb uiteengezet bij het beschrijven van de gedragslijn van ZN, is het streven van zorgverzekeraars erop gericht te voorkomen dat mensen vanwege de invoering van de Zvw niet of slechts tegen aanzienlijk hogere premies aanvullend verzekerd kunnen zijn. Ik verwacht dat de werkgevers en werknemers van de decentrale overheden zelf een afweging zullen maken en hun verantwoordelijkheid zullen nemen om in onderhandeling te treden met zorgverzekeraars voor het afsluiten van een collectieve verzekering voor de deelnemers (werknemers en post-actieven). In combinatie met de gedragslijn van ZN biedt dit voldoende waarborgen voor de toegang tot de aanvullende verzekering van de huidige deelnemers aan de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Om de premie voor die aanvullende verzekering aantrekkelijk te houden, ook voor de post-actieven, kunnen de regelingen de middelen inzetten die zij als gevolg van de invoering van de Zvw niet langer nodig hebben (IZA en IZR beschikken over reserves) danwel kunnen de werkgevers (een deel van) de premie die zij als gevolg van de invoering van de Zvw niet langer verschuldigd zijn voor de ex-werknemers van 65 jaar en ouder inzetten voor een tegemoetkoming in de premie voor de aanvullende verzekering van post-actieven. Op deze wijze kunnen werkgevers en werknemers van de decentrale overheden tot een betekenisvolle regeling voor de deelnemers aan de publiekrechtelijke regelingen komen.

De leden van de VVD-fractie merken op dat ik bij brief van 11 februari 2005 meedeel dat ik de invoerings- en aanpassingswet pas in mei 2005 aan de TK zal aanbieden, hetgeen inhoudt dat de EK dit wetsvoorstel niet bij haar overwegingen kan betrekken. De leden van de VVD-fractie betreuren dit ten zeerste, temeer omdat met de Eerste Kamer is overeengekomen dat ik bij de beoordeling van de inhoud van wetsvoorstellen ook aan zal geven op welke wijze ik het overgangsrecht vorm zal geven. Deze leden willen echter bij hun oordeel over het onderhavige wetsvoorstel wel van mij inzicht krijgen ten aanzien van de vraag hoe ik om zal gaan met het overgangsrecht ten aanzien van verzekerden en zorgverzekeraars. Zij vragen of de wet bijvoorbeeld ingaat met onmiddellijke werking of eerbiedigende werking en wat er gebeurt 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. Zij vragen verder welke tijdsspanne ziekenfondsen en IZA krijgen om zich om te vormen tot particuliere zorgverzekeraars.

Het tijdpad voor de invoering van de Zvw heb ik opgenomen in de brief die ik ter voorbereiding van het hoofdlijnen debat in maart 2004 aan de Tweede Kamer heb gestuurd (Kamerstukken II 2003/04, 23 619, nr. 21). Daarin is reeds opgenomen dat de I&a-wet Zvw in mei naar de Tweede Kamer zal worden gestuurd. In mijn brief aan de Tweede Kamer van 18 maart heb ik de inhoud van de I&a-wet Zvw toegelicht. Voorafgaand aan de invoering van de Zvw zal een uitgebreide voorlichtingscampagne in gang worden gezet waarbij de vertegenwoordigende organisaties van de huidige ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren intensief zullen worden betrokken. Daarbij zal tevens een belangrijke rol toekomen

aan vertegenwoordigende organisaties van consumenten en patiënten. Ook ZN speelt hierin een belangrijke rol. Bij brief van 9 december 2004 aan de Tweede Kamer heeft ZN het volgende aangegeven. Er zal aan de verzekerde door de zorgverzekeraar waar de verzekerde thans is ingeschreven i.c. waar de verzekerde thans een verzekeringsovereenkomst heeft afgesloten, een non-select, integraal aanbod worden gedaan voor hoofdverzekering en aanvullende verzekering, dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking. Met het oog op de gewenste keuzevrijheid van de verzekerde zal daarbij expliciet worden aangegeven dat de verzekerde gerechtigd is een keuze te maken voor andere verzekeringsproducten dan wel voor een andere zorgverzekeraar. Het is de intentie van de zorgverzekeraars om een dergelijk aanbod vóór 1 november 2005 aan de verzekerden kenbaar te maken. Het spreekt voor zich dat dan de relevante cijfers en gegevens bekend dienen te zijn, onder meer wat betreft het systeem van risicoverevening, zodat een verzekeraar weet waar hij aan toe is en tot een adequate premiestelling kan overgaan. De zorgverzekeraars hebben er uiteraard belang bij dat zo spoedig mogelijk duidelijk is of de verzekerde heeft ingestemd met het aanbod.

In de Zvw is bepaald dat een verzekeringsplichtige een verzekering moet sluiten en dat hij bij aanvang van de verzekeringsplicht vier maanden de tijd heeft om die verzekering te sluiten. De verzekering werkt dan terug tot het moment waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. De termijn van vier maanden is in de Zvw opgenomen om degenen die onderworpen raken aan de verzekeringsplicht de tijd te geven zich op de verzekeringsmarkt te oriënteren en een afgewogen keuze voor een verzekering te maken. Bij de invoering van de Zvw zijn de omstandigheden niet geheel overeenkomstig. Daar ontstaat voor alle AWBZ-verzekerden tegelijk de Zvw-verzekeringsplicht. De wettelijke termijn van vier maanden zou inhouden dat alle Zvw-verzekeringsplichtigen uiterlijk op 1 mei 2006 de verzekering uit hoofde van de Zvw gesloten moeten hebben. De regering heeft deze termijn echter gezien tegen het licht van voor iedereen geldende aanvang van de verzekeringsplicht in samenhang met de inspanningen die geleverd worden om over de verzekeringsplicht algemene en specifieke voorlichting te geven.

Door de genoemde informatie-inspanningen is iedere verzekeringsplichtige vóór 1 november 2005 op hoogte over de invoering van de Zvw, in algemene en specifieke zin.

De regering heeft gegeven deze bijzondere situatie aansluiting gezocht bij de viermaandstermijn. Zij heeft besloten bij de invoering van de Zvw de viermaandstermijn te berekenen vanaf dat moment van 1 november 2005. In de I&a-wet Zvw wordt derhalve geregeld dat voor 1 maart 2006 de hier bedoelde verzekeringsovereenkomsten gesloten moeten worden. De regering geeft hiermee de burgers voldoende tijd zich te oriënteren op een verzekering en de verzekeringsovereenkomst te sluiten. Daarbij draagt zij er tevens zorg voor dat burgers en de zorgverzekeraars bij de overgang naar het nieuwe stelsel niet langer dan noodzakelijk in de situatie verkeren dat zij nog geen verzekeringsovereenkomsten hebben gesloten. Alles is er op gericht dat iedereen zich op 1 maart 2006 daadwerkelijk heeft verzekerd voor een polis uit hoofde van de Zvw, nadat hij op de hierboven beschreven wijze informatie heeft ontvangen. De (toekomstige) zorgverzekeraars zijn zodanig met de voorbereidingen bezig dat te verwachten is dat de geplande invoeringsdatum van 1 januari 2006 niet tot problemen zal leiden.

2.9 Tot slot

De leden van de GroenLinks-fractie willen aandacht vragen voor preventie. De zorgverzekeraar die volop investeert in preventie, zo menen zij, 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. De leden van de fractie van GroenLinks vragen of ik het met hen eens ben dat dit een ongewenst, pervers effect zou kunnen zijn en zo ja, hoe ik denk dit effect dan te voorkomen.

Deze situatie zal niet veel anders zijn dan de huidige situatie onder de ziekenfondsverzekering. Toch signaleer ik ook nu al initiatieven op het gebied van preventie. Gezien de marktwerking en de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om zich voor verzekerden aantrekkelijk te maken, zie ik niet in waarom dergelijke initiatieven onder de Zvw zouden afnemen.

B. ARTIKELEN

1. Amvb's/ministeriële regelingen

De leden van de CDA fractie maken zich zorgen over de tijdige invoering van de amvb's en vragen zich af wat wordt gedaan met het grote aantal wettelijke bepalingen die kunnen worden getroffen ter uitvoering van de Zvw.

Ook de leden van de fractie van de VVD hebben verwezen naar het grote aantal wettelijke bepalingen die kunnen worden getroffen ter uitvoering van de Zvw en hebben gevraagd om een nadere toelichting.

De leden van de fractie van de SP hebben gevraagd om een overzicht van de algemene maatregelen van bestuur die getroffen zullen worden en het tijdstip waarop deze zullen worden voorgehangen. Tenslotte hebben de D66 en OSF-fracties gevraagd om zo snel mogelijk duidelijkheid te geven over de nog te treffen nadere regelgeving.

In antwoord op de vragen van de leden van de fracties van CDA, VVD, SP, D66 en OSF betreffende de nadere regelgeving kan ik het volgende medelen.

Op 11 maart jl. heb ik de beide kamers der Staten-Generaal het concept-Besluit zorgverzekering gestuurd. In dit besluit zijn alle op het niveau van een amvb noodzakelijke regels opgenomen die op dit moment noodzakelijk of wenselijk worden geacht. Als nadere regels niet getroffen zijn bestaat daartoe thans geen noodzaak of is besloten tot een andere invulling.

Het aantal nadere regels dat in voorkomende gevallen nog getroffen zou kunnen worden is beperkt. Geen uitvoering is gegeven aan nadere regels op grond van de artikelen 12 (vormen van zorg in natura en vormen waarvoor een contracteerplicht geldt; deze vormen zijn niet aangewezen), 18 (nadere en zondig afwijkende regels collectiviteiten), 28 (nadere regels met betrekking tot de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars; eerst wordt gezien hoe dit zich zal ontwikkelen), 44 (aanpassing indexcijfer; is nog niet aan de orde), 61 (afwijkende regels inzake rechtspositie personeel CVZ; is nog niet aan de orde), 85 (verificatie sofi-nummer; is niet nodig gebleken), 123 (tijdelijke voorziening bij verwaarlozing taken door CVZ of CTZ; is nog niet aan de orde) en 126 (kapstokartikel; deze bepaling is opgenomen voor het geval onverhoeds iets over het hoofd zou zijn gezien; is niet aan de orde).

2. Artikelen

De leden van de CDA-fractie willen graag weten of landelijke verzekeraars de premie van een zorgverzekering per provincie kunnen laten verschillen. Provinciale polissen moeten immers toch net zo goed van het standaardpakket uitgaan, zo menen zij.

Alle zorgverzekeringen – dus ook «provinciale polissen» – moeten het bij en krachtens de Zvw te verzekeren pakket bieden. Echter, binnen dit gegeven heeft een verzekeraar in principe vele mogelijkheden, waarvan de belangrijkste zijn:

- a. hij kan kiezen tussen verstrekking van de zorg (natura) of vergoeding ervan (restitutie);
- b. hij kan ervoor kiezen zijn verzekerden de zorg in principe te laten halen bij gecontracteerde zorgaanbieders (natura of restitutie met achterliggende overeenkomsten) of de verzekerde de vrije keuze tussen zorgaanbieders te geven (restitutie met vrije keuze zorgaanbieders);
- c. hij kan de tot het wettelijke pakket behorende, functionele aanspraken op diverse manieren invullen;
- d. hij kan ervoor kiezen tranches eigen risico aan te bieden.

Ik heb echter geen aanwijzingen dat zorgverzekeraars deze mogelijkheden op grote schaal gaan gebruiken en dus per provincie diverse polissen gaan aanbieden. Niettemin biedt dit zorgverzekeraars wel de mogelijkheid om in een provincie waar slechts een beperkt aantal verzekeraars actief is «de markt open te breken» waardoor de verzekerden in die provincie dus meer keuzemogelijkheden krijgen.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of bij grote zorgverzekeraars de grens van 850 000 verzekerden (artikel 29 Zvw) per label zal worden beoordeeld en zo ja, wat hiervan dan de gevolgen zijn voor de regioverzekeraars.

Zoals ik eerder op een vraag van de leden van de SP-fractie heb geantwoord, wordt de grens van 850 000 verzekerden per zorgverzekeraar, dat wil zeggen per juridische entiteit (onderlinge waarborgmaatschappij of N.V.) beoordeeld. Bevat een concern meerdere rechtspersonen die zorgverzekeraar zijn, dan wordt dus niet per concern, maar per zorgverzekeraar gekeken. Voor kleine, niet tot een concern behorende, regionaal werkende verzekeraars betekent dit, dat zij met meer regionaal werkende concurrenten kunnen worden geconfronteerd dan het geval zou zijn indien de grens van 850 000 per concern zou gelden. Ik vind dat echter geenszins bezwaarlijk. Immers, hiermee kan ook op regionaal niveau concurrentie tussen zorgverzekeraars voldoende vorm aannemen.

Waarom kan voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen worden gekozen tussen alle varianten van de zorgverzekering die een zorgverzekeraar in Nederland aanbiedt (artikel 3, vijfde lid, Zvw), zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Zij vragen ook op welke wijze kan in dit geval aan naturapolissen vorm worden gegeven.

In Nederland wonende verzekeringsplichtigen zullen kunnen kiezen uit alle varianten van de zorgverzekeringen die in hun woonprovincie worden aangeboden. Die regel kan voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen niet gelden. Er is om twee redenen gekozen om hen een keuze uit alle zorgverzekeringsvarianten te geven. De reden daarvoor ligt in het EU-recht. Dat verbiedt discriminatie van inwoners van andere EU-lidstaten. De enige manier waarop de Nederlandse regering zeker weet dat zij niet wegens (mogelijke) discriminatie van in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen kan worden aangesproken, is door te regelen dat deze personen uit alle zorgverzekeringsvarianten kunnen kiezen.

Een zorgverzekeraar met naturapolissen dient er in principe voor te zorgen dat de verzekerde zorg op redelijke afstand van zijn natura-verzekerden beschikbaar is. Betekent dit dat een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige die – bijvoorbeeld omdat de premie laag

was – heeft gekozen voor een naturaverzekeraar die slechts Zuid-Holland tot werkgebied heeft, deze kan dwingen om ook zorg in de buurt van zijn woonplaats te contracteren?

Het antwoord op die vraag is ontkennend. Doorgaans zal het bij de hier bedoelde verzekeringsplichtigen gaan om personen die in het buitenland wonen, maar in Nederland in dienstbetrekking werken. De Europese socialezekerheidsverordening 1408/71 brengt voor hen met zich, dat zij, ongeacht of zij een naturaof restitutie zorgverzekering hebben gesloten, kunnen kiezen voor zorg volgens het pakket van hun woonland, die (via het CVZ) voor rekening van hun zorgverzekeraar wordt gebracht. Zij kunnen er echter ook voor kiezen om hun rechten uit de zorgverzekeringsovereenkomst te kiezen. Hebben zij een naturazorgverzekering gesloten, dan betekent dat echter wel, dat zij de zorg zullen moeten halen daar, waar de zorgverzekeraar, gezien zijn overige verzekerden, zorgcontracten hebben gesloten. Mede gezien de mogelijkheid die Vo. 1408/71 biedt, staan redelijkheid en billijkheid er namelijk aan in de weg dat een verzekerde die – bijvoorbeeld vanwege de lage premie – een naturazorgverzekering met een slechts in Zuid-Holland werkende zorgverzekeraar heeft gesloten, hem kan dwingen om louter voor hem zorgcontracten in de buurt van zijn buitenlandse woonplaats te sluiten. Dat is overigens precies hetzelfde als onder de huidige Zfw waar ook al buitenlandse verzekerden voorkomen. Te verwachten valt overigens dat de hier bedoelde werknemers of voor een restitutie zorgverzekering sluiten, of een naturazorgverzekering sluiten bij een verzekeraar die in de dichtstbijzijnde Nederlandse grensprovincie opereert (en derhalve waarschijnlijk ook wel enige zorgcontracten in zijn woonland zal hebben). In dat geval heeft hij namelijk een reële keuze tussen het Nederlandse pakket (op grond van zijn zorgverzekering) of zijn woonlandpakket (op grond van de Verordening).

De leden van de PvdA-fractie willen weten of artikel 10, onderdeel a, Zvw zodanig moet worden gelezen dat de zorg geboden door huisartsen of verloskundigen de integrale eerstelijnszorg is.

Het antwoord daarop is ontkennend. Zo valt paramedische zorg ook onder integrale eerstelijnszorg. Overigens merk ik op dat artikel 10, onderdeel a, Zvw niet spreekt van «door huisartsen of verloskundigen geboden zorg» maar van «zorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden». Tekstueel is dit verschil klein, maar naar de inhoud is het aanzienlijk. Anders dan de eerste redactie, zorgt de tweede redactie er namelijk voor dat de zorg functioneel wordt omschreven. Dat leidt ertoe dat ook zorg van «call centra», «nurse practitioners» of «physician assistants», voor zover dezen zorg bieden die huisartsen plegen te bieden, onder eerstelijnszorg valt.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom schade ten gevolge van kernexplosies of natuurrampen wel onder de zorgverzekering valt, terwijl voor terrorisme een uitzondering wordt gemaakt. Waarom is niet besloten een uitzondering te maken op de Noodwet financieel verkeer voor de schaden ten gevolge van terrorisme, zo vragen zij.

Anders dan de leden van de PvdA-fractie veronderstellen, is het niet zo dat zorg die nodig is ten gevolge van een terroristische aanslag, per definitie buiten de zorgverzekering valt. Het niet of slechts gedeeltelijk vergoeden van deze zorg is pas aan de orde indien de Minister van Financiën na één of meer omvangrijke terroristische aanslagen, gebruik heeft gemaakt van zijn bevoegdheid, opgenomen in artikel 18b van de Noodwet financieel verkeer. Dat zal hij pas doen indien het zich laat aanzien dat de schade uit dergelijke aanslag(en) het bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) gedekte bedrag (op dit moment € 1 miljard) dreigt te overschrijden, waardoor de

grenzen van de draagkracht van het verzekeringsstelsel worden bereikt en de stabiliteit van het financiële stelsel in gevaar komt. De omvang van de schaden waar het hier om gaat, is vergelijkbaar met die van oorlogsmolest, waarvoor op grond van artikel 64, tweede lid, Wtv 1993 geen schadeverzekeringen mogen worden gesloten (zie ook Kamerstukken II 2002/03, 28 915, nr. 3, p. 4).

De bevoegdheid die de Minister van Financiën op grond van artikel 18b Noodwet financieel verkeer heeft, is te bepalen dat schadeverzekeraars de ten gevolge van terroristische aanslag(en) opgekomen schaden slechts met door hem te bepalen kortingen behoeven te vergoeden, dan wel dat zij niet gehouden zijn tot uitkeringen die een door hem te bepalen bedrag – hetgeen doorgaans het bij de NHT gedekte bedrag zal zijn – voor alle verzekeraars tezamen (dus inclusief levens- en natura-uitvaartverzekeraars) overschrijden. Deze bevoegdheid heeft op dit moment tevens betrekking op ziektekostenverzekeraars (zie Kamerstukken II 2002/03, 28 915, nr. 3, p. 5) en zal na inwerkingtreding van de Zvw dus tevens zorgverzekeringen omvatten. Artikel 2.3 van het concept-Besluit zorgverzekering, dat Uw Kamer op 11 maart 2004 in het kader van de voorhangprocedure is toegezonden, is in dezen dan ook slechts te zien als een nadere regeling van wat reeds uit de Noodwet financieel verkeer voortvloeit, met dien verstande dat daarmee tevens expliciet wordt geregeld dat de Minister van Financiën voor de prestaties uit de zorgverzekeringen afzonderlijke grenzen kan vaststellen.

Het is ongewenst te regelen dat de bevoegdheid van de Minister van Financiën niet geldt voor zorgverzekeringen. Dat zou immers betekenen dat ook zorgbehoefte die het gevolg zijn van omvangrijke terroristische aanslagen, altijd voor rekening van de zorgverzekeraars komen. Aangezien zorgverzekeraars net zo goed als andere schadeverzekeraars risicodragend zijn, zou dat alsnog de financiële stabiliteit van het verzekeringsstelsel in gevaar kunnen brengen.

Overigens merk ik op dat het op grond van artikel 55 Zvw mogelijk zal zijn om via een rijksbijdrage toch nog voor een groter deel dan het door de Minister van Financiën bepaalde bedrag in de zorgbehoefte bij omvangrijke terroristische aanslagen te voorzien. Zoals in de toelichting op dat artikel is aangegeven, zal de vraag of en, zo ja, tot welk bedrag een rijksbijdrage wordt gegeven, in dit geval mede worden afgewogen tegen de wens andere noden te lenigen, zoals het herstellen van de infrastructuur of reparatie van woningen.

De PvdA-fractie vraagt 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.

Naar mijn mening leidt een vastgestelde contracteerplicht voor Nederlandse instellingen niet tot nadelige concurrentiepositie ten opzichte van buitenlandse instellingen voor wie die contracteerplicht niet geldt. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven dient in dit verband te worden gedacht aan zorg waarvoor sprake is van beperkte marktwerking, bijvoorbeeld bepaalde vormen van topklinische zorg. Overigens geldt ook dat voor deze vormen van (intramurale) zorg geen nadelige concurrentiepositie kan optreden omdat de vergoeding aan een buitenlandse zorgaanbieder in geval van een restitutiepolis vergelijkbaar is met de gemiddelde vergoeding van de kosten die door zorgaanbieders in Nederland in rekening worden gebracht. In geval van een naturapolis is voorafgaande toestemming van de verzekeraar vereist ingeval van

buitenlandse behandeling. Een en ander steunt op jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie.

Artikel 18, tweede lid, Zvw bepaalt dat het voordeel dat aan leden van een collectiviteit kan worden gegeven, maximaal 10% van de premiegrondslag mag bedragen. De leden van de PvdA-fractie vragen waarom daarnaast artikel 18, zesde lid, Zvw, krachtens welk bij amvb verdere beperkingen kunnen worden gesteld, in het artikel is opgenomen.

Dat artikellid is opgenomen om te kunnen ingrijpen indien de collectiviteitskorting of de wijze waarop deze wordt aangeboden en uitgevoerd, onverhoopt afbreuk doet aan het sociale karakter van de zorgverzekering. Daarbij valt op dit moment met name te denken aan teveel kruissubsidiëring. Dat wil zeggen: de verzekeraar financiert de collectiviteitskorting niet zozeer uit kortingen die hij wegens de massa van de collectiviteit bij zorgaanbieders kan bedingen, of uit besparingen op zijn uitvoeringskosten doordat sommige werkzaamheden door de werkgever of de belangenbehartiger van de collectiviteit worden overgenomen, maar uit premieverhogingen voor individuele zorgverzekeringen. Aldus zouden niet tot een collectiviteit behorende verzekeringsplichtigen meebetalen aan de verzekering van wel tot zo'n collectiviteit behorende verzekeringsplichtigen, hetgeen, indien dit in een te grote mate het geval zou zijn, de solidariteit van de zorgverzekering, en derhalve het sociale karakter ervan, zou beperken.

Waarom, zo vragen de leden van de PvdA-fractie, is in artikel 26 Zvw niet geregeld binnen welke termijn het CTZ uitsluitel geeft of door de verzekeraar wordt voldaan aan door de wet gestelde eisen. Dat is niet geregeld, omdat de Awb daar reeds in voorziet. Het oordeel van het CTZ, dat een overgelegde modelovereenkomst (niet) aan het gestelde bij of krachtens de Zvw voldoet en derhalve dat een overeenkomstig zo'n model gesloten verzekering (geen) zorgverzekering zal zijn, is op rechtsgevolg gericht, en is daarom een beschikking. In artikel 4:13 Awb staat dat beschikkingen op aanvraag binnen redelijke termijn gegeven moeten worden, welke termijn in ieder geval verlopen is indien niet binnen acht weken is gereageerd. Vraagt de verzekeraar bij het overleggen van zijn modellen het oordeel van het CTZ, dan dient het CTZ dus – tenzij tijdig wordt verlengd – binnen acht weken te reageren. Vraagt de verzekeraar dat niet, dan kan men zich afvragen of er sprake is van een aanvraag tot het geven van een beschikking. Zou dit niet zo zijn, dan is het oordeel van het CTZ een ambtshalve beschikking, en daarvoor kent de Awb geen beslistermijnen. Het CTZ doet er verstandig aan om in zijn beleidsregels op te nemen op welke termijn het in dit geval de overgelegde modellen bekijkt.

De leden van de PvdA-fractie willen graag weten waarom niet in artikel 28 Zvw zelf reeds is bepaald op welke wijze de verzekeraar inhoud moet geven, bijvoorbeeld door middel van een verzekerdenraad, aan de invloed die de verzekerden tenminste op het beleid dienen te hebben.

Daar zijn drie redenen voor. Ten eerste pretendeer ik niet nu al te weten, hoe zorgverzekeraars de verzekerdeninvloed het best vorm kunnen geven. Bovendien is het zeer de vraag of één van bovenaf opgelegd (minimum-)systeem voor de verzekerden wel de best denkbare optie zou zijn. Ik kan mij bijvoorbeeld heel goed voorstellen dat de invloed bij een verzekeraar die met polissen met gecontracteerde zorg werkt, anders wordt vormgegeven dan de invloed van verzekerden met polissen die uitgaan van restitutie en vrije keuze tussen zorgaanbieders. Ten tweede vormt de wijze waarop de zorgverzekeraar de invloed van zijn verzekerden vormgeeft, een element waarop hij zich van andere zorgverzekeraars kan onder-

scheiden, hetgeen met het oog op de beoogde concurrentie tussen zorgverzekeraars gewenst is. Ten derde staan de richtlijnen schadeverzekeringen er aan in de weg dat de overheid nu al regelt welke invloed verzekerden (ten minste) moeten hebben. Regelgeving die de vrijheid van private verzekeraars beperkt, is immers slechts mogelijk indien dat ter bescherming van het algemeen belang noodzakelijk is, dat wil zeggen dat er een objectieve noodzaak moet zijn en dat de inperking van de vrijheid van zorgverzekeraars proportioneel is met het ermee te bereiken doel. Zolang niet is gebleken dat zorgverzekeraars hun verzekerden onvoldoende invloed geven, zal het stellen van bedoelde regels derhalve niet gerechtvaardigd kunnen worden.

Zoals ik hiervoor al heb opgemerkt zijn verzekerden bij een onderlinge waarborgmaatschappij doorgaans lid van die maatschappij en kent het BW de algemene ledenvergadering van een onderlinge waarborgmaatschappij belangrijke rechten toe.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het bedrag als genoemd in artikel 32, lid 4, onder a, wordt vastgesteld. Deze leden vragen zich af op welke wijze voor het eerste jaar de vereveningsbijdragen zullen worden vastgesteld, gelet op de ontbrekende gegevens van particuliere verzekerden. Zij vragen zich tevens af of het gevaar niet groot is 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.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder op basis waarvan wordt het bedrag vastgesteld dat, zoals bepaald in artikel 32, lid 4, bij ministeriële regeling zal worden toegekend aan de zorgverzekeraars.

In de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden elk jaar de kosten van de zorg geraamd. Deze ramingen zijn gebaseerd op de Macro Economische Verkenningen van het Centraal Planbureau en de Miljoenennota. Uit de raming van de totale kosten van de zorg volgt een raming van de kosten van de vastgestelde prestaties (pakket) van de Zvw. Deze kosten, zogenoemde macro-prestatiebedrag, vormen de basis van de risicoverevening.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af hoe de vereveningsbijdragen worden vastgesteld voor voormalig particuliere ziektekostenverzekeraars. Zij gaan er hierbij vanuit dat de gegevens van particulieren ontbreken. Zoals ik hiervoor al heb opgemerkt ben ik sinds 2003 bezig met het verzamelen, controleren en bewerken van gegevens van de huidige particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. Voor de ex-ante vaststelling van de normbedragen gebruik ik (alle inmiddels verzamelde) gegevens van ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars over de jaren 2002 en 2003. Voor de definitieve vaststelling van de ex-ante bijdragen en de toepassing van de ex-post compensatiemechanismen gebruik ik gerealiseerde verzekerden en kostengegevens over het jaar 2006.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af in hoeverre de artikelen 35, 86, 87 en 88 Zvw voldoende grond bieden voor de verwerking van persoonsgevoelige gegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) 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 CBP, zo vragen zij.

De door de leden van de PvdA-fractie genoemde richtlijn, en de Wbp, die die richtlijn implementeert, bevatten het juridische kader waarbinnen verwerking van persoonsgegevens is toegestaan. Aangezien de Wbp voor

«heel Nederland» geldt, kunnen de regels in die wet niet anders dan abstract zijn. Zo is bijvoorbeeld bepaald dat bestuursorganen of instellingen die voor hen werkzaam zijn, gezondheidspersoonsgegevens mogen verwerken voor zover dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften, en dat verzekeraars dat mogen voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. De genoemde Zvw-artikelen vormen niet meer dan concretisering van dergelijke Wbp-bepalingen voor de Zvw-situatie: de doelen waarvoor persoonsgegevens in verband met de Zvw en de zorgverzekeringen mogen worden verwerkt en degenen die dat mogen doen, worden in die artikelen ten opzichte van de Wbp-doelen nader geconcretiseerd. Net als in de Wbp is voorts opgenomen, dat de verwerking door de in deze artikelen genoemde personen of instanties voor de in de artikelen genoemde doelen, slechts mag voor zover dat voor het bereiken van het desbetreffende doel noodzakelijk is. De artikelen zijn dan ook naar mijn mening geenszins in strijd met de Wbp of met richtlijn 95/46/EG, maar bevatten juist een vanuit het privacy-recht wenselijke nadere concretisering van wie waartoe in casu gegevens mag verwerken. Het CBP heeft op 12 mei 2004 over het concept voor de Zvw geadviseerd. Allereerst kan uit het advies worden afgeleid dat het College er geen principiële bezwaren tegen heeft dat uitwisseling van gegevens op basis van het sofi-nummer plaatsvindt. Voor een uitgebreide behandeling van het advies van het CBP op dit punt en de reactie van de regering daarop, verwijs ik gaarne naar punt 11a van het nader rapport. Vervolgens gaf het CBP aan, dat niet aangegeven was op basis van welke Wbp-rechtvaardigingsgrond het CVZ met het oog op de risicoverevening persoonsgegevens mag verwerken (artikel 35 Zvw). Die rechtvaardigingsgrond is echter te vinden in artikel 8, onderdeel e, van de Wbp, juncto – voor gezondheidsgegevens- artikel 21, eerste lid, onderdeel f, Wbp. Ten slotte vond het CBP dat de in de artikelen opgenomen aanduiding, dat de daar genoemde personen gegevens verstrekken voor zover dat met het oog op de daar genoemde doelen noodzakelijk is, te vaag. Het CBP adviseerde bij ieder artikel te regelen om welke gegevens het dan gaat. Dit advies heeft de regering niet opgevolgd. Gezien het grote aantal zorgsectoren (artikel 87) en het grote aantal verder bij de uitvoering van de Zvw en de zorgverzekeringen betrokken actoren (artikelen 35, 88 maar ook 89), zou dat namelijk òf leiden tot enorm gedetailleerde, erg lange lijsten die om de haverklap gewijzigd zouden moeten worden, òf tot een opsomming met een zodanig abstractieniveau dat dit zeer weinig aan de bestaande bepalingen zou toevoegen. Wel is in die zin aan de kritiek van het CBP tegemoetgekomen, dat in de artikelen 35, 87, 88 en 89 Zvw telkens de mogelijkheid is opgenomen, om nadere regels te stellen. Ontstaat er in de praktijk onduidelijkheid over de vraag of verstrekking van een bepaald persoonsgegeven wel noodzakelijk is met het oog op het in het desbetreffende artikel genoemde doel, dan zal ik daar dus via een ministeriële regeling duidelijkheid over kunnen verschaffen. Overigens heb ik aan het CBP toegezegd dat zo'n ministeriële regeling er in ieder geval zal komen voor door zorgaanbieders geleverde dbc's uit het zogenoemde «B-segment».

De leden van de SP-fractie menen dat uit de artikelen 87 en verder volgt dat zorgaanbieders op hun declaraties behalve de naam en het geleverde ook het sofi-nummer en de medische indicatie moeten vermelden. Zeker voor huisartsen, zo constateren zij, 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. Zij vragen of ik dit wil toelichten en hen zo mogelijk op dit punt wil geruststellen. Op grond van artikel 87 Zvw moeten zorgaanbieders – waaronder

huisartsen – die gegevens op hun declaratie melden, die voor de zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van zijn zorgverzekeringen of van de Zvw. Of een huisarts op zijn declaratie de medische indicatie moet melden, hangt derhalve af van het antwoord op de vraag of het voor de zorgverzekeraar van de patiënt noodzakelijk is om deze te weten. Zo'n noodzaak bestaat vooral indien de prijs die een zorgaanbieder in rekening mag brengen, afhangt van zijn diagnose of behandeling. Dat is bijvoorbeeld het geval bij de dbc's (ziekenhuiszorg). In de huisartsenzorg is hier vooralsnog geen sprake van.

Zoals ik in de memorie van toelichting op artikel 118 Zvw reeds heb aangegeven, ben ik van plan dat artikel, en derhalve ook de plicht om het sofi-nummer op de declaratie te vermelden, gefaseerd in te voeren, te beginnen met de ziekenhuiszorg. Vooralsnog zal een huisarts het sofi-nummer derhalve niet op de declaratie hoeven te melden, en de constatering van de leden van de SP-fractie dat alle medische gegevens aan het sofi-nummer gekoppeld zijn, is voorlopig derhalve niet juist. Volledigheidshalve merk ik op dat dat in het kader van het wetsvoorstel dat het gebruik van het burgerservicenummer (bsn) in de zorgsector regelt, anders kan komen te liggen. Een eventuele discussie hierover kan, naar het mij voorkomt, bij voorkeur in het kader van de behandeling van dat wetsvoorstel – dat op dit moment nog wordt voorbereid – worden gevoerd.

Ten slotte merk ik nog op dat artikel 87 Zvw niet in strijd is met artikel 7:457 BW, waarin het medisch beroepsgeheim wordt geregeld. Een zorgaanbieder mag namelijk wel iets over een patiënt mededelen, voor zover een wettelijk voorschrift hem daartoe verplicht, zo bepaalt artikel 7:457, eerste lid, BW. Een zorgaanbieder die derhalve persoons- (gezondheids)gegevens aan een zorgverzekeraar verstrekt die voor die verzekeraar noodzakelijk zijn om zijn zorgverzekeringen of de Zvw uit te voeren, komt derhalve noch in strijd met zijn uit het medisch beroepsgeheim voortvloeiende zwijgplicht, noch met artikel 87 Zvw.

De leden van de SP-fractie vragen voorts nog, hoe gewaarborgd wordt dat zorgverzekeraars gegevens die zij op grond van de Zvw hebben verkregen, niet op andere manieren ten eigen voordele aanwenden, bijvoorbeeld bij acceptatie voor de aanvullende verzekering of levensverzekeringen. Zij vragen verder of het CBP om een oordeel is gevraagd in deze materie en aan wie het toezicht is opgedragen.

Het CBP gaat in paragraaf 4 van zijn advies op dit risico in. Zoals het CBP terecht constateert, leidt artikel 87, vijfde lid, Zvw ertoe dat gezondheids-persoonsgegevens die voor de uitvoering van een zorgverzekering of van de Zvw binnenkomen, niet met het oog op andere doelen van de verzekeraar – waaronder het acceptatiebeleid voor andere verzekeringen – mogen worden verwerkt of aan een andere verzekeraar (bijvoorbeeld een levensverzekeraar) mogen worden doorgegeven. Uiteraard is het van belang om erop toe te zien, dat dit verbod tot verder gebruik niet wordt overtreden. Het CBP is in dit verband, als algemeen toezichthouder op de verwerking van persoonsgegevens, de meest aangewezen toezichthouder (artikel 51 Wbp). Maar ook het CTZ kan bij overtredingen optreden, aangezien het CTZ er op moet toezien dat de zorgverzekeraars zich aan de bij en krachtens de Zvw gestelde regels houden.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom, blijkens artikel 121, niet is voorzien in de mogelijkheid van een controle door de Algemene Rekenkamer in geval van bijzondere omstandigheden.

Ten aanzien van deze vraag wil ik graag het volgende opmerken. De vraag kan suggereren dat de Algemene Rekenkamer geen controlebevoegdheid meer heeft. Dit is echter een misverstand. De verantwoording die ik aan

de Tweede Kamer afleg over de Zvw heeft betrekking op de opzet en werking van de Zvw. De bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer liggen in lijn met mijn verantwoordelijkheden terzake. De Algemene Rekenkamer is dus bevoegd de opzet en werking van het verzekeringsstelsel controleren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de rol van de zorgverzekeraars in relatie tot doelbereiking van de wet (zoals de toegankelijkheid van de zorg), de werking van de verzekerdenmarkt (zoals het verbod op premiedifferentiatie) en de werking van het toezicht op de uitvoering van de Zvw.

Anders dan de leden van de D66- en OSF-fracties aannemen, ben ik op dit moment niet voornemens om op grond van artikel 29, vierde lid, Zvw, iets te regelen over de wijze waarop wordt bepaald of een zorgverzekeraar minder dan 850 000 verzekerden heeft indien die verzekeraar rechtsopvolger is van een andere zorgverzekeraar, met een andere zorgverzekeraar is gefuseerd of juist afgesplitst of indien hij (delen van) de zorgverzekeringsportefeuille van een andere zorgverzekeraar heeft overgenomen. Zoals in de artikelsgewijze toelichting op dat artikellid is aangegeven (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, p. 135), is deze mogelijkheid vooral bedoeld om te kunnen voorkomen dat verzekeraars met meer dan 850 000 verzekerden die ondanks de plicht daartoe niet in heel Nederland willen werken, door kunstgrepen hun verzekerdenaantallen in juridische zin beneden de 850 000 weten te krijgen, terwijl men in wezen als één grote verzekeraar verder gaat. Dat zou deze verzekeraar bijvoorbeeld door de portefeuille geheel of gedeeltelijk over te dragen aan een speciaal daartoe opgerichte nieuwe rechtspersoon. Aangezien mij van (voornemens tot) dergelijk oneigenlijk gebruik niet is gebleken, ben ik vooralsnog niet van plan de regeling te treffen.

Overigens zou een dergelijke regeling, indien al getroffen, op zijn vroegst in het jaar 2007 gevolgen voor zorgverzekeraars kunnen hebben. Dat volgt uit de redactie van artikel 29. Mogelijk willen de leden van de D66- en OSF-fracties echter niet zozeer weten of ik van plan ben de ministeriële regeling van artikel 29, vierde lid, Zvw te treffen, maar of ik van plan ben om in het kader van de overgang van het oude naar het nieuwe verzekeringsstelsel regels over de telling van het aantal verzekerden te stellen. Het antwoord op die vraag luidt ontkennend. Ik ben van mening dat bij de overgang van het oude op het nieuwe stelsel alle huidige ziekenfondsen en particuliere verzekeraars de vrijheid moeten hebben om te bepalen of en op welke wijze zij zorgverzekeringen willen gaan aanbieden. Overigens betekent het niet treffen van overgangsrecht op dit punt ook, dat een zorgverzekeraar die uit een fusie tussen een ziekenfonds en een particuliere ziektekostenverzekeraar tot stand komt, en die aldus tot een aantal van meer dan 850 000 verzekerden komt, landelijk zal moeten werken.

Kortom, noch in de overgang van het oude naar het nieuwe stelsel, noch in de structurele situatie, ben ik op dit moment van plan regels over telling van verzekerden in geval van rechtsopvolging, fusie, afsplitsing of portefeuille-overname te stellen.

Artikel 126 Zvw bepaalt dat voor de uitvoering van de Zvw bij amvb nadere regels kunnen worden gesteld. Naar het oordeel van de leden van de fracties van de SGP en de CU heeft deze bepaling 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, zo vragen zij.

Artikel 126 Zvw geeft zeker geen carte blanche om, voor het geval een specifieke delegatiebepaling in de eerdere artikelen van de Zvw ontbreekt, willekeurig welke regels te stellen. Het artikel is bedoeld om bij onvoor-

ziene omstandigheden bij amvb – en derhalve in ieder geval met betrokkenheid van de Raad van State – regels te kunnen stellen. De beperking van de reikwijdte zit enerzijds in het feit dat het gaat om regels voor *de uitvoering* van de wet. Dat betekent dat het bijvoorbeeld niet mogelijk zal zijn, om bij de hier bedoelde amvb nadere regels aan de zorgverzekering te stellen. Anderzijds beperkt de mogelijkheid zich tot het stellen van *nadere* regels. Dat wil zeggen dat de amvb niet mag afwijken van het reeds bij de Zvw gestelde, en dat het ook niet mogelijk is om in de hier bedoelde amvb regels over geheel nieuwe onderwerpen – dat wil zeggen onderwerpen waarover de Zvw zelfs geen hoofdregels bevat – aan de uitvoerders van de Zvw op te leggen. Uit het feit dat artikel 126 bedoeld is om te kunnen voorzien in onvoorziene omstandigheden, moge blijken, dat ik voorsnog niet van plan ben de hier bedoelde amvb te treffen.

Ik merk ten slotte op dat de mogelijkheid om bij amvb nadere uitvoeringsregels te stellen, niet nieuw is. Ook in de AWBZ (artikel 77), de Wtv 1993 (artikel 187, eerste lid), en in de Wet SUWI (artikel 82) komen dergelijke regels bijvoorbeeld voor.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst