

Vergaderjaar 2004–2005

29 763

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

Nr. 26

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 24 november 2004

Na kennis te hebben genomen van de inhoud van de nota naar aanleiding van het verslag bij voorliggend wetsvoorstel bleek er in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bij enkele fracties behoefte te bestaan een (meer expliciete) beantwoording van door hen in het verslag naar voren gebrachte vragen en opmerkingen te ontvangen. Deze zijn op 18 november 2004 aan de regering voorgelegd en bij brief van 24 november 2004 beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Vacature (algemeen), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA), Bakker (D66).

PvdA-fractie

Cursief gedrukt zijn de delen waarop de leden van de PvdA-fractie alsnog een antwoord vragen of een reactie verwachten. Voor de duidelijkheid zijn in sommige gevallen de inleidende teksten opnieuw afgedrukt.

Naar de mening van de leden zou een doelstelling op het gebied van gezondheid en een duidelijker omschrijving van het begrip «passende zorg» en «zorgplicht» hieraan tegemoet kunnen komen. Bovendien zou ook het opheffen van gezondheidsverschillen tussen de sociaal economische klassen onderdeel moeten zijn van de beoogde effecten. *Zij vragen hierop een reactie van de regering.*

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat de patiëntenrechten kunnen worden aangetast door de mogelijke onduidelijkheid van functiegerichte aanspraken. *Zij vragen hierop een reactie van de regering.*

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering in hoeverre de verzekeraars van nature de belangen van de verzekerden dienen. Is de belangrijkste prikkel voor de verzekeraars niet vooral winstgevendheid, die wordt bepaald door het aantal verzekerden maal de gemiddelde marge, in plaats van de kosten en de kwaliteit? Op welke manier zorgen de voorstellen ervoor dat verzekeraars kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid als prikkels ervaren?

De leden merken op dat in de memorie van toelichting minder centrale sturing als een van de doelstellingen wordt genoemd. Naar de mening van de PvdA fractie kan dit op zichzelf geen einddoel kan zijn van deze wet. De hierboven genoemde hoofddoelstelling zou leidend moeten zijn. De operationele doelstellingen van de wet zouden kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg moeten zijn, in die volgorde. Zij vragen naar de overwegingen om een andere doelstelling te kiezen, en of daarbij een onderscheid kan worden gemaakt naar hoofd- en operationele doelstellingen. *Zij vragen de regering met voorstellen te komen die aan deze zienswijze tegemoet komen.*

De memorie van toelichting stelt dat burgers meer financiële verantwoordelijkheid krijgen. Naar de mening van de leden van de PvdA-fractie behelst deze verantwoordelijkheid vooral het betalen van een hogere nominale premie. Zij vragen of er nog andere componenten zijn die de financiële verantwoordelijkheid voor de burger vergroten, en welke dat dan zijn. Verder zouden zij graag vernemen welke onderzoeken aangeven dat een hoge nominale premie noodzakelijk is om de verantwoordelijkheid te verhogen. *Zij vragen vanaf welke hoogte van de nominale premie er een voldoende groot keuze- en gedragseffect ontstaat.* Zijn er aanwijzingen dat de huidige particulier verzekerden door hun hogere premie bewuster met zorg omgaan? *Op welke manier zal hun bewustzijn van kosten zich door de nieuwe wet ontwikkelen?*

De leden van de PvdA-fractie vragen welke initiatieven nu precies bestaan voor het aanbieden van keuze-informatie voor een zorgverzekering. De memorie van toelichting noemt de beschikbaarheid van een vergelijkend overzicht, dat in de wet is opgenomen, en de Report Card Verzekeraars die de consumentenbond ontwikkeld. Welke resultaat verantwoordelijkheid neemt de minister voor deze Report Card? Zijn er nog andere initiatieven op het gebied van informatie en vergelijking te noemen? Hoe verhouden de initiatieven zich tot elkaar? Wat is de toegevoegde waarde van elk van de verschillende initiatieven? In hoeverre leiden de verschillende initiatieven tot extra bureaucratische lasten voor verzekeraars en aanbieders? Is de minister met de leden van mening dat afstemming wenselijk is?

De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie op de stelling dat het kiezen van een natura pakket vanwege de gedwongen keuze voor een zorgaanbieder als zeer onaantrekkelijk gezien kan worden, zodat verzekerden massaal zullen kiezen voor restitutie polissen, zodat de kostenremmende werking van het stelsel beperkt zal worden.

De zorgverzekeraars geven aan dat het geven van een ruime korting op dure verzekerden (bijvoorbeeld de diabetesvereniging) onaantrekkelijk kan zijn door het etalage artikel. De KNVB zou dan immers dezelfde procentuele korting moeten krijgen voor een groep verzekerden van dezelfde grootte, terwijl daarop niet een vergelijkbare besparing behaald kan worden. Dit heeft alles te maken met de werking van het vereveningsfonds, die de eerste groep voor een collectiviteit aantrekkelijker maakt dan de tweede. *De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie op deze stelling, en vragen of hierdoor de positieve invloed van collectiviteiten – meer preventie en een verscherpt inkoopbeleid – beperkt zal worden.*

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen om de risicosolidariteit. Na het invoeren van de no-claim teruggave kan nu ook het eigen risico zorgen voor een lagere bijdrage voor wie minder kosten maakt. Deze leden zijn van mening dat de maximale hoogte van het eigen risico van 500 euro – bijna de helft van de nominale premie – de risicosolidariteit uitholt. *Zij vragen de regering een raming te geven van het gemiddelde verschil in premielasten tussen iemand die kerngezond is, en dus helemaal geen ziektekosten maakt, met een eigen risico van 500 euro en iemand die chronisch ziek is, en dus geen eigen risico neemt en geen no-claim teruggave krijgt. Zij vragen daarbij ook op te nemen de gemiddelde kosten van alle eigen bijdrages opgeteld voor chronisch zieken. Zij vragen de regering wat zij een solidaire verhouding vindt tussen de kosten voor een gezonde en zieke verzekerde, en of de regering vindt dat dit stelsel voldoende risicosolidair is.*

Welke risico's ontstaan wanneer het vereveningsfonds en de rijksbijdrage wel worden aangemerkt als staatssteun?

Welke risico's ontstaan wanneer de voorstellen wel worden gezien als een mededingingsbeperkende maatregel?

Kan worden uitgesloten dat burgers zich aan het verplichte karakter van de verzekering kunnen onttrekken met een beroep op het verbod op captive customers? Zo ja, op basis waarvan is dit zeker te stellen? Zo nee, voor wanneer verwacht de regering hierover uitsluitel te kunnen geven? Welke risico's ontstaan wanneer burgers zich aan het verplichte karakter van de verzekering kunnen onttrekken?

In hoeverre zou het ooit nog mogelijk zijn om de privaatrechtelijke vormgeving terug te draaien naar publiekrechtelijk? Wat zouden hiervan de gevolgen zijn?

In hoeveel gevallen kan al gesteld worden dat nu sprake is van een regionaal monopolie? Zijn er gesprekken gevoerd met deze aanbieders?

De leden van de PvdA-fractie vragen waar het voordeel (de korting) door het collectieve contract zal neer slaan. Kan dit ook bij de werkgever of bemiddelende partij zijn? Zo ja, moeten verzekeraar en bemiddelende partij hierin inzicht geven aan de verzekerde?

De leden van de PvdA-fractie vragen of het uitsluiten van collectiviteiten met korting op basis van het verzekeringsrisico van het collectief ook uitsluit dat patiëntenverenigingen tot daadwerkelijk aantrekkelijke polissen kunnen komen voor hun achterban.

De leden van de PvdA-fractie vragen een nadere omschrijving van de zorgvorm preventie, en een onderbouwing van de kosten voor preventie als percentage van het geheel die naar de mening van de minister noodzakelijk is voor een gezonde bevolking. Deze leden vragen of preventie niet dreigt te worden tot een marketinginstrument in plaats van een middel dat daadwerkelijk bijdraagt tot een verbetering van de volksgezondheid en mogelijk ook de zorgkosten. Voorts vragen zij welke waarborgen de regering hiervoor heeft?

Indien de voortdurende toetsing van het pakket in de toekomst door het CVZ plaats zal vinden, welke bevoegdheden hebben minister en Kamer dan nog op dit gebied? Is naar de mening van de regering het CVZ voldoende toegerust met criteria om deze afweging te kunnen maken?

Kan de regering ingaan op de wens een makkelijk toegankelijke geschillenprocedure te ontwerpen die een meer verplichtend karakter heeft dan een procedure bij de ombudsman verzekeringen en daarover specifiek advies te vragen aan het College voor Zorgverzekeringen?

Op welke manier zijn verstrekkingengeschillen onderdeel van de wet?

De leden van de PvdA-fractie vragen om een nieuwe versie van Tabel 1 en 3, waarin ook de eigen bijdrages voor zorg (huidige ZFW en toekomstige basispolis) en het eigen risico expliciet wordt gemaakt als financieringsbron.

De leden van de PvdA-fractie vragen een herberekening van de gemiddelde premie per verzekerde (Tabel 4) onder de aanname dat het gezonde deel van de bevolking (zorgkosten minder dan 100 euro per jaar) een basispolis neemt met een eigen risico van 500 euro, en de rest van de bevolking een basispolis zonder eigen risico kiest, met een uitsplitsing naar de premie voor de groep met en zonder eigen risico.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de nominale opslagpremie is, en waarvoor deze gebruikt wordt.

Artikel 11

De leden van de PvdA-fractie vragen welke mogelijkheden er straks zijn voor verticale integratie. Zijn er belemmeringen in het geval een verzekeraar een zorgaanbieder wil overnemen of opzetten? Wat is het verschil met de Ziekenfondswet? Waarom is er een verschil, en waarom is gekozen voor liberalisatie? Hoe kan de zorgautoriteit in oprichting eventueel strijdigheid met het mededingingsrecht toetsen? Wat is hierbij de afstemming met de NMa?

Artikel 28

Gegeven het feit dat uit onderzoek van NIVEL blijkt dat de invloed van ledenraden op het beleid van de ziekenfondsen beperkt is, vooral wat betreft contracteerbeleid, de hoogte van de nominale premie en de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, wat zijn dan de verwachtingen van de regering ten aanzien van de medezeggenschap in het toekomstige stelsel? Verwacht zij op dit gebied een verbetering? Zo ja, waarom? Zo nee, acht de regering een verbetering niet wenselijk?

SP-fractie

De bladzijden verwijzen naar de nota naar aanleiding van het verslag.

Blz. 2

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling de reactie van de regering op de mogelijke negatieve effecten van de marktwerking gelezen. Zij betreuren het echter dat niet apart op de zes genoemde effecten gereageerd is, en vragen de regering dit alsnog te doen. Bij deze nogmaals de te verwachten negatieve effecten:

- Minder samenwerking
Concurrentie werkt samenwerking tegen, is hier zelfs tegenstrijdig mee en zal leiden tot versnippering van de zorg. Transmurale zorg zal zo moeilijker te organiseren worden.
- de zorg wordt duurder
- de kwaliteit komt onder druk te staan
marktprincipe is zoveel mogelijk zorg tegen een zo laag mogelijke prijs. En ook uit het onlangs verschenen inspectie rapport blijkt dat commerciële klinieken niet de beste kwaliteit leveren
- Meer bureaucratie
Overheidsregels zullen verminderen, maar de regels van de markt zullen des te harder voor meer overhead zorgen. Dus de werkvloer zal geen vermindering ervaren.
- Te weinig oog voor de lange termijn
Er moet op zo kort mogelijk termijn winst gemaakt worden. Investeren in preventie kost tijd en zal niet de winst, wel gezondheidswinst voor mensen, opleveren die ze nodig hebben. Deze investering komt hierdoor onder druk te staan.
- Aantasting solidariteit
Er is een reële kans dat de markt zich zal richten op lucratieve zorg waar snel aan te verdienen valt en zal zich ook eerder richten op klanten die het kunnen betalen zoals voorrangszorg voor werkgevers en mensen met hogere inkomens.

Blz. 4/5

De overheid behoudt de systeemverantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. De leden van de SP-fractie vragen hoe deze verantwoordelijkheid concreet vorm gegeven gaat worden. Hoe kan worden voorkomen dat, wanneer er problemen op deze gebieden naar voren komen, veldpartijen iedere keer met de vinger naar een ander kunnen gaan wijzen? Hoe gaat voorkomen worden dat verantwoordelijkheden afgeschoven worden? De regering geeft aan de bezorgdheid voor afschuifgedrag niet weg te kunnen nemen, en geeft aan dat het nieuwe zorgsysteem dit ook moet voorkomen. Dit is in de ogen van de leden van de SP-fractie een ruim antwoord op een vraag waarin naar concrete mogelijkheden tot het voorkomen van afschuifgedrag gevraagd wordt. Daarom ontvangen zij graag antwoord op de vraag hoe afschuifgedrag zal worden tegengegaan.

Blz. 11/12

De regering geeft aan niet voorruit te kunnen lopen op de uitkomsten van de pakketevaluatie. De vraag van de leden van de SP-fractie was echter of overwogen wordt het pakket uit te breiden als blijkt dat de verkleining tot negatieve gevolgen leidt. Of is eenmaal uit het pakket altijd uit het pakket?

Blz. 21

De leden van de SP-fractie hechten waarde aan de mening van de regering, maar zouden toch graag een onderbouwd en helder antwoord willen hebben op de vraag of er nu wel of geen bepalingen in het voorliggende wetsvoorstel zijn die kunnen leiden tot kartelvorming. Wat zijn de

gevolgen voor het zorgstelsel als blijkt dat er wel sprake is van bepalingen die tot kartelvorming leiden

Blz. 24

In het kader van de witte vlekken hebben de leden van de SP-fractie nog de vraag gesteld of de regering erkent dat ondanks het vereveningsstelsel zorgverzekeraars om zich bij voorkeur te richten op gebieden met jonge en relatief gezonde mensen? Hoe kunnen witte vlekken ontstaan terwijl er een acceptatieplicht geldt?

Blz. 28

De regering heeft in algemene zin gereageerd op de vragen over de positie van verzekerden. De leden van de SP-fractie zouden toch graag zien dat er wordt ingegaan op hun vragen over de mogelijkheid van ledenraden.

Een van de doelen van het nieuwe stelsel is het aanzetten tot meer eigen verantwoordelijkheid van de burger. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat deze eigen verantwoordelijkheid ook tot uiting komt door de mate van inspraak van de burgers bij de zorgverzekeraars. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door middel van ledenraden. Op dit moment hebben veel ziekenfondsen ledenraden maar de met beperkte formele bevoegdheden zoals benoeming, schorsing en ontslag van bestuurders, statutenwijzigingen en het vaststellen van de jaarstukken. Er is weinig invloed als het gaat om invloed op het inhoudelijk beleid zoals de invulling van het verzekerd pakket, de vaststelling van het nominale deel van de premie en het contracteerbeleid. Is de regering van mening dat verzekerden de mogelijkheid zou moeten hebben in het beleid van de zorgverzekeraars zoals hierboven beschreven? Zo ja, welke mogelijkheden zijn er in de wet om dit vast te leggen?

Blz. 43

Een van de redenen van de hervorming van het stelsel is dat dit kabinet de groeiende kosten in de zorg wil beheersen. Tijdens de begrotingsbehandeling heeft de minister erkend dat de grootste kostenstijging van de zorg niet zozeer de vergrijzing is maar met name ook de nieuwe medisch technische mogelijkheden en voorzieningen. De leden van de SP-fractie vragen hoe met het nieuwe stelsel de regering deze mogelijkheden en de daarbij behorende kostenstijging wil of kan beteugelen. Kan het bijvoorbeeld zo zijn dat nieuwe mogelijkheden, voorzieningen wellicht alleen in de aanvullende verzekering komen en daardoor onbereikbaar voor mensen met lagere inkomens die geen aanvullende verzekering kunnen afsluiten?

Blz. 101

De leden van de SP-fractie zijn verheugd met de toezegging dat jaarlijks gerapporteerd wordt over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Toch zouden zij ook nog graag een reactie zien op de vraag of de regering bekend is met het systeem dat in Amerika is opgezet om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor verschillende bevolkingsgroepen te evalueren. Zo ja, wat vindt de regering van dit systeem? Ziet zij mogelijkheden voor een dergelijk soortgelijk systeem in Nederland?

Een vraag die niet terug te vinden is in de nota naar aanleiding van het verslag en die gesteld is naar aanleiding van een tekst in de memorie van toelichting blz/ 6: «De pakketsamenstelling is op deze wijze uitkomst van een politieke weg waarin ook de betaalbaarheid van het stelsel op

langere termijn betrokken is», aldus luidt de tekst in de memorie van toelichting. Deelt de regering de mening van de leden van de SP-fractie dat het zorgstelsel met name zo ingericht moet zijn dat het aanbod van zorg in interactie met mensen maximaal bijdraagt aan het realiseren van gezondheid van alle burgers? Zo ja, hoe gaat de regering dit in de wet vormgeven?

GroenLinks-fractie

Inleiding en samenvatting

De leden van de GroenLinks-fractie menen dat in het onderhavig wetsvoorstel verkeerde keuze op verkeerde keuze wordt gestapeld. De regering laat daarmee een unieke kans lopen om te komen tot een solidair en doelmatig zorgstelsel. Tot grote spijt en teleurstelling van deze leden kiest de regering voor het tegengestelde: voor een stelsel dat de bovenmodale inkomens bevoordeelt, voor een stelsel dat leidt tot een explosie aan bureaucratische compensatie, voor een stelsel dat de keuzevrijheid van verzekerden en patiënten beperkt in plaats van versterkt. Kan de regering hierop reageren?

Zoals ook de Raad van State aangeeft draait het in de gezondheidszorg niet om de markt, maar om de verhouding tussen de arts en de patiënt. Deze verhouding komt onder druk te staan. Verzekerden kunnen niet meer vrij kiezen uit zorgverleners, maar kunnen door hun zorgverzekeraar min of meer worden gedwongen om te kiezen voor een gecontracteerde aanbieder. Het restitutiemodel maakt andere keuzes mogelijk. Maar de regering verplicht verzekeraars niet het restitutiemodel aan te bieden. De regering weigert ook om een logische minimale restitutenorm vast te stellen. Kan de regering hierop reageren?

De leden van GroenLinks-fractie vragen wie zich straks nog verantwoordelijk voelt voor het stimuleren van innovatie en samenwerking. Zorgverzekeraars hebben daar pas belang bij als zij weten dat het én een kostenbesparing gaat opleveren én dat die kostenbesparing in grote mate bij hen terecht gaat komen. Er bestaat natuurlijk een grote kans op freeridersgedrag van andere zorgverzekeraars. Kan de regering hierop reageren?

Wat kan en gaat zij doen als de benodigde samenwerking niet tot stand komt onder regie van zorgverzekeraars? Erkent de regering het risico dat ketenzorg wellicht voor grote (en daarmee financieel aantrekkelijke) patiëntengroepen nog tot stand kan komen, maar dat voor kleine, specifieke patiëntengroepen dat al veel minder voor de hand ligt? Welke taak ziet zij daar voor zichzelf weggelegd?

De vormgeving van de zorgverzekering

De leden van de fractie van GroenLinks zijn het zeer oneens met de keuze voor private verzekeraars die winst mogen maken. Deze leden hebben er fundamentele bezwaren tegen dat premiegeld mogelijk verdwijnt uit de zorg. Bovendien leidt deze keuze er toe dat de overheid niet evenveel voorwaarde kan stellen vanwege Europese regelgeving. De regering maakt zichzelf bewust minder machtig dan nodig. Verder zijn deze ervan overtuigd dat door de keuze voor private verzekeraars die winst mogen maken niet de beste kwaliteit voor de beste prijs het leidend principe wordt, maar de laagste prijs ongeacht de kwaliteit. Het wetsvoorstel zelf illustreert dit al, aangezien het zo goed als ontbreekt aan aandacht voor kwaliteit. Kan de regering hierop reageren?

Deze leden maken zich grote zorgen over de keuze voor een privaatrechtelijk stelsel. De regering is van mening dat de keuze voor een publiekrechtelijk stelsel met private elementen of een privaatrechtelijk stelsel met publiekrechtelijke waarborgen elkaar materieel niet veel ontlopen. Maar in

het privaatrechtelijke stelsel is, aldus de regering, de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, verzekeraars, aanbieders en verzekerden duidelijker. De leden van de GroenLinks-fractie vinden dit een onzinnig argument. Een publiekrechtelijk stelsel maakt duidelijk dat de overheid haar verantwoordelijkheid neemt om de toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor iedere burger te waarborgen. De keuze voor een privaatrechtelijk stelsel wordt dus onvoldoende onderbouwd, terwijl het tegelijkertijd grote risico's met zich meebrengt, zoals ook de Raad van State, de Raad voor Volksgezondheid en Zorg en de landsadvocaat stellen. Kan de regering hierop reageren?

Uit de Memorie van Toelichting blijkt dat de keuze voor een privaatrechtelijk stelsel de regering nu al belemmert in haar keuzen. Zo stelt zij op p. 27 dat voorschriften waarmee het aantal polissen dat een verzekeraar mag aanbieden zou worden beperkt, op basis van Europees recht slechts kunnen worden gerechtvaardigd vanuit het algemeen belang. De leden van de GroenLinks-fractie lezen dit zo dat een wettelijke beperking van het aantal polissen onmogelijk is, omdat er is gekozen voor een privaatrechtelijk stelsel. Klopt dit? Hetzelfde geldt, zo begrijpen deze leden, voor de contracteerplicht. Waarom kiest de regering er bewust voor haar bewegingsvrijheid te beperken?

De inhoud van de zorgverzekering

De uitvoering

De leden van de GroenLinks-fractie hebben vragen bij het voorstel dat zorgverzekeraars per provincie verschillende polissen kunnen aanbieden. Zij vragen of dit de door de regering gewenste concurrentie tussen zorgverzekeraars niet ondergraaft. De zorgverzekeraars van de meeste verzekerden hebben immers een sterke regionale binding. Erkent de regering dit risico? Wanneer is er in de ogen van de regering en de NMa sprake van een te groot marktaandeel? En hoe wordt die markt gedefinieerd? Wordt er dan bijvoorbeeld gekeken naar heel Nederland, naar provincies of naar een andere regionale schaal? Welke voor- en nadelen kleven er volgens de regering aan het verbieden van het maken naar onderscheid per provincie?

Ook vragen de leden van GroenLinks-fractie of verzekerden straks door de bomen nog het bos kunnen zien. Verzekeraars mogen een onbeperkt aantal polissen aanbieden, terwijl tegelijkertijd de aanspraken in de wet functioneel omschreven zijn. Op die manier wordt een goede vergelijking van de verschillende verzekeraars een hele studie. Op welke wijze garandeert de regering dat de informatie helder en overzichtelijk is voor elke verzekerde (ook voor de ongeveer 1 miljoen functioneel analfabeten en de nog veel grotere groep digibeten)? Hoe kijkt de regering aan tegen het voorstel om jaarlijks een heldere, eenvoudig te lezen brochure toe te sturen naar alle verzekerden? Ook merken de leden van de GroenLinks-fractie op dat het wetsvoorstel op geen enkele manier regelt dat verzekerden ook inzicht krijgen in de kwaliteit van de door hun zorgverzekeraar gecontracteerde zorg. Deelt de regering die opvatting?

De zorgplicht

Met de Raad van State zijn de leden van de GroenLinks-fractie van mening dat de zorgplicht in artikel 11 niet voldoende concreet is omschreven. In hun ogen is het bij uitstek een taak van regering en parlement om de zorgplicht invulling te geven. De regering is van mening dat dit aan zorgverzekeraars overgelaten kan worden. Zij wijst wel op bijvoorbeeld de Treeknormen en de normen rond een redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde, maar is niet bereid daar nadere consequenties aan te verbinden. Waarom niet? Wat zijn de normen rond een redelijke afstand

tot de woonplaats van de verzekerde die zich in de loop der tijd hebben ontwikkeld (blz. 31)?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke wijze het amendement 28 894, nr.19 een plek heeft gekregen in het wetsvoorstel. Dit amendement regelt dat zorgverzekeraars verplicht zijn verzekerden de keuze te bieden voor restitutie of voor zorg in natura voor zorg waar geen contracteerplicht voor geldt en geen WTG-tarief. Geldt deze verplichting nog onder de voorgestelde zorgverzekeringwet? In welk artikel wordt die verplichting geregeld?

Deelt de regering de mening dat hoge kosten voor het kiezen van een niet gecontracteerde aanbieder een grote belemmering kan zijn, met name voor mensen met een laag inkomen? Deelt de regering de mening dat een verschil in keuzevrijheid tussen mensen met een hoog en met een laag inkomen op zoiets cruciaals als bijvoorbeeld wie gaat er een ingewikkelde operatie op je uitvoeren onwenselijk is?

De verzekerden

Klopt het dat de regering veronderstelt dat het aantal onverzekerden zal toenemen (blz. 37)? Met hoeveel zal de groep naar verwachting kunnen toenemen? En kan ook inzichtelijk worden gemaakt in welke mate de verwachte toename beïnvloed wordt door de keuze voor een hoge nominale premie? Bestaat er niet een groot risico dat met name kwetsbare burgers – bijvoorbeeld verslaafden, mensen met een ernstige psychiatrische stoornis, functionele analfabeten – niet zullen kunnen voldoen aan de verzekeringplicht?

Hoe wordt voorkomen dat zorgaanbieders onverzekerden gaan weigeren? De regering stelt dat dat voor spoedeisende zorg strafbaar is en dat voor niet spoedeisende hulp de betrokkene alsnog eerst een zorgverzekering kan afsluiten. Deelt de regering de mening dat het onderscheid tussen spoedeisend en niet spoedeisend niet altijd gemakkelijk is te maken? Is een operatie alleen spoedeisend als die per direct uitgevoerd dient te worden of ook nog als dat binnen maximaal twee weken moet? Wie gaat er voor zorgen dat de onverzekerde alsnog een zorgverzekering afsluit? Welke taak ziet de regering daarbij weggelegd voor zorgaanbieders? Hoe groot is naar verwachting het beroep dat kan worden gedaan op de bijzondere bijstand? Welke garantie is er dat gemeenten dat ook zullen willen betalen uit de bijzondere bijstand? En zijn gemeenten daar financieel wel toe in staat?

Het te verzekeren pakket

De regering gaat er vanuit dat zorgverzekeraars zich ervan vergewissen dat de kwaliteit en veiligheid van de gecontracteerde zorg goed is. Mocht dat niet het geval zijn, welke rol ziet de overheid dan voor zichzelf weggelegd? Kan zij zorgverzekeraars aanspreken als deze onvoldoende oog hebben voor kwaliteit en zo ja, hoe dan? Hebben verzekeraars daarvoor wel de kennis en deskundigheid in huis? Hebben zij daar verder wel voldoende belang bij om zich daarvan te vergewissen? Toont bijvoorbeeld de Tros Radar uitzending van 18 oktober jl. over ASR-therapie niet aan dat zorgverzekeraars te veel varen op onderzoeken naar papier en procedures en niet kijken naar de inhoud van een therapie? (zie ook vragen nr. 2040502090). Deelt de regering de mening dat in het nieuwe stelsel de rol van de Inspectie voor de gezondheidszorg uitermate belangrijk is en dat de Inspectie dus versterkt dient te worden?

De vereveningsregeling

Met de Raad van State zijn de leden van de GroenLinks-fractie van mening dat, voorzover ten behoeve van het zorgverzekeringstelsel publieke

middelen aan zorgverzekeraars beschikbaar worden gesteld, zij deze middelen ook moeten besteden aan de publieke belangen die in het zorgverzekeringstelsel besloten liggen, en moeten kunnen verantwoorden. In reactie daarop stelt de regering dat zij ervan uitgaat dat het systeem met private zorgverzekeraars voldoende prikkels kent om te komen tot een goed en kwalitatief zorgstelsel. De leden van de GroenLinks-fractie vinden dat de regering hiermee niet ingaat op het principiële punt dat de besteding van publieke middelen verantwoord dient te worden. Kan de regering alsnog op dit punt ingaan?

Toezicht

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of er wel voldoende toezicht gehouden zal worden op de indirecte risicoselectie. Dit type toezicht volstaat niet met het bestuderen van procedures of papieren stukken. Het vergt dat er steekproeven worden gehouden en verzekerden worden geconsulteerd. Is dergelijk toezicht voorzien?

De financiële gevolgen

Kan in een tabel inzichtelijk worden gemaakt wat a) de omvang is van huishoudens die wel en niet in aanmerking komen voor compensatie via de zorgtoeslag, uitgesplitst naar al dan niet alleenstaand, al dan niet met kinderen, boven en onder de 65 jaar en b) de gemiddelde premie die deze verschillende categorieën in 2006 zouden betalen bij voortzetting van het huidige stelsel? Waarom is overigens in de bijlage over de inkomenseffecten de premielast voor huishoudens die niet in aanmerking komen voor de zorgtoeslag onder de zorgverzekeringswet hoger dan de nominale rekenpremie van € 1030 (voor alleenstaanden wordt bijv. in grafiek 3a een premielast aangegeven van € 1800)?

Na kennis te hebben genomen van de inhoud van de nota naar aanleiding van het verslag bij bovenvermeld voorstel van wet bleek er bij de leden van de PvdA-, Sp- en GroenLinks-fracties behoefte te bestaan aan een (meer expliciete) beantwoording van een aantal door hen in het verslag naar voren gebrachte vragen en opmerkingen. Bij dezen voldoe ik graag aan hun op 18 november 2004 voorgelegd verzoek.

In een enkel geval is het antwoord op vragen van verschillende fracties samengevoegd.

Het betreft een vraag van de GroenLinks-fractie om een reactie van de regering over de verhouding tussen arts en patiënt alsmede het weigeren om een logische minimale restitutenorm vast te stellen. Een antwoord hierop is opgenomen bij het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over onaantrekkelijkheid van naturapolissen.

Verder is een vraag van de SP-fractie om in te gaan op de mogelijkheid voor ledenraden bij zorgverzekeraars dan wel andere mogelijkheden om de positie van de leden te versterken, meegenomen bij het antwoord op de vraag van de PvdA-fractie naar mijn verwachtingen ten aanzien van de medezeggenschap van de verzekerden in het nieuwe verzekeringstelsel.

De leden van de fractie van de PvdA wensen een duidelijkere omschrijving van de begrippen «passende zorg» en «zorgplicht». Bovendien menen zij dat het opheffen van gezondheidsverschillen tussen de sociaal economische klassen onderdeel moet zijn van de beoogde effecten.

Er zijn, zoals bekend, vier hoofdfactoren die bepalend zijn voor de staat van onze gezondheid: de genetisch/biologische factor, de leefwijze, de fysieke en sociale leefomgeving, en het zorgsysteem. Voor het opheffen van gezondheidsverschillen tussen sociaal economische klassen lijkt het mij van cruciaal belang dat de gezondheidszorg is ingebed in een

verzekeringssysteem dat de financiële toegang tot die zorg nu en op langere termijn waarborgt. De Zorgverzekeringswet stelt dat ten doel. In het kader van die verzekering hebben de verzekerden recht op een verzekeringspakket waarvan de kaders wettelijk zijn vastgelegd terwijl tegelijkertijd zodanig ruimte in die wettelijke omschrijving is gehandhaafd dat binnen die aanspraken ingespeeld kan worden op zorg-organisatorische doelstellingen van de zorgverzekeraar en nieuwe technologische ontwikkelingen. De verzekeringsaanspraken zijn daarenboven verankerd in een wettelijk geregelde zorgplicht die bepaalt dat een zorgverzekeraar de verplichting heeft zijn verzekerden de verzekerde zorg in natura te leveren ofwel de kosten daarvan te vergoeden met daarbij, indien de verzekerde dat wenst, bemiddeling naar een zorgaanbieder. Wat de nadere invulling van de zorgplicht betreft heb ik in de nota naar aanleiding van het verslag opgemerkt dat een nadere invulling, ofschoon klaarblijkelijk wenselijk vanuit het oogpunt van de rechtszekerheid, in de praktijk niet is te geven. Voor iedere zorgvorm zal immers, in relatie tot de feitelijke gezondheidstoestand van de patiënt en het te verwachten verloop daarvan, een andere, op die patiënt toegesneden norm gelden. Bovendien zijn dergelijke normen als gevolg van de ontwikkeling in de zorg voortdurend aan aanpassingen onderhevig. Ik blijf daarom van mening dat de Zorgverzekeringswet voor de verzekerden in de praktijk voldoende zekerheid biedt omdat de zorg onmiddellijk dient te worden verleend, met inachtneming van eisen van redelijkheid en billijkheid. De Zorgverzekeringswet draagt dus bij aan de doelstelling van het kabinet dat mensen langer in goede gezondheid leven. In hoeverre die doelstelling wordt gehaald, toetst het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM) aan de hand van de Volksgezondheid-toekomst-verkenning (VTV). Naar aanleiding daarvan beziet het kabinet of bijstelling van het beleid noodzakelijk is. Thans is de aandacht gericht op preventief beleid ten aanzien van roken, overgewicht en diabetes.

De leden van de PvdA-fractie vragen mijn reactie op de mening dat patiëntenrechten kunnen worden aangetast door de mogelijke onduidelijkheid van functiegerichte aanspraken.

Deze mening deel ik niet. Bij wettelijk voorschrift is duidelijk geregeld wat er onder de zorgaanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) er aanspraak bestaat. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om daarover afspraken te maken met de verzekerde in de zorgovereenkomst. Dit geldt ook voor de procedurele voorwaarden, zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten. De Zorgverzekeringswet voorziet in een zorgpolis. In de zorgpolis kan de verzekerde tot in detail lezen waar hij op grond van de door hem gesloten zorgovereenkomst recht op heeft en welke voorwaarden daarbij gelden.

De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd in hoeverre zorgverzekeraars van nature de belangen van verzekerden dienen en of ze zich niet te zeer door het winststreven zullen laten leiden om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid als prikkels te ervaren. Ook hebben zij gevraagd op welke manier de voorstellen ervoor zorgen dat verzekeraars kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid wel als prikkels ervaren. Zorgverzekeraars zijn particuliere ondernemingen. Ik ga er vanuit dat aanvullende regelgeving nodig is om te bevorderen dat private verzekeraars de belangen van de verzekerden zullen dienen. De daarvoor noodzakelijke regulering is uitvoerig in de wet beschreven. De belangrijkste onderdelen daarvan zijn een substantiële risicodragendheid voor het via een vereveningssysteem verkregen normbudget voor elke verzekerde, de jaarlijkse acceptatieplicht in combinatie met wettelijk bepaalde aanspraken, een verbod op premiedifferentiatie en een substantieel nominaal premiedeel. Dit alles onder adequaat toezicht. Hierdoor zullen verze-

keraars naar mijn overtuiging geneigd zijn de belangen van hun verzekeren te dienen, omdat anders de continuïteit van hun onderneming in gevaar komt. Winstgevendheid is voor mij niet de belangrijkste prikkel van het geheel. De wet staat toe dat zorgverzekeraars winst maken die aan derden wordt uitgekeerd. Ik verwacht overigens niet dat alle zorgverzekeraars die mogelijkheid gaan benutten. De ambitie om succesvol te zijn als maatschappelijk ondernemer zou in de zorgverzekeringsmarkt wel eens een veel belangrijker drijfveer kunnen blijken te zijn dan het enkele winststreven.

De leden merken op dat in de memorie van toelichting minder centrale sturing als een van de doelstellingen wordt genoemd. Naar de mening van de PvdA-fractie kan dit op zichzelf geen einddoel kan zijn van deze wet. De hierboven genoemde hoofddoelstelling zou leidend moeten zijn. De operationele doelstellingen van de wet zouden kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg moeten zijn, in die volgorde. Zij vragen naar de overwegingen om een andere doelstelling te kiezen, en of daarbij een onderscheid kan worden gemaakt naar hoofd- en operationele doelstellingen. Zij vragen de minister met voorstellen te komen die aan deze zienswijze tegemoet komen.

Ik zie geen meerwaarde in het ophangen van de Zorgverzekeringswet aan een stratificatie van doelstellingen uitgesplitst naar een hoofd-gezondheidsdoelstelling en operationele doelstellingen. De reden is dat de wet maar één instrument van de vele is waarmee die doelstellingen kunnen worden bereikt. Ik ben daar naar aanleiding van een eerdere vraag van de PvdA-fractie al op ingegaan. Wel wil ik vooropstellen dat de Zorgverzekeringswet een sleutelinstrument is om te bereiken dat iedereen in Nederland in gelijke mate toegang heeft tot kwalitatief goede, noodzakelijke en betaalbare zorg, waarbij de nadruk ligt op «in gelijke mate toegang hebben tot» en op het aspect «noodzakelijke zorg», want die zaken worden rechtstreeks met deze wet geregeld. De aspecten «kwaliteit» en «betaalbaarheid» worden in sterke mate ook bepaald door andere gezondheidszorgwetten en exogene ontwikkelingen.

De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd of er naast de nominale premie nog andere componenten zijn die de financiële verantwoordelijkheid van de burger vergroten, en welke dat dan zijn. Verder zouden deze leden graag vernemen welke onderzoeken aangeven dat een hoge nominale premie noodzakelijk is om de verantwoordelijkheid te verhogen. Zij vragen zich af vanaf welke hoogte van de nominale premie er een voldoende groot keuze- en gedragseffect ontstaat. Ook vragen zij of er aanwijzingen zijn dat de huidige particulier verzekerden door hun hogere premie bewuster met zorg omgaan en op welke manier hun bewustzijn van kosten zich door de nieuwe wet zal ontwikkelen.

De verantwoordelijkheid van de burger komt in de eerste plaats tot uitdrukking in een plicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. Bij het kiezen van een verzekeraar en de meest geschikte verzekering spelen voor de burger diverse keuze-elementen een rol, zoals de prestatiewijze waarop de verzekeraar de zorgverzekering uitvoert. Naast de nominale premie zijn de mogelijkheid van een eigen risico tot € 500 en de no-claimteruggave de voornaamste financiële componenten.

Twee onderzoeken die de bewering kunnen ondersteunen dat hoge nominale premies de premiegevoeligheid van consumenten verhogen, zijn van Mushin (2000) en Frank (2000). Ze worden aangehaald in de CPB-publicatie *Premiehoogte en concurrentie in het nieuwe zorgstelsel* (november 2001). Het CPB is evenwel voorzichtig met de conclusies die uit deze onderzoeken getrokken kunnen worden omdat ze afhankelijk zijn van in de onderzoeken gedane aannames over de mate waarin de relatieve premieverschillen «meegroeien» naarmate de premie stijgt.

Omdat er ook onderzoeken zijn gedaan waarmee relatief lagere nominale premies kunnen worden bepleit, komt het CPB niet tot een uitspraak over de optimale premiemix. Ik kan dan ook geen wetenschappelijk onderbouwd antwoord geven op de vraag vanaf welke hoogte van de nominale premie er een voldoende groot keuze- en gedragseffect ontstaat. Door de totale ziektekostenlast voor 50% uit inkomensafhankelijke (door werkgevers te vergoeden) premies te financieren, voor 45% uit nominale premies en voor 5% uit een rijksbijdrage heeft het kabinet in het Hoofdlijnenakkoord naar mijn mening gekozen voor een evenwichtige en verdedigbare financieringsstructuur.

Over het verschil in nominale premie tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden en de invloed daarvan op het kostenbewustzijn, kan het volgende worden opgemerkt. Op basis van het onderzoek *Kostenpatronen en achtergrondkenmerken curatieve zorg deel I en II* (Vektis 2004) waarbij is gecorrigeerd voor verschillen in sociaal-demografische factoren, verschillen in dekking van het pakket en de verschillen als gevolg van het eigen risico, lijken de particulier verzekerden onder de 65 jaar enkele procenten minder zorgkosten te veroorzaken dan ziekenfondsverzekerden. Op de vraag of er aanwijzingen zijn dat de particulier verzekerden met hun hoge nominale premie bewuster omgaan met zorg, kan met «ja» worden beantwoord als het hierboven genoemde kostenverschil zo'n aanwijzing is.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke initiatieven nu precies bestaan voor het aanbieden van keuze-informatie over zorgverzekeringen.

De memorie van toelichting noemt allereerst de keuzegids zorgverzekeraars («Report Card Verzekeraars») die de consumentenbond ontwikkelt. Daarnaast zal het CTZ informatie openbaar maken met betrekking tot de inhoud van modelovereenkomsten en de wijze van dienstverlening door verzekeraars indien naar zijn oordeel anderen niet in de openbaarmaking van deze informatie voorzien. Met de inwerkingtreding van de WMG komt deze taak te berusten bij de Zorgautoriteit.

De keuzegids zorgverzekeraars is een initiatief van de Consumentenbond en zal eind 2004 al een eerste vergelijking van verzekeraars geven. De Consumentenbond is verantwoordelijk voor deze keuzegids maar die wordt onder voorwaarden van openbaarheid en tijdigheid door mij gefinancierd. Het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG/ Erasmusuniversiteit) ondersteunt de Consumentenbond in de ontwikkeling van de keuzegids.

De Consumentenbond gebruikt waar mogelijk bestaande gegevens waaronder die van het CTZ. Dit om de administratieve lastendruk bij verzekeraars zo laag mogelijk te houden. Het CTZ heeft hiertoe in juni van dit jaar een convenant gesloten met de Consumentenbond.

Naast initiatieven om zorgverzekeraars te vergelijken zijn er verschillende initiatieven om zorgaanbieders en zorgproducten te vergelijken. De Consumentenbond maakt een vergelijking van ziekenhuizen waarbij men de IGZ-indicatoren met betrekking tot de kwaliteit van medisch handelen toegankelijk maakt voor de consument. Het CVZ ontwikkelt een instrument om de eigen bijdragen van geneesmiddelen te vergelijken. ZonMw zorgt in haar programma «Kiezen in zorg» voor de ontwikkeling van keuze-informatie over verpleeg- en verzorgingshuizen, GGZ-instellingen, gehandicapteninstellingen en aandoeningspecifieke informatie (bijvoorbeeld diabeteszorg). Deze informatie over zorgaanbieders zal op termijn ook een indicatie geven van de zorginkoopfunctie van zorgverzekeraars.

De informatie uit de verschillende initiatieven komt beschikbaar op een website voor burgers die door het RIVM wordt opgezet. Deze «portal» zal gaan fungeren als hét adres waar de burger goede en betrouwbare keuze-informatie kan vinden. De website biedt op termijn een breed spectrum

van informatie: informatie over zorgverzekeraars, zorgaanbieders en ook over behandelingen en gezondheid. Het RIVM zal zoveel mogelijk zorgen voor afstemming tussen de verschillende initiatieven door afspraken te maken over de gegevens.

Door in deze initiatieven zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande en openbare informatie zullen de administratieve lasten voor zorgverzekeraars niet toenemen. Daarnaast is het streven om de data ook bruikbaar te maken voor andere gebruikers zoals VWS, de zbo's, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De leden van de PvdA-fractie vragen of een naturapakket vanwege de gedwongen keuze voor een zorgaanbieder als onaantrekkelijk gezien moet worden zodat massaal voor restitutiepolissen gekozen zal worden en de kostenremmende werking van het stelsel beperkt zal worden. Ook de leden van de GroenLinks-fractie veronderstellen dat de verzekerden bij een naturapolis geen vrije artskeuze meer zouden hebben. Zij vragen waarom de regering weigert een restitutenorm op te leggen.

Ik ben van mening dat binnen een naturaverzekering een zodanig grote keuzemogelijkheid voor de verzekerden kan bestaan dat de door de PvdA-fractieleden veronderstelde onaantrekkelijkheid, zich niet zal voordoen. Ik verwijs hierbij naar de situatie die bestaat bij de huidige ziekenfondsverzekering. Daarbij dienen de verzekerden zich ook te wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder. In de praktijk blijkt dat systeem zo te werken dat vrijwel geen verzekerde het gevoel heeft dat zijn keuzemogelijkheden beperkt zijn. In ieder geval is het niet zo dat ziekenfondsverzekerden doorgaans het gevoel hebben te worden beroofd van een keuzemogelijkheid wanneer zij een ingewikkelde operatie moeten ondergaan. Eerder is er wellicht aanleiding het tegendeel te veronderstellen; wanneer een bepaalde medicus door een zorgverzekeraar is gecontracteerd, dan zal de betrokken patiënt mogelijk meer vertrouwen in die medicus stellen dan wanneer hij zelf die medicus heeft uitgezocht op basis van zijn eigen, doorgaans onvoldoende medische kennis. Hier komt nog bij dat de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid voor de verzekerden openlaat om bij naturapolissen toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van eigen keuze te gaan. Indien een verzekerde daarvoor kiest, dan mag de verzekeraar een korting toepassen op het te restitueren bedrag. Deze korting mag niet dusdanig hoog zijn dat die een belemmering vormt voor de toegankelijkheid van de zorg voor de verzekerde in kwestie.

Het is in die situatie niet de taak van de overheid om een restitutenorm op te leggen want het is de keuze van de verzekerde zelf om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

De situatie ligt anders wanneer de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat omdat zijn zorgverzekeraar er niet in slaagt tijdig de te contracteren zorg te leveren. Vanzelfsprekend moet de zorgverzekeraar zich dan alsnog tot het uiterste inspannen om toch gecontracteerde zorg te leveren. Als dat echt niet lukt, dan is er wel een wettelijke norm, te weten volledige vergoeding. Kort gezegd: als de keuze voor de niet-gecontracteerde zorg ligt bij de zorgverzekeraar (hij biedt een restitutiepolis aan of voldoet niet aan zijn leveringsplicht bij een naturapolis) wordt er 100% gerestitueerd; als de keuze voor de niet-gecontracteerde zorg ligt bij de verzekerde (hij kiest in beginsel voor een naturapolis maar wil dan toch zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder) krijgt de verzekerde niet alle kosten van de genoten zorg vergoed.

De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie op de stelling van de zorgverzekeraars dat het geven van een korting op dure verzekerden (bijvoorbeeld de diabetesvereniging) onaantrekkelijk kan zijn door het etalage-artikel. De KNVB zou dan immers dezelfde procentuele korting

moeten krijgen voor een groep verzekerden van dezelfde grootte, terwijl daarop niet een vergelijkbare besparing behaald kan worden. Dit heeft alles te maken met de werking van het vereveningsfonds, dat de eerste groep voor een collectiviteit aantrekkelijker maakt dan de tweede. Verder vragen de leden van de PvdA-fractie of hierdoor de positieve invloed van collectiviteiten – meer preventie en een verscherpt inkoopbeleid – beperkt zal worden.

Op pagina drie vragen de leden van de PvdA-fractie voorts of patiëntenverenigingen tot daadwerkelijk aantrekkelijke polissen kunnen komen voor hun achterban.

Ik ben het met bovenvermelde stelling niet eens. De werking van het vereveningssysteem is zodanig dat het ervoor zorgt dat er geen wezenlijke verschillen in verzekeringsrisico's bestaan tussen groepen van personen. De KNVB zou dus na toepassing van de verevening een zelfde verzekeringsrisico op moeten leveren als de diabetesvereniging. Zorgverzekeraars kunnen zodoende jegens iedere verzekerde, ongeacht de vraag of deze een medisch risico vormt of niet, een zelfde inspanning doen zonder dat dit tot financiële ongelijkheden leidt. Een en ander leidt tot de conclusie dat er wat betreft de aantrekkelijkheid van een collectief voor een zorgverzekeraar geen verschil is tussen een collectief van jonge en gezonde sporters of een collectief van diabetespatiënten. Patiëntenverenigingen kunnen dus komen tot een even aantrekkelijke collectiviteit als welke andere groep dan ook. Daarenboven geldt dat zorgverzekeraars vooral voordelen kunnen behalen bij de zorginkoop voor «dure» verzekerden.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de gevolgen van het vrijwillig eigen risico van € 500 voor de premie.

Verzekerden kunnen na invoering van de Zorgverzekeringswet kiezen voor een vrijwillig eigen risico van maximaal € 500 per jaar. De verzekeraar bepaalt de premiekorting die als gevolg van de keuze voor een hoger eigen risico wordt gegeven. Naar verwachting zal dit niet leiden tot een hogere premie voor verzekerden die geen vrijwillig eigen risico kiezen. Anders dan in de particuliere markt zorgt het vereveningsmodel ervoor dat alle verzekerden ongeacht hun gezondheidsrisico voor de verzekeraar gelijk zijn. Voor een zorgverzekeraar is het niet aantrekkelijk om mensen die een hoger eigen risico willen nemen, een premiekorting te geven die groter is dan de gemiddeld bespaarde kosten. De zorgverzekeraar loopt dan het risico dat de verzekerden zonder eigen risico overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Dit betekent dat de gemiddelde premie voor de standaardverzekering zonder vrijwillig eigen risico zoals berekend in de Zorgverzekeringswet niet anders wordt door het vrijwillig eigen risico. Het stelsel blijft naar mijn mening dus solidair.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke risico's ontstaan wanneer het vereveningsfonds en de rijksbijdrage wel worden aangemerkt als staatssteun; welke risico's ontstaan wanneer de voorstellen worden gezien als een mededingingsbeperkende maatregel en of de burgers zich aan de verzekeringsplicht kunnen onttrekken.

Het is een onjuist uitgangspunt te veronderstellen dat de Europese Commissie het voorgestelde vereveningssysteem zou kunnen zien als ontoelaatbare staatssteun. De Commissie heeft namelijk zowel in haar brief¹ als in de «BUPA-zaak» waarbij het Ierse vereveningssysteem² ter discussie werd gesteld, aangegeven dat een systeem van risicoverevening binnen een stelsel van sociale ziektekostenverzekering toelaatbaar is. Omdat er binnen Europa niet een uniform systeem van risicoverevening is vastgesteld, blijft uiteraard altijd de mogelijkheid bestaan dat de Europese Commissie een bepaald onderdeel van het vereveningssysteem wel strijdig zou kunnen achten met de Europese regelgeving. In dat geval zal

¹ Kamerstukken II 2003/04, 23 619, nr. 20.

² Beschikking van de Europese Commissie van 13 mei 2003 (State Aid Nr. 46/2003-Ireland).

dat bepaalde onderdeel aanpassing behoeven zonder dat daarmee het bestaan van het vereveningssysteem als zodanig ter discussie komt te staan.

Het antwoord op de vraag of burgers zich aan het verplichte karakter van de Zorgverzekeringswet kunnen onttrekken met een beroep op het verbod op «captive customers» luidt ontkennend. Kernpunt binnen het Europese recht is dat de lidstaten de vrijheid hebben hun stelsel van sociale zekerheid naar eigen inzicht in te richten. Het opleggen van verzekeringsdwang vormt hierbij een door alle lidstaten toegepast essentieel onderdeel teneinde de voor een sociale verzekering noodzakelijke solidariteit te borgen. Deze wettelijke dwang wordt breed gedragen door de inmiddels gevormde EU-jurisprudentie. Ik verwijs hiervoor naar het mede naar aanleiding van de vragen van de aan het woord zijnde leden gegeven overzicht in de nota naar aanleiding van het verslag (blz. 19 e.v.).

De leden van de fractie van de PvdA vragen in hoeverre het ooit nog mogelijk zal zijn om de privaatrechtelijke vormgeving terug te draaien naar een publiekrechtelijke, en wat hiervan de gevolgen zouden zijn. De overheid blijft uit hoofde van de Grondwet en internationale verdragen verantwoordelijk voor een toegankelijke, kwalitatief deugdelijke en betaalbare gezondheidszorg. Het is mogelijk dat de wetgever zich vanuit die verantwoordelijkheid in de toekomst geroepen voelt het wettelijke stelsel van zorgverzekeringen opnieuw te modificeren. Dat zal moeten geschieden op basis van ervaringen die met het nieuwe stelsel worden opgedaan. Theoretisch is het niet ondenkbaar dat dan het publiekrechtelijke element weer wordt versterkt.

Vanuit de Europeesrechtelijke context hebben de lidstaten een vrijheid in gebondenheid om hun stelsel van sociale ziektekostenverzekering naar eigen inzichten in te richten. Zolang op Europees niveau geen sprake is van harmonisatie van de wetgeving inzake de sociale ziektekostenverzekeringen, blijft die vrijheid bestaan. Of en in hoeverre er behoefte zou bestaan het publiekrechtelijke element te versterken, valt thans niet te overzien. Over de gevolgen daarvan kan dan ook in algemene zin niet worden gespeculeerd. Evenals thans geschiedt, zal bij iedere modificatie acht moeten worden geslagen op de belangen van de verzekerden en van de zorgverzekeraars. Zonder precedent is een omvorming van een «privaatrechtelijke» zorgverzekering naar een «publiekrechtelijke» zorgverzekering overigens niet. In herinnering moge worden geroepen dat bij de invoering van de Zfw de verplichte privaatrechtelijke ziekenfondsverzekering werd omgevormd tot een (publiekrechtelijke) verzekering van rechtswege.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeveel gevallen nu al sprake is van een regionaal monopolie en of er met deze aanbieders gesprekken zijn gevoerd.

Regionale monopolies van zorgverzekeraars bestaan op dit moment niet, alleen al niet omdat er thans verschillende verzekeringssystemen naast elkaar bestaan met verschillende uitvoerders. Circa zestig procent van de bevolking is verzekerd ingevolge de ziekenfondsverzekering, vijfendertig procent is particulier verzekerd en circa vijf procent neemt deel in een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren. Wel is het zo dat ziekenfondsen, die vrijwel alle landelijk werken, in hun zogenaamde «kerngebieden» doorgaans kunnen worden gekwalificeerd als marktleider vanwege hun in dat gebied relatief grote aantal verzekerden en hun vooraanstaande positie bij het contracteren van zorg. Ik voer zowel met deze als met andere zorgverzekeraars regelmatig gesprekken teneinde op de hoogte te blijven van de gevoelens die leven in de verzekeringswereld.

De leden van de PvdA-fractie vragen waar het voordeel van de korting van het collectieve contract zal neerslaan en of daarover door de zorg-

verzekeraar en bemiddelende partijen inzicht gegeven moet worden aan de verzekerden.

Voordelen kunnen bijvoorbeeld behaald worden doordat collectieve verzekeringen lagere administratieve lasten hebben dan individuele verzekeringen en ook door gebruik te maken van het aantal verzekerden om tegen scherpe prijzen zorg in te kopen. Die voordelen kan de zorgverzekeraar doorgeven aan de verzekerden door het geven van een korting op de nominale premie. De zorgverzekeraar moet de eventuele korting op de nominale premie in zijn modelovereenkomst vastleggen. Die is daarmee zichtbaar voor alle belangstellenden voor deze modelovereenkomst. De zorgverzekeraar kan een voordeel ook doorgeven aan een werkgever of bemiddelende partij. Hij kan dat ook niet doen en het voordeel elders in zijn organisatie inzetten, bijvoorbeeld in een arbeidsongeschiktheidsverzekering.

De leden van de PvdA-fractie vragen een nadere omschrijving van de zorgvorm preventie en een onderbouwing van de kosten voor preventie als percentage van het geheel die naar de mening van de minister noodzakelijk is voor een gezonde bevolking. De leden vragen zich af of preventie niet dreigt te worden tot een marketinginstrument in plaats van een middel dat daadwerkelijk bijdraagt tot een verbetering van de volksgezondheid en mogelijk ook voor de zorgkosten. Zij vragen zich af welke waarborgen de minister hiervoor heeft.

In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik geconstateerd dat verzekeraars er belang bij hebben om aan tertiaire preventie te doen, maar dat dit belang ontbreekt op het gebied van primaire en secundaire preventie en dat er eigenlijk geen mogelijkheden zijn om dit belang te creëren. Om die reden heb ik betoogd dat er op de het terrein van de primaire en secundaire preventie en op het terrein van de gezondheidsbescherming een belangrijke verantwoordelijkheid bij de overheid ligt. Ik reken voor deze taken dan ook niet zodanig op het gedrag van verzekeraars dat ik maatregelen zou moeten nemen om te voorkomen dat ze preventie slechts als een marketinginstrument gebruiken. Wat de voor preventie benodigde middelen betreft, ben ik van mening dat het huidige niveau toereikend is. De onderbouwing daarvan is dat ik van mening ben dat met die middelen alle nodige taken kunnen worden uitgevoerd. Ik denk hierbij niet in wenselijke quoten maar op basis van datgene wat nodig is. Die afweging vindt plaats in het kader van toetsing van de volksgezondheidsdoelstellingen aan de hand van de rapportages van het RIVM. Ik ben daar in de beantwoording van een andere vraag van de PvdA-fractie uitvoeriger op ingegaan.

De leden van de PvdA-fractie zijn niet tevreden met het antwoord op de vraag welke bevoegdheden de minister en de kamer hebben op het gebied van het pakket. Verder vragen zij nogmaals of het CVZ wel voldoende toegerust is met criteria om het pakket te kunnen toetsen en de afweging te kunnen maken.

Het is en blijft een zaak van de wetgever en dus een politieke taak en verantwoordelijkheid om te bepalen en vast te stellen wat in pakket zit. De bevoegdheden van de kamer en van mij veranderen dan ook niet op dit gebied. Binnen de grenzen van het wettelijke pakket heeft het CVZ een interpreterende en adviserende taak. In mijn eerdere antwoord heb ik criteria beschreven die het CVZ daarbij hanteert. Het CVZ is continu bezig de criteria die hij hanteert, te verbeteren en aan te vullen. Dat is bijvoorbeeld ook nodig in verband met de taak die het CVZ heeft op het terrein van het dbc-onderhoud voor zover dat raakt aan het wettelijke pakket. Het CVZ is al bezig om de daarvoor noodzakelijke criteria in beeld te brengen.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier verstrekkingen-geschillen onderdeel van de Zorgverzekeringswet zijn.

Verstrekkingsgeschillen zijn geschillen over de vraag of (vergoeding van) een bepaalde vorm van zorg wel of niet onder de dekking van de verzekering valt. In de Zfw is de relatie tussen de verzekerde en zijn ziekenfonds een bestuursrechtelijke. Indien een ziekenfonds van mening is dat een bepaalde vorm van zorg niet onder de Zfw-dekking valt, zal het de verzekerde bij beschikking melden dat hij geen recht heeft op verstekking van die zorg. De verzekerde kan tegen die afwijzende beschikking bij het ziekenfonds in bezwaar komen. Artikel 74 Zfw bepaalt dat het ziekenfonds het advies van het CVZ moet inwinnen, alvorens op het bezwaar te beslissen (tenzij het ziekenfonds volledig aan het bezwaar tegemoet komt). Het CVZ publiceert deze adviezen in «Rechtspraak Zorgverzekering» (RZA). Tegen een beslissing op bezwaar kan de verzekerde beroep instellen bij de administratieve rechter, te weten de rechtbank, en – hoger beroep – de Centrale Raad van Beroep.

Onder de Zorgverzekeringswet zal de relatie tussen de verzekerde en zijn zorgverzekeraar een privaatrechtelijke zijn. Anders dan onder de Zfw is de verzekerde immers niet van rechtswege verzekerd, maar komt zijn verzekering tot stand doordat hij met een zorgverzekeraar een zorgverzekeringsovereenkomst sluit. Ook de rechtsbescherming is daarom privaatrechtelijk. Dat betekent dat een verzekerde die van mening is dat (vergoeding van) een vorm van zorg onder de dekking van zijn verzekering valt, naar de burgerlijke rechter (in eerste aanleg: kantonrechter of rechtbank, in hoger beroep: gerechtshof, in cassatie: Hoge Raad) moet indien zijn verzekeraar die mening niet deelt.

Doorgaans wordt de gang naar de burgerlijke rechter als hoogdrempeliger ervaren dan (na bezwaar) de gang naar de beroepsrechter. Aan de civiele procedure zijn namelijk hogere kosten verbonden dan aan de administratieve procedure. Bovendien moet men zich in een civiele procedure meestal laten vertegenwoordigen door een deskundige, en in de procedure zelf is de burgerlijke rechter lijdelijk terwijl de administratieve rechter zelf actief aan rechtsvinding doet, bijvoorbeeld door partijen te bevragen die niet zelf met argumenten komen. Juist vanwege het relatief hoogdrempelige karakter van de civiele procedure, heeft de regering besloten een makkelijk toegankelijke voorprocedure in te bouwen. Daartoe heeft zij in artikel 113 van de Zorgverzekeringswet voorgeschreven dat de zorgverzekeraars ervoor zorgen dat hun verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van hun zorgverzekeringen kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Hieronder vallen ook de verstrekkingsgeschillen. In de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet staat dat zo'n onafhankelijke instantie de reeds bestaande Ombudsman Zorgverzekeringen zou kunnen zijn. Indien een geschil gaat over de vraag of een bepaalde vorm van zorg wel of niet tot het verzekerde pakket behoort, kunnen partijen daarover het advies van het CVZ inwinnen. Ook de onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter kan dat doen. Aldus kan de deskundigheid van het CVZ in zijn rol van pakketbeheerder worden benut. Het gaat mij echter te ver om het vragen van een advies van het CVZ voor te schrijven. Ik laat het graag aan partijen, de onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter over om te beoordelen of het hier om een nieuwe pakketkwestie gaat, waarvan voorlegging aan het CVZ zinvol is, dan wel of het gaat om een kwestie die reeds eerder aan het CVZ is voorgelegd en waarvan men derhalve van reeds bestaande adviezen van het CVZ gebruik kan maken.

De leden van de PvdA-fractie vragen of geen makkelijk toegankelijke geschillenprocedure kan worden ontworpen die een meer verplichtend karakter heeft, en of daarover specifiek advies aan het CVZ kan worden gevraagd.

Uit het voorgaande volgt, dat al in een makkelijk toegankelijke geschillenprocedure is voorzien. De geschillenprocedure is voor de zorgverzekeraars ook niet vrijblijvend: zij zijn verplicht zich bij een onafhankelijke instantie

aan te sluiten en hun verzekeringnemers en verzekerden de mogelijkheid te geven hun geschillen aan die instantie voor te leggen. In die zin is de geschillenprocedure dus verplichtend. Indien de leden van de PvdA-fractie echter bedoelen dat in de Zorgverzekeringswet moet worden geregeld dat het oordeel van de onafhankelijke instantie bindend moet zijn, wijs ik er op dat dit niet goed past bij artikel 17 van de Grondwet. Dat artikel bepaalt dat niemand tegen zijn wil kan worden afgehouden van de rechter die de wet hem toekent. In dit geval kent de wet (de Wet op de rechterlijke organisatie en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering) de verzekeringnemer of verzekerde de burgerlijke rechter toe, en wel met rechtsbescherming in drie instanties (beroep, hoger beroep en cassatie; zie boven). Weliswaar zou in de Zorgverzekeringswet, in afwijking van hetgeen in laatstgenoemde wetten is bepaald, kunnen worden geregeld dat voor zorgverzekeringsgeschillen slechts rechtspraak in één instantie, en wel door de onafhankelijke instantie, geldt, maar dat zou de rechtsbescherming van de burger mijns inziens eerder ernstig afbreuk doen dan deze bevorderen. (Bovendien zou dit inbreuk maken op het beginsel van rechtspraak in drie instanties bij burgerrechtelijke geschillen en zou de onafhankelijke instantie daarmee een soort rechter worden, zodat extra bepalingen over de inrichting en werkwijze van de instantie nodig zouden zijn.) Gezien het voorgaande, ben ik niet van plan de voorgestelde wijze van rechtsbescherming, te weten voorprocedure bij een onafhankelijke instantie en vervolgens rechtsbescherming bij de burgerlijke rechter in drie instanties, te wijzigen. Daarbij speelt ook een rol, dat ik verwacht dat zorgverzekeraars het oordeel van de onafhankelijke instantie doorgaans zullen volgen.

Ik verwijs voor het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie naar een nieuwe versie van verschillende tabellen, waarin ook de eigen bijdragen voor zorg en het eigen risico expliciet worden gemaakt als financieringsbron, naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie naar de gevolgen van het vrijwillig eigen risico van € 500 voor de premie. Dit geldt ook voor het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie om een herberekening van de gemiddelde premie per verzekerde.

De premiekorting voor een verhoogd eigen risico komt ten goede aan de verzekerden die kiezen voor een hoger eigen risico. Tabel 3 maakt inzichtelijk hoe bij een fifty/fifty-verdeling de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage worden berekend. De effecten van het vrijwillig eigen risico zitten daar niet in, omdat zij geen invloed hebben op de premie voor de basisverzekering. De zorgverzekeraar mag zelf bepalen welke premiekorting hij eventueel wil geven aan verzekerden die een hoger eigen risico wensen. Dat zal naar verwachting niet meer zijn dan de gemiddelde kosten die verzekeraar bespaart op de groep verzekerden die een hoger vrijwillig eigen risico nemen.

De leden van de PvdA vragen wat de nominale opslagpremie is en waarvoor deze wordt gebruikt.

De nominale premie bestaat in technische zin uit twee onderdelen, te weten een rekenpremie en een opslagpremie. De rekenpremie wordt door het CVZ gebruikt bij de berekening van de vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars uit de Algemene Kas ontvangen. Bij de vaststelling van de nominale premie houden verzekeraars rekening met de hoogte van deze rekenpremie. Daarnaast hanteren verzekeraars een opslag bovenop de rekenpremie. Bij de berekeningen ten behoeve van de Zorgverzekeringswet is rekening gehouden met een opslagpremie van € 38. Deze zogenoemde opslagpremie heeft verschillende doeleinden. Zo dient de opslagpremie voor het opvangen van een hogere (dan geraamde) uitgavengroei, voor het dempen van fluctuaties in de premiestelling en voor het opbouwen van reserves om aan de solvabiliteitseisen te voldoen.

Rekenpremie en opslagpremie zijn zoals gezegd technische begrippen. De burger ziet alleen het totaal van beide, de nominale premie.

De leden van de PvdA-fractie hebben mij gevraagd nader in te gaan op de mogelijkheden in het nieuwe stelsel voor verticale integratie. Verder vragen zij of er belemmeringen zijn indien een zorgverzekeraar een zorgaanbieder wil overnemen of opzetten. Zij vragen daarbij nadrukkelijk aan te geven welke verschillen er zijn met de situatie zoals die nu in de ziekenfondsverzekering bestaat, en hoe door de Zorgautoriteit of de NMA zal worden gecontroleerd of niet in strijd met het mededingingsrecht wordt gehandeld.

Gezien het feit dat de leden van de PvdA-fractie deze vragen nogmaals stellen, zal ik in het hiernavolgende uitgebreider op deze kwestie ingaan dan ik dat in de nota naar aanleiding van het verslag deed.

In theorie zijn er – afgezien van de inkoopcontracten, die natuurlijk verreweg het meest zullen voorkomen – drie soorten relaties tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder mogelijk:

1. De zorgverzekeraar heeft de zorgaanbieder – bijvoorbeeld door huisartsen of apothekers in dienst te nemen – in zijn eigen rechtspersoon geïncorporeerd; juridisch verleent de zorgverzekeraar dus zelf de verzekerde zorg. In dat geval spreken we wel van een «eigen instelling» van de zorgverzekeraar.
2. De zorgverzekeraar financiert buiten zijn rechtspersoon de totstandkoming of instandhouding van een zorgaanbieder, stelt zich voor een zorgaanbieder garant of neemt in het bestuur ervan deel, om via de verkregen zeggenschap de beschikbaarheid van kwalitatief goede zorg voor zijn verzekerden te vergroten.
3. De zorgverzekeraar belegt louter met het oog op financieel rendement in een zorgaanbieder.

Op grond van artikel 42 van de Zfw is het zelf verlenen van zorg door een ziekenfonds (1) verboden, behalve voor zover het betreft het in gebruik geven van medische hulpmiddelen of voor zover het CVZ ontheffing van dit verbod heeft verleend. Het CVZ heeft zo'n ontheffing verleend voor het leveren van farmaceutische hulp en voor het leveren van huisartsenzorg. Ook het financieel of bestuurlijk deelnemen in een zorgaanbieder (2) is op grond van artikel 42 Zfw in principe verboden. Het CVZ heeft echter in algemene zin ontheffing van dit verbod gegeven voor deelname in huisartsenpraktijken of -posten. Daarnaast is in een aantal gevallen aan bepaalde ziekenfondsen ontheffing verleend met het oog op deelname in bepaalde instellingen (deze zijn in het desbetreffende CVZ-besluit genoemd). Financiële deelname is in die zin beperkt, dat indien dit ten laste van de wettelijke reserves geschiedt, het ziekenfonds dit wel dient mee te tellen bij zijn algemene beleggingsbeleid. Het louter om financiële redenen beleggen in een aanbieder van curatieve zorg (3) zal nog niet zo vaak voorkomen, omdat de meeste tweedecompartimentszorg op dit moment nog wordt geleverd door instellingen zonder winstoogmerk. Voor zover dit echter toch geschiedt, zijn hierop de op grond van artikel 43c Zfw gestelde beleggingsregels van toepassing.

Reeds door het Kabinet Kok II is geconstateerd dat het wenselijk zou zijn de mogelijkheden voor de ziekenfondsen tot het hebben van eigen instellingen of financiële of bestuurlijke deelname in een zorgaanbieder uit te breiden (Kamerstukken II 1998/99, 26 683, nr. 1). Immers, ziekenfondsen werden steeds meer risicodragend en kregen derhalve steeds meer belang bij het zo doelmatig mogelijk kunnen leveren van de verzekerde zorg aan hun ingeschrevenen. Indien ziekenfondsen van mening waren dat zorg door een eigen instelling of door een instelling waarin ze deel-

namen, doelmatiger geleverd zou kunnen worden dan door een instelling waarmee ze louter een inkoopcontract hadden, dan zou hen het oprichten van zo'n eigen instelling of zo'n deelname niet verboden moeten worden. Daarbij kwam dat ziekenfondsen met de mogelijkheid tot het oprichten van eigen instellingen een extra instrument in handen zouden krijgen om zorgaanbieders te bewegen tot het aanbieden van goede inkoopovereenkomsten. Binnen mijn departement is indertijd een wetsvoorstel voorbereid om de mogelijkheden voor eigen instellingen en financiële of bestuurlijke deelname voor ziekenfondsen te verruimen. Dit wetsvoorstel is echter in de koelkast gezet toen werd besloten dat een en ander in de Zorgverzekeringswet zou worden geregeld.

Onder de Zorgverzekeringswet zullen zorgverzekeraars eigen instellingen (1) mogen hebben. Het zelf verlenen van zorg is door de gekozen vormgeving van de Zorgverzekeringswet voor de zorgverzekeraars geen (op grond van de richtlijnen schadeverzekeringsbedrijf, de Wtv 1993 en in de toekomst de Wft verboden risicodragende) nevenactiviteit, maar een hoofdactiviteit. Voor naturaverzekeraars zit hem dit in het feit dat de te verzekeren prestatie het verlenen van zorg is. Dat kan door middel van met zorgaanbieders gesloten inkoopcontracten, maar ook door het door eigen instellingen laten verlenen van zorg. Voor restitutieverzekeraars zit hem dit in het feit dat tot de verzekerde prestaties ook behoort, het desgevraagd verrichten van activiteiten gericht op het verstrekken van de verzekerde zorg aan de verzekerde. Voor financiële of bestuurlijke deelname in afzonderlijke zorgaanbieders (2) liggen de zaken ingewikkelder. Dergelijke deelname is op zich te zien als het verrichten van een risicodragende nevenactiviteit. Zoals gezegd, is het verrichten van risicodragende nevenactiviteiten in principe verboden. Een verzekeraar mag echter van DNB/PVK wel nevenactiviteiten verrichten die dienstbaar zijn aan de uitoefening van het verzekeringsbedrijf, zolang verzekeren de hoofdactiviteit van de onderneming blijft. Dat sluit derhalve niet uit dat verzekeraars deelnemen in zorginstellingen. Mede vanwege het feit dat de Zorgverzekeringswet verzekeraars ook een zorgplicht oplegt, kan zich de situatie voordoen dat, bij gebrek aan voldoende aanbod of van aanbod van voldoende kwaliteit de ziektekostenverzekeraar geen andere mogelijkheid overblijft dan financiële of bestuurlijke deelneming in een zorginstelling. DNB/PVK zal de deelneming altijd moeten toetsen aan het verbod op het verrichten van risicodragende nevenactiviteiten, waarbij het risico voor de continuïteit en de solvabiliteit van de verzekeraar als belangrijkste toetspunt geldt. Wat betreft het louter om financiële redenen in een zorgaanbieder beleggen (3): dat wijkt niet af van beleggingen in andere vennootschappen. De normale beleggingsvoorschriften van DNB/PVK zijn van toepassing, en DNB/PVK houdt er toezicht op dat de beleggingsportefeuille de continuïteit van de verzekeraar niet in gevaar brengt.

Vergeleken met de Zfw zien we dus, dat de mogelijkheden voor eigen instellingen toenemen. Dat is wenselijk om de hiervoor genoemde redenen, en past bovendien ook zeer goed binnen de zorgplicht die de zorgverzekeraars met de Zorgverzekeringswet zullen krijgen. Ten gevolge van de Europese schaderichtlijnen, zoals geïmplementeerd in de Wtv 1993 (in de toekomst: Wft) zal de mogelijkheid tot bestuurlijke of financiële deelname enigszins beperkt zijn, zij het mogelijk niet beperkter dan onder de huidige Zfw. Waar hier de grenzen liggen, zal in de loop der tijd door DNB/PVK worden bepaald. Het louter om financiële redenen beleggen in zorgaanbieders is op dit moment ten gevolge van de voor zorgaanbieders geldende regelgeving nog slechts in beperkte mate mogelijk, maar voor zover dat mogelijk is, gelden daar zowel onder de Zfw als onder de Zorgverzekeringswet de reguliere beleggingsregels voor.

Ik verwacht niet dat de ruimere mogelijkheid tot het hebben van eigen instellingen tot mededingingsproblemen leidt. Oordelen over strijdigheid met het mededingingsrecht behoren tot de competentie van de NMa als toezichthouder op de naleving van de Mw. Als het gaat om financiële of bestuurlijke deelneming van verzekeraars in zorg(instellingen), is DNB/PVK de toezichthouder die toeziet op naleving van het verbod op nevenactiviteiten. Verleent DNB/PVK toestemming, dan zal de Zorgautoriteit toezien op de wijze waarop partijen zich in de markt gedragen, waarbij het dan met name gaat om ordelijk marktoptreden. Aspecten als aanmerkelijke marktmacht en selectief contracteren zijn dan onder meer aspecten van aandacht. De Zorgautoriteit onderhoudt contacten met zowel DNB/PVK als met de NMa en omgekeerd, met de intentie om te komen tot een afgestemd integraal toezichtsbeleid.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat mijn verwachtingen zijn ten aanzien van de medezeggenschap van verzekerden in het nieuwe verzekeringsstelsel, mede naar aanleiding van een rapport van het NIVEL waaruit blijkt dat de invloed van ledenraden op het beleid van ziekenfondsen beperkt is.

De leden van de SP-fractie vragen in te gaan op de mogelijkheid voor zulke ledenraden dan wel andere mogelijkheden om de positie van de verzekerden te versterken.

Naar aanleiding van de vragen van onder anderen de genoemde leden heb ik in de nota naar aanleiding van het verslag (blz. 29 e.v.) aangegeven dat de positie van de verzekerden in wettechnische zin is vastgelegd door artikel 29. Op basis daarvan dienen de verzekerden een redelijke mate van invloed te krijgen op het beleid van de zorgverzekeraars.

Dit artikel schrijft de vorm waarin dit moet plaatsvinden, niet dwingend voor. Iedere zorgverzekeraar staat het vrij om, binnen het gestelde wettelijke kader, invulling te geven aan de positie van de verzekerden bij zijn beleid. Ik acht het niet gewenst op dit punt voorschriften te stellen omdat verzekerden zelf hun zorgverzekeraar kunnen kiezen. Zorgverzekeraars die naar hun oordeel onvoldoende ruimte geven voor daadwerkelijke invloed van verzekerden op het beleid, kunnen zij mijden; ze kunnen hun zorgverzekering sluiten bij een zorgverzekeraar die wel naar hun believen vorm heeft gegeven aan hun invloed op het bestuur.

Ik heb hierbij nog vermeld dat de verzekerden zich, evenals de andere spelers op het zorgveld, kunnen laten bijstaan door koepelorganisaties zoals de Consumentenbond en de NPCF.

Ten slotte heb ik nog vermeld dat in het kader van het uit te oefenen toezicht zal worden bewaakt dat de positie van de verzekerden zal worden gerespecteerd.

De SP-fractie erkent dat het huidige stelsel van centrale aanbodsturing niet goed functioneert, maar plaatst vraagtekens bij de gereguleerde marktwerking.

Graag kom ik tegemoet aan het verzoek om apart te reageren op elk van de door de SP-fractie genoemde effecten van marktwerking. Daarbij vind ik het wel van groot belang om op te merken dat de verschillende aspecten onderdeel zijn van een samenhangend toekomstig systeem. Dit betekent dat het belangrijk is relaties te leggen tussen de verschillende onderdelen van het zorgsysteem.

- Samenwerking.
Het invoeren van prikkels voor zorgpartijen om zo doelmatig mogelijk met de gezondheidszorg om te gaan, sluit vormen van samenwerking niet uit. De samenwerkingsgedachte in de zorg, bijvoorbeeld bij transmurale zorg, past binnen het streven naar concurrentie en binnen de Mededingingswet (Mw). De Mw onderkent de spanning tussen samenwerking en marktwerking, en bevat daarom kaders voor samenwer-

king. Kort samengevat, staat de Mw afspraken over verbetering van de kwaliteit van de zorg in het algemeen toe. Afspraken mogen gaan over kwaliteit en/of administratie, maar mogen niet leiden tot exclusiviteit of prijsafspraken.

Om een en ander te verhelderen, stelde de NMa in oktober 2002 de «Richtsnoeren voor de zorgsector» vast. Deze richtsnoeren geven duidelijkheid over de mogelijkheden voor samenwerkingsvormen in het licht van de Mw. Eerder heb ik dit toegelicht in mijn brief «De toekomstbestendige eerstelijnszorg», die ik 21 november 2003 naar Uw Kamer heb gezonden (Kamerstukken II 2003/04, 29 247, nr. 4). Op de website «Sneller Beter» is informatie te vinden over de mededingingsrechtelijke aspecten van ketenzorg.

- Prijs van zorg.
Marktprikkels stimuleren zorgaanbieders meer prestatiegericht te gaan werken en zorgverzekeraars zullen zich actiever moeten inspannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders af te dwingen. De verzekerden kunnen een andere zorgverzekeraar kiezen als de inhoud of de prijs van het zorgpakket hen meer aanspreekt. Rationele bedrijfsvoering resulteert in hogere productiviteit en efficiency, waardoor de zorg relatief goedkoper wordt.
- Kwaliteit van zorg.
Via klantgericht en innovatief gedrag komen de wensen van de zorgvragers beter aan bod, onder andere door betere kwaliteit (bij dezelfde prijs) te realiseren.
Aan kwaliteit zijn meerdere dimensies te onderkennen zoals effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid en bejegening. Als het gaat om de dimensies effectiviteit en veiligheid, laat ons kwaliteitssysteem, nu en in de toekomst, geen ruimte voor grote verschillen in kwaliteitsniveaus. Het kwaliteitssysteem gaat er van uit dat de veldpartijen (beroepsgroepen, brancheorganisaties) zelf normen ontwikkelen, op de naleving waarvan de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) toeziet. 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 zijn toezicht een aanjagende functie om deze leemtes te verhelpen.
- Bureaucratie.
Wat de regelgeving betreft; die is noodzakelijk voor het borgen van de publieke belangen en voor het corrigeren van mogelijk marktfalen. Het is goed om zo terughoudend mogelijk te zijn met regelgeving, maar de hoeveelheid regelgeving zegt op zich niets over de mate van marktwerking. Waar het bij marktwerking uiteindelijk om gaat, is dat partijen voldoende ruimte hebben om met elkaar te concurreren op volume, prijs en kwaliteit.
Ook marktpartijen als verzekeraars en zorgaanbieders zijn zich bewust van het dreigende gevaar van bureaucratie en de verlamme werking hiervan op het primaire proces in de zorg. Juist marktwerking voorkomt een te hoge overhead. Zorginstellingen die intern hun zaken niet op orde hebben en hierdoor te veel kosten maken, prijzen zichzelf uit de markt. Daar tegenover staat dat een lage overhead mede zorg kan dragen voor een interessante onderhandelingspositie van de zorgaanbieder tegenover de zorgverzekeraar. Aanbieders zullen bij andere marktpartijen dan ook aandringen op stroomlijning en beperking van de informatiebehoefte.
Zorgverzekeraars zullen ook zo veel mogelijk proberen aan te sluiten bij bestaande processen. Verder zoeken zij samenwerking bij bijvoor-

beeld het opstellen van één kwaliteitssysteem. Dit om te voorkomen dat er door verschillende verzekeraars of toezichthouders om steeds weer net iets andere informatie wordt gevraagd.

- Oog voor lange termijn.
Marktwerking impliceert niet dat slechts kortetermijnwinst het (financiële) doel van de instelling is. Een instelling streeft immers naar continuïteit en zal dus ook op langere termijn ten minste quitte moeten spelen. Dit stimuleert het bewustzijn dat samenwerking en voortdurende aanpassingen in de organisatie van de zorg nodig zijn om, zowel nu als in de toekomst, te voorzien in de zorgvraag. Daarnaast resulteert het in betere vooruitzichten voor de instelling via positieve naamsbekendheid en minder kosten in de toekomst.
- Solidariteit.
De hiervoor genoemde grotere doelmatigheid houdt de zorg betaalbaar. Hierdoor wordt de, als gevolg van de vergrijzing noodzakelijke, stijging van de verzekeringspremies beperkt. Dit is belangrijk voor het behoud van het maatschappelijk draagvlak voor de op te brengen solidariteit.
De angst dat de markt zich zal richten op lucratieve zorg deel ik niet. Na de introductie van marktprikkels worden zorgaanbieders beloond omdat zij, ook bij collectief gefinancierde zorg, efficiencywinsten zelf kunnen bestemmen. Het uitgangspunt is en blijft dat kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid bij de basiszorg voor iedere burger geborgd dienen te zijn. Voor zorgplustiensten, extra zorg boven dit pakket, beperkt de overheid zich uiteraard tot het stellen van kwaliteitseisen.

De leden van de SP-fractie vragen naar concrete mogelijkheden van het wetsvoorstel om afschuifgedrag van de spelers in het zorgveld te voorkomen.

Afschuifgedrag als zodanig kan nooit helemaal worden voorkomen. Waar het echter om gaat is de vraag of zulk gedrag lonend is. Dat is zeker het geval in het huidige verzekeringsstelsel waar verzekerden geen of weinig ruimte hebben om van zorgverzekeraar te wisselen, waar zorgaanbieders door een systeem van contracteerplicht vrijwel verzekerd zijn van klandizie, en waar verzekerden vrijwel geen financiële consequenties onderkennen van onnodig zorggebruik. Het voorgestelde verzekeringsstelsel is zo ingericht dat alle betrokkenen bij de zorg hun eigen verantwoordelijkheid krijgen en ook zelf te maken krijgen met de gevolgen wanneer zij die verantwoordelijkheid niet voldoende waarmaken. Anders geformuleerd: een zorgverzekeraar die een «goed product» biedt tegen een «goede prijs», zal klanten trekken. Grosso modo geldt hetzelfde voor een zorgaanbieder. Eerder het invullen dan het afschuiven van de verantwoordelijkheid is in het nieuwe systeem lonend.

De leden van de SP-fractie hebben aangegeven dat niet gevraagd was of ik vooruit kan lopen op de uitkomsten van de pakketevaluatie. Zij hebben gevraagd of overwogen wordt het pakket uit te breiden als blijkt dat de verkleining leidt tot negatieve gevolgen. Ik heb in mijn antwoord vooral bedoeld aan te geven dat beslissingen om pakketmaatregelen te heroverwegen, gebaseerd moeten zijn op evaluatieonderzoek. Echter, zoals de heroverweging van de uit het pakket verwijderde geneesmiddelen voor zelfzorg laat zien, kan op een pakketverkleining, als daar zwaarwegende overwegingen voor zijn, geheel of gedeeltelijk worden teruggekomen.

De SP vraagt om een onderbouwd en helder antwoord op de vraag of er nu wel of geen bepalingen in de Zorgverzekeringswet zijn die kunnen leiden tot kartelvorming. Voorts vragen zij wat de gevolgen voor het zorg-

stelsel kunnen zijn indien blijkt dat er wel sprake is van bepalingen die tot kartelvorming leiden.

De Zorgverzekeringswet bevat geen bepalingen die direct aanzetten tot kartelvorming. Als er desalniettemin toch kartels worden gevormd, zullen de Zorgautoriteit en de NMa daartegen kunnen optreden.

De leden van de SP-fractie vragen of zorgverzekeraars zich, ondanks het vereveningssysteem, toch bij voorkeur zullen richten op gebieden met jonge en relatief gezonde mensen en hoe er «witte vlekken» kunnen ontstaan terwijl er acceptatieplicht is.

Het vereveningssysteem is zo ingericht dat het voor zorgverzekeraars niet lonend is zich te richten op gebieden met jonge en relatief gezonde mensen. Die leveren namelijk net zo'n verzekeringsrisico op als oude en relatief ongezonde mensen. Dat systeem werkt inmiddels al geruime tijd bevredigend in het kader van de ziekenfondsverzekering. Omdat het vereveningssysteem in de Zorgverzekeringswet daarop is gebaseerd, mag ervan worden uitgegaan dat dit straks net zo bevredigend zal werken. «Witte vlekken» zouden in theorie kunnen ontstaan wanneer zorgverzekeraars de vrije hand zouden krijgen om in bepaalde delen van het land niet te werken. In de praktijk van vandaag, waar particuliere verzekeraars en ziekenfondsen volledig vrij zijn in het kiezen van hun werkgebieden, blijkt dat zich niet voor te doen. Daarenboven biedt de Zorgverzekeringswet hier ook nog een wettelijke zekerheid door het voorschrift dat de «grotere» zorgverzekeraars verplicht zijn landelijk te werken én door het feit dat verzekeraars die niet verplicht zijn om landelijk te werken tenminste in een hele provincie actief dienen te zijn.

De leden van de SP-fractie stellen terecht dat een van de redenen van de hervorming van het stelsel is dat het kabinet de groeiende kosten in de zorg wil beheersen. Zij wijzen daarbij op mijn uitspraak bij de begrotingsbehandeling van VWS dat de grootste kostenstijging met name zit in de medische technologie en minder in de vergrijzing. Zij vragen zich af hoe ik de daarmee samenhangende kostenstijging wil of kan beteugelen. Daarbij stellen zij de vraag of nieuwe technologieën er vooral toe leiden dat de aanvullende verzekering wordt uitgebreid, hetgeen naar de mening van de SP-fractie betekent dat deze dus onbereikbaar zullen zijn voor mensen met lage inkomens die geen aanvullende verzekering kunnen afsluiten. Een belangrijke doelstelling van het nieuwe stelsel is beheersing van de groeiende uitgaven maar ook ruimte voor innovatie en dus nieuwe medische technologie en voorzieningen. Beide uitgangspunten zijn, anders dan de SP-fractie suggereert, overigens niet strijdig. Dat zou alleen het geval zijn wanneer naast de komst van nieuwe technologieën bestaande technologieën in stand worden gehouden. Dan doet zich immers een situatie voor waarin bestaande medische toepassingen de komst van nieuwe belemmeren. Het uitgangspunt dat zorgverzekeraars in overleg met de aanbieders van zorg moeten zoeken naar «best-practices» brengt nu juist die dynamiek die nodig is om de innovatie integraal onderdeel uit te laten maken van het nieuwe stelsel. Voor zover het bij de ontwikkeling en toepassing van nieuwe medische technologieën gaat om aanspraken die in de Zorgverzekeringswet geregeld zijn, komen deze dus aan alle verzekeren ten goede. De inhoud en omvang van de zorgvormen worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Hierin liggen de mogelijkheden voor de aanbieders van zorg om in de dienstverlening aan hun cliënten de innovatie op hun vakgebied niet alleen te belijden maar ook daadwerkelijk toe te passen. Verzekeraars zullen daarvoor zorgverleners aansporen die zorg toe te passen door in de overeenkomsten met zorgaanbieders «best-practices» in de zorgverlening tot standaard te maken.

De leden van de SP-fractie zijn verheugd met de toezegging, dat jaarlijks gerapporteerd wordt over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Toch zouden de leden van de SP-fractie ook nog graag een reactie zien op de vraag of ik bekend ben met het systeem dat in Amerika is opgezet om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor verschillende bevolkingsgroepen te evalueren. Zij vragen wat ik van dit systeem vind en of ik mogelijkheden zie voor een dergelijk soortgelijk systeem in Nederland.

Ik ben inderdaad bekend met het Amerikaanse systeem. In december 2003 zijn twee rapporten uitgebracht, het National Healthcare Quality Report (NHQR) en het National Healthcare Disparities Report (NHDR). Beide zijn ontwikkeld door het Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), een onderdeel van het Department of Health in de VS (zie ook <http://www.ahrq.gov/qual/measurix.htm>) die inzicht verschaffen in het Amerikaanse systeem. Het NHQR is een eerste nationale alomvattende poging om de kwaliteit van gezondheidszorg in de VS te meten.

Over een breed terrein van zorgdiensten zijn prestatie-indicatoren opgenomen om de kwaliteit in kaart te brengen. Het rapport kijkt naar de effectiviteit van behandelingen voor kanker, diabetes, nierfalen, hartfalen, HIV/AIDS, zorg voor moeder en kind, geestelijke gezondheidszorg, long-aandoeningen, verpleeghuiszorg en thuiszorg. Verder analyseert het rapport de patiëntveiligheid, tijdigheid en patiëntgerichtheid van de zorg. In het Disparities Report zijn voor verschillende bevolkingsgroepen de verschillen in kaart gebracht wat betreft toegang en gebruik van zorgdiensten.

Het NHQR levert veel inzichten op, bijvoorbeeld over het feit dat er nog grote verbeteringen mogelijk zijn. Dat geldt niet alleen in de VS maar net zo goed voor ons Nederlandse systeem. Het is daarmee een inspiratiebron. In Nederland ben ik bezig met de ontwikkeling van de zogeheten Zorgbalans. Met dit raamwerk van prestatie-indicatoren kan ik de prestaties van de zorg op macro-niveau op samenhangende wijze meten. De jaarlijkse rapportage zal voor het eerst in mei 2006 worden uitgebracht. Een groot aantal van de indicatoren die in het NHQR wordt meegenomen in die Zorgbalans. De Zorgbalans richt zich echter niet alleen op kwaliteitsindicatoren maar geeft een overzicht van de prestaties van het hele zorgstelsel op macroniveau. Naast een consumentenperspectief waarin aandacht is voor kwaliteit, staan andere perspectieven gericht op financiën, bedrijfsvoering en innovatie. We doen vanzelfsprekend ons voordeel met de opgebouwde kennis uit het systeem dat in Amerika is opgezet.

De leden van de SP-fractie hebben aangegeven dat zij in de nota naar aanleiding van het verslag geen reactie hebben kunnen terugvinden op een vraag die zij hebben gesteld naar aanleiding van een tekst in de memorie van toelichting. Deze leden hebben gevraagd of ik de mening van de SP-fractie deelt dat het zorgstelsel met name zo moet zijn ingericht dat het aanbod van zorg in interactie met mensen maximaal bijdraagt aan het realiseren van gezondheid van alle burgers. Vervolgens hebben deze leden gevraagd om, indien deze vraag bevestigend wordt beantwoord, aan te geven hoe ik dit zal vormgeven.

Naar aanleiding van deze vragen merk ik het volgende op. De vraag van de SP-fractie gaat naar mijn mening vooral over de verdeling van verantwoordelijkheden. Uiteraard dient het aanbod van zorg maximaal bij te dragen aan het realiseren van de gezondheid van alle burgers. Ook de burger zelf heeft daarbij een rol te vervullen. Hij maakt immers zelf in het kader van de in het Burgerlijk Wetboek geregelde geneeskundige behandelovereenkomst afspraken over de aan hem te verlenen zorg. Indien daarbij problemen aan de orde zijn, kan hij zelf zijn zorgaanbieder daarop aanspreken. Op die manier kan hij in interactie met de aanbieder invulling geven aan de door hem gewenste zorgverlening. Dat hij daarbij dient te kunnen vertrouwen op de deskundigheid en de juiste raadgeving van de behandelaar spreekt voor zich. De overige wetgeving op het terrein

van de patiëntenrechten, te weten die op het gebied van de medezeggenschap en het klachtrecht, is evenzeer van belang, terwijl de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG eveneens eraan bijdragen dat de zorg van een verantwoord niveau is. De Zorgverzekeringswet speelt in die zin een rol dat de verzekerde als hij kiest voor een zorgverlener met wie zijn zorgverzekeraar ter voldoening aan diens zorgplicht een overeenkomst heeft gesloten, er op mag vertrouwen dat de gecontracteerde zorgverlener in staat is adequate zorg te geven. Indien dat niet het geval is, kan hij zijn zorgverzekeraar daarop aanspreken. Indien de verzekerde kiest voor restitutie, geldt de situatie, zoals ik heb beschreven in de nota naar aanleiding van het verslag. De aspecten die van belang zijn voor de werking van de verzekering, zijn neergelegd in de Zorgverzekeringswet. Ik zie dus geen reden om aanvullend nog zaken in de Zorgverzekeringswet vorm te geven.

De leden van de GroenLinks-fractie menen dat in het onderhavig wetsvoorstel verkeerde keuze op verkeerde keuze wordt gestapeld en dat de regering daarmee een unieke kans laat lopen om te komen tot een solidair én doelmatig zorgstelsel. Deze leden hebben gevraagd te reageren op de analyse van GroenLinks dat de regering kiest voor het tegengestelde van een solidair en doelmatig stelsel omdat het de bovenmodale inkomens bevoordeelt, omdat het stelsel tot een explosie aan bureaucratische compensatie leidt en omdat het kiest voor een stelsel dat de keuzevrijheid van verzekerden en patiënten beperkt in plaats van versterkt.

Ik ben het niet eens met de bewering dat de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag leiden tot een stelsel dat het tegenovergestelde is van solidair en doelmatig. Op beide punten scoort het nieuwe stelsel beter dan het bestaande.

Allereerst de solidariteit. In het nieuwe stelsel moet elke verzekeraar alle ingezetenen van Nederland voor een wettelijk verzekerd pakket accepteren onder dezelfde voorwaarden. Oud en jong, ziek en gezond hebben gelijke toegang tot de noodzakelijke zorg. Die gelijke toegang wordt ook praktisch mogelijk door het toekennen van een zorgtoeslag als de premie boven een democratisch vastgesteld percentage van het inkomen uit gaat. Het is in mijn ogen onjuist om de relatief gunstige overgangsevolgen van een bepaalde groep (particulier verzekerd met kinderen) te hanteren als een argument tegen de werkelijke solidariteitsverdiensten van het nieuwe stelsel.

Daarnaast vind ik het onjuist om de toekenning van de zorgtoeslag te omschrijven als «een explosie aan bureaucratische compensatie». In de eerste plaats ben ik ervan overtuigd dat de Belastingdienst deze regeling efficiënt en klantvriendelijk kan uitvoeren en in de tweede plaats stelt het apart zetten van dit inkomensinstrument ons in staat om de burger beter onder ogen te laten zien dat de gezondheidszorg een kostbaar goed is. Dat bewustzijn is een eerste voorwaarde om de sector meer onderhevig te maken aan marktprikkels.

Tot slot kan ik mij niet vinden in de bewering van de GroenLinks-fractie dat het nieuwe stelsel de keuzevrijheid van verzekerden beperkt. Met het nieuwe stelsel worden particulier verzekerden boven de veertig jaar van hun leeftijdsslot bevrijd zodat ze ook met «hun voeten kunnen stemmen». Daarnaast ontstaan meer keuzemogelijkheden voor chronisch zieken. Ook zullen deze verzekerden meer dan nu kunnen kiezen voor verzekeraars die de zorg in natura voor hen willen verzekeren. Voor ziekenfondsverzekerden slaat de balans eveneens in positieve zin door; naast de huidige mogelijkheid van aanspraken in natura komen er voor hen mogelijkheden voor restitutiepolissen of polissen met een mengvorm van natura en restitutie. Ook komt er voor hen de thans niet bestaande mogelijkheid van een eigen risico.

De leden van de GroenLinks-fractie zetten vraagtekens bij de regierol van de zorgverzekeraars. Zij vragen zich af of zorgverzekeraars zich straks nog wel verantwoordelijk zullen voelen voor het stimuleren van innovatie en samenwerking. Bovendien stellen de GroenLinks-fractieleden dat concurrentie en samenwerking elkaar tegenwerken. Daarbij vragen zij vooral aandacht voor ketenzorg en de taak die de regering daarbij voor zichzelf ziet weggelegd.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet, in combinatie met andere wetten zoals WTZi en WMG, worden marktpartijen in de zorg geprikkeld om zo doelmatig mogelijk met de gezondheidszorg om te gaan. Zorgaanbieders dienen meer prestatiegericht te gaan werken en zorgverzekeraars zullen zich actiever moeten inspannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders af te dwingen. De verzekerden kunnen een andere zorgverzekeraar kiezen als de inhoud of de prijs van het zorgpakket hen meer aanspreken. In een dergelijk systeem zal innovatie juist aan belang winnen, omdat dit een marktpartij in staat stelt zich te onderscheiden van zijn concurrenten. Hierbij verwacht ik dat het «freeridersgedrag» van zorgverzekeraars wordt beperkt doordat verzekerden naar een andere zorgverzekeraar kunnen overstappen en doordat alle zorgverzekeraars een zorgplicht hebben.

Zoals ik al heb opgemerkt, sluit het invoeren van prikkels voor zorgpartijen om zo doelmatig mogelijk met de gezondheidszorg om te gaan, vormen van samenwerking niet uit.

Voor een nadere uitleg hierop verwijs ik de leden van de GroenLinks-fractie naar mijn antwoord op de vraag van de SP-fractie om apart te reageren op elke van de genoemde effecten van marktwerking (zie onder ● Samenwerking).

De leden van de GroenLinks-fractie zijn ervan overtuigd dat door de keuze voor private verzekeraars die winst mogen maken, niet de beste kwaliteit voor de beste prijs het leidend principe wordt, maar de laagste prijs ongeacht de kwaliteit. Het wetsvoorstel zelf illustreert dat volgens deze leden al, aangezien het zo goed als ontbreekt aan aandacht voor kwaliteit. De leden vragen mij hierop te reageren. Verder vragen de leden van de GroenLinks-fractie tevens in te gaan op de vraag waarom is gekozen voor een privaatrechtelijk verzekeringsmodel terwijl dat grote risico's met zich meebrengt. De leden van de GroenLinks-fractie vragen verder waarom de regering er bewust voor kiest haar bewegingsvrijheid te beperken. Ik deel de visie van de leden van de GroenLinks-fractie niet. Zoals ook aangegeven bij mijn antwoord op de vraag van de PvdA-fractie of verzekeraars van nature de belangen van verzekerden dienen, ben ik van oordeel dat de in het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet verankerde regulering er voor zorg zal dragen dat verzekeraars, om succesvol te zijn, een bredere oriëntatie zullen moeten hebben dan een eendimensionaal streven naar winst ten koste van kwaliteit. Daarnaast is de basiskwaliteit van zorg in termen van veiligheid en effectiviteit geborgd in de kwaliteitswetgeving, op de uitvoering waarvan de IGZ toezicht houdt. In deze kwaliteitswetgeving vindt in het kader van de invoering van de Zorgverzekeringswet geen verandering plaats.

Ik ben het niet eens met de taxatie dat een privaatrechtelijke vormgeving grote risico's met zich mee zou brengen. Het kabinet is van oordeel dat in een privaatrechtelijk stelsel de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid duurzaam kunnen worden geborgd, mits de randvoorwaarden die daarbij passen zorgvuldig in acht worden genomen. Eenzelfde benadering zou overigens dienen te worden gevolgd in een publiekrechtelijke omgeving waarin de door de regering gewenste markt-elementen zouden worden ingebracht.

De regering is dan ook allerm minst van oordeel met het onderhavige wetsvoorstel haar bewegingsvrijheid te beperken. Door de combinatie van

sterke publieke randvoorwaarden en een privaatrechtelijke inbedding wordt een stelsel gecreëerd waarin enerzijds de solidariteit duurzaam kan worden geborgd en anderzijds ruimte ontstaat voor ondernemerschap en innovatie.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het voorstel dat zorgverzekeraars per provincie verschillende polissen kunnen aanbieden de door de regering gewenste concurrentie tussen zorgverzekeraars niet ondergraaft, omdat de zorgverzekeraars van de meeste verzekerden immers een sterke regionale binding hebben.

De verplichting tot landelijk werken (voor zorgverzekeraars met meer dan 850 000 verzekerden) is ingevoerd om zeker te stellen dat er in iedere regio voor de verzekeringplichtigen wat te kiezen valt. Zorgverzekeraars die proberen hieraan te ontkomen door in één provincie tegen een normale premie een polis aan te bieden met gecontracteerde zorg en in de rest van het land een restitutiepolis tegen een onrealistisch hoge premie, zullen te maken krijgen met de toezichthouder omdat in die situatie kan worden gesteld dat zij zich materieel niet houden aan hun wettelijke verplichting tot landelijk werken. Aldus wordt naar mijn visie het gevaar van regionale monopolies in voldoende mate tegengegaan omdat een regionaal sterke zorgverzekeraar er altijd voor zal moeten zorgdragen dat hij voldoende concurrerend blijft ten opzichte van andere in zijn regio werkzame zorgverzekeraars. Overigens is ben ik van opvatting dat de discussie over het gevaar van regionale monopolies in hoge mate theoretisch is. In de huidige situatie werken vrijwel alle ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars landelijk, ongeacht of zij al dan niet winstoogmerk hebben, terwijl zij daartoe niet verplicht zijn. Ik verwacht niet dat deze situatie na de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet aanzienlijk zal veranderen.

In aansluiting hierop stellen de leden van de GroenLinks-fractie vragen over marktaandelen en definitie van de markten.

Voor deze vraag is het begrip economische machtspositie relevant. Ondernemingen met een economische machtspositie kunnen zich onafhankelijk van de markt gedragen, zonder dat zij hiervan nadeel ondervinden. De Mw verbiedt dat ondernemingen misbruik maken van hun economische machtspositie. Bovendien verbiedt de NMa concentraties in het geval hierdoor een economische machtspositie ontstaat waardoor de concurrentie op de Nederlandse markt significant wordt belemmerd. Ten slotte kan de Zorgautoriteit vanaf 2006 passende verplichtingen opleggen aan partijen met een economische machtspositie. Twee criteria bepalen of sprake is van een economische machtspositie: de relevante markt en de economische positie op die markt. Als eerste stap moet worden vastgesteld om welke markt het gaat. Iedere markt wordt bepaald door het geografische gebied en door het soort product. De relevante productmarkt bestaat uit alle goederen en/of diensten die – op grond van hun kenmerken, prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd – door de afnemer als onderling verwisselbaar of substitueerbaar worden beschouwd. De relevante geografische markt is het gebied waarbinnen ondernemingen goederen en/of diensten vragen en aanbieden, waarbinnen de concurrentievoorwaarden gelijkwaardig zijn én duidelijk afwijken van die van aangrenzende gebieden. De NMa beschouwt tot dusverre de particuliere verzekeringen in het tweede en derde compartiment als afzonderlijke markten. In het tweede compartiment wordt nader onderscheid gemaakt tussen particuliere ziektekostenverzekeringen en ziekenfondsverzekeringen. De geografische markt voor het aanbieden van zowel ziekenfondsverzekeringen als particuliere ziektekostenverzekeringen is landelijk, aangezien alle ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars in heel Nederland hun verzekeringen kunnen aanbieden en vragers alle verzekeraars kunnen benaderen. Het ligt in de rede dat

eenzelfde redenering zal worden gevolgd voor de nieuwe basisverzekering. Overigens zal de marktafbakening steeds in concrete mededingingszaken afzonderlijk worden vastgesteld en kunnen per zaak de omstandigheden verschillen. Als de relevante markt eenmaal is afgebakend, dan moet als tweede stap worden nagegaan of de onderneming of ondernemingen in kwestie op die relevante markt een economische machtspositie innemen. De marktstructuur is daarbij met name van belang. Een economische machtspositie kan niet altijd alleen worden afgeleid uit het marktaandeel. Daarom wordt ook naar andere factoren gekeken, zoals het aantal actoren dat op de markt actief is, hun marktpositie, de (on)mogelijkheden voor nieuwe spelers om tot de markt toe te treden, en bijvoorbeeld de positie van afnemers op de markt. Niettemin als blijkt dat een onderneming op de relevante markt een marktaandeel heeft van meer dan 50 procent, kan er sprake zijn van een economische machtspositie. Echter ook bij een kleiner marktaandeel kan dit soms het geval zijn.

Ten slotte vragen de leden van de GroenLinks-fractie welke voor- en nadelen er kleven aan het verbieden van het maken van onderscheid per provincie. De regering heeft ervoor gekozen om in de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid op te nemen om in verschillende provincies verschillende polisvarianten aan te bieden. Deze varianten dienen alle vanzelfsprekend het volledige wettelijke pakket te bieden. Zij kunnen verschillen in de mate waarin zij de verzekerde prestaties in de vorm van natura dan wel restitutie aanbieden. Dit geeft verzekeraars de mogelijkheid om qua contracteerbeleid actief te zijn in regio's waar zij dat wensen. De huidige «verre verzekerdenproblematiek» in de ziekenfondsverzekering, die als gevolg van onderhavige bepaling tot het verleden behoort, toont aan dat het voor de meeste verzekeraars moeilijk is in het hele land zorgaanbieders te contracteren. Een mogelijk nadeel van het onderscheid in provincies kan zijn, dat een verzekerde een nieuwe polisvariant dient te kiezen op het moment dat hij naar een provincie verhuist waar zijn huidige polisvariant door zijn verzekeraar niet wordt aangeboden. Een dergelijke verandering kan vanzelfsprekend door de verzekeraar worden gefaciliteerd. Overigens lijkt vanuit oogpunt van bedrijfsvoering en marketing niet aannemelijk dat verzekeraars een groot aantal polisvarianten zullen gaan aanbieden. Zorgverzekeraars hebben zulks ook aangegeven. Ten behoeve van de transparantie zijn verzekeraars verplicht de varianten die zij aanbieden, vast te leggen in openbaar te maken modelovereenkomsten.

Ook heb ik al eerder betoogd, dat zorgverzekeraars die proberen hieraan te ontkomen door in één provincie tegen een normale premie een polis aan te bieden met gecontracteerde zorg en in de rest van het land een restitutiepolis tegen een onrealistisch hoge premie, te maken zullen krijgen met de toezichthouder. In deze situatie kan worden gesteld dat zij zich materieel niet houden aan de wettelijke verplichting tot landelijk werken.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich af hoe verzekerden inzicht krijgen in de kwaliteit van de door hun zorgverzekeraar gecontracteerde zorg.

Om verzekerden inzicht te geven in de kwaliteit van de zorg streef ik naar grotere transparantie van het functioneren van zorgverzekeraars. Verzekeraars zijn verplicht om de consument te informeren over de prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden producten. Dat moeten ze op een zodanige manier doen dat de informatie begrijpelijk is en gemakkelijk vergelijkbaar. De Zorgautoriteit kan ingrijpen als marktpartijen weigeren om bepaalde informatie die belangrijk is voor de consument openbaar te maken. Ingrijpen kan ook nodig zijn als er wel informatie openbaar wordt gemaakt, maar op een onvoldoende begrijpelijke of vergelijkbare manier.

Het streven naar grotere transparantie krijgt ook al vorm door de openbaarmaking van de rapporten van de IGZ en in het beoordelen van de zorg vanuit patiënten/consumentenoptiek. Partijen ontwikkelen hiervoor in gezamenlijkheid prestatie-indicatoren. De informatie wordt geplaatst op de website die het RIVM aan het ontwikkelen is. De opvatting van de leden van de GroenLinks-fractie dat verzekerden geen inzicht krijgen in de kwaliteit van de door hun zorgverzekeraar gecontracteerde zorg, deel ik dan ook niet.

Ook vragen de leden van de GroenLinks-fractie op welke wijze de regering ervoor zorgt dat de informatie helder en overzichtelijk is voor elke verzekerde. Om de keuzemogelijkheden voor burgers te vergroten wordt een «portalorganisatie» opgezet. De uitvoering is in handen van het RIVM. Deze «portalorganisatie» moet burgers voorzien van keuze-informatie over zorgverzekeringen en zorgaanbod. Daarbij is toegankelijkheid van de informatie van groot belang. Ook hier zullen verschillende kanalen worden benut, zoals een website en print-outs. Zodoende kunnen alle burgers – ook degenen die geen toegang tot internet hebben – toegang krijgen tot de noodzakelijke informatie om een goede keuze in het aanbod van verzekeringen en zorg te maken.

Daarnaast komt er een landelijke informatiecampagne ter introductie van de Zorgverzekeringswet. Via verschillende kanalen zullen de burgers worden geïnformeerd over de inhoud van de wet. Dat zal gebeuren via advertenties, brochures, radio- en tv-spotjes en een klantvriendelijke website. Tevens zullen afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars, ouderen- en patiëntenorganisaties, werkgevers en zorgaanbieders. Zij zullen ruim op tijd worden voorzien van alle relevante informatie op maat die zij kunnen benutten om hun achterban te informeren. Aansluitend vindt een grote publiekscampagne van de Belastingdienst plaats over de zorgtoeslag. Gezien deze initiatieven vind ik het jaarlijks toezenden van een brochure aan iedere burger in Nederland, zoals de leden van de GroenLinks-fractie voorstellen, niet noodzakelijk.

Anders dan de leden van de GroenLinks-fractie ben ik van mening dat in het kader van de zorgverzekering de verzekerden recht hebben op een verzekeringspakket waarvan de kaders wettelijk zijn vastgelegd terwijl tegelijkertijd zodanig ruimte in die wettelijke omschrijving is gehandhaafd dat binnen die aanspraken ingespeeld kan worden op zorg-organisatorische doelstellingen van de zorgverzekeraar en nieuwe technologische ontwikkelingen. De verzekeringsaanspraken zijn daarenboven verankerd in een wettelijk geregelde zorgplicht die bepaalt dat een zorgverzekeraar de verplichting heeft zijn verzekerden de verzekerde zorg in natura te leveren ofwel de kosten daarvan te vergoeden met daarbij, indien de verzekerde dat wenst, bemiddeling naar een zorgaanbieder. Met het voorgaande is een bijzonder concrete, wettelijke omschrijving van de zorgplicht van de zorgverzekeraars gerealiseerd. Het gaat om de zorg of vergoeding van de kosten daarvan.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen verder nog naar de normen voor zorg op redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde. Die normen hangen af van de zorgvorm alsmede van de gezondheidssituatie van een betrokkene waarom het in een concreet geval gaat. Zo dient huisartsenzorg op kortere afstand van het huisadres beschikbaar te zijn dan hooggespecialiseerde zorg. Iemand die in nood verkeert, dient wel op korte afstand acute zorg te kunnen krijgen, terwijl iemand die gemakkelijk nog in staat is te reizen, die zorg ook wel wat verder weg van zijn woonplaats kan invoeren. Uiteindelijk gaat het hier om een aangelegenheid die in hoge mate wordt bepaald door – zich gedeeltelijk nog ontwikkelende – medische inzichten, zodat een poging van de wetgever om daar in regelend opzicht tot een vastgelegde, statische situatie te komen, niet alleen onverstandig zou zijn maar in de praktijk ook zal blijken tot mislukken te zijn gedoemd.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen zich af op welke wijze amendement 28 894 nr. 19 een plek heeft gekregen in het wetsvoorstel. De Zfw gaat uit van zorg in natura. Dat wil zeggen: een verzekerde die zorg nodig heeft wendt zich tot een door zijn ziekenfonds gecontracteerde zorgaanbieder, welke de zorg in diens naam en voor diens rekening verstrekt. Door middel van het amendement Schippers/Lambrechts (Kamerstukken II 2003/04, 28 994, nr. 19) wordt daar in die zin een uitzondering op gemaakt, dat een verzekerde er voor vormen van zorg waarvoor én geen contracteerplicht geldt én geen Wtg-tarief, voor kan kiezen om niet naar een door zijn ziekenfonds gecontracteerde aanbieder te gaan, maar naar een andere zorgaanbieder, waarna hij recht heeft op een door zijn ziekenfonds bepaalde vergoeding. Voorgesteld wordt om bij amvb te bepalen dat die vergoeding door het ziekenfonds niet zo laag mag worden vastgesteld, dat zijn keuzerecht tussen een gecontracteerde en een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wezenlijk wordt belemmerd.

De Zorgverzekeringswet gaat uit van een vrije keuze, voor de zorgverzekeraar, tussen polissen krachtens welke de verzekerde naar gecontracteerde zorgaanbieders moet (naturapolissen of restitutiepolissen die toch vergen dat de verzekerde naar gecontracteerde zorgverleners gaan) dan wel polissen krachtens welke de verzekerde vrij is een zorgaanbieder te zoeken (zuivere restitutiepolissen). De zorgverzekeraar mag meerdere polissen aanbieden, en mag ook voor bepaalde vormen van zorg uitgaan van gecontracteerde aanbieders en voor andere van zuivere restitutie. Vervolgens heeft de verzekeringsplichtige de vrijheid uit alle varianten van de zorgverzekering te kiezen, die de zorgverzekeraars in zijn woonprovincie aanbieden. Kiest hij een variant die voor alle of bepaalde vormen van zorg van restitutie uitgaat, dan heeft hij voor die vormen recht op volledige vergoeding van de rekening van de zorgaanbieder, voor zover althans de rekening niet hoger is dan hetgeen marktconform is. Het kan ook zijn dat de verzekerde heeft gekozen voor een naturavariant of een restitutievariant krachtens welke hij voor een of meer vormen van zorg naar gecontracteerde zorgaanbieders moet.

Heeft hij zo'n vorm van zorg nodig, dan heeft hij op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet desondanks nog de mogelijkheid om naar een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. In dat geval krijgt hij echter een door zijn zorgverzekeraar vooraf bepaalde vergoeding, die lager kan zijn dan de volledige vergoeding. Dat is ook logisch. Hij koos immers voor een verzekeringsvariant krachtens welke hij naar gecontracteerde aanbieders moet, en zijn verzekeraar zal daar bij de omvang van zijn contracten rekening mee hebben gehouden. Nu hij alsnog kiest voor een niet-gecontracteerde aanbieder, kan dat voor zijn zorgverzekeraar tot extra kosten leiden. Bovendien zou een volledige of hoge vergoeding ertoe kunnen leiden dat ook mensen met een zorgverzekering krachtens welke ze in pincipe naar een gecontracteerde zorgaanbieder moeten, toch in de praktijk een volledig vrije keuze tussen zorgaanbieders hebben. Daarmee zou het contracteren van zorg ondergraven worden.

Kortom: men zou kunnen zeggen dat het amendement Schippers/Lambrechts in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet is verwerkt. Omdat artikel 13 slechts geldt voor mensen die in eerste instantie voor een zorgverzekering hebben gekozen krachtens welke zij naar gecontracteerde zorgaanbieders zouden moeten, mag de verzekeraar zelf de hoogte van de vergoeding bepalen, met dien verstande dat die vergoeding niet dusdanig laag mag zijn dat dit een feitelijke hinderpaal vormt voor het inroepen van de zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen nogmaals of de regering veronderstelt dat het aantal onverzekerden zal toenemen en met hoeveel personen. Zij vragen ook of die toename beïnvloed wordt door een hoge

nominale premie en of er een groot risico bestaat dat met name kwetsbare burgers niet zullen kunnen voldoen aan de verzekeringsplicht. In samenhang stellen de leden van de GroenLinks-fractie verschillende vragen in verband met de zorgverlening aan mensen die onverzekerd zijn. In mijn nota naar aanleiding van het verslag heb ik aangegeven (blz. 32) dat er de afgelopen jaren een zekere stijging van het aantal onverzekerde personen is waar te nemen. Wanneer de trend doorzet kan het aantal onverzekerden in 2004 zijn opgelopen tot 1,8% van de bevolking ofwel circa 300 000 mensen. Er is mij geen reden bekend om te veronderstellen dat de door het Centraal Bureau voor de Statistiek gesignaleerde trend zal ombuigen bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006. Op grond van de gesignaleerde trend kan dan het aantal niet-verzekerde mensen zijn opgelopen tot circa 2,1% van de bevolking ofwel zo'n 360 000 mensen. In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik een aantal groepen van personen aangeduid die als niet-verzekerde worden aangemerkt terwijl dat een gevolg is van eigen keuze (gemoedsbezwaarden en mensen die er voor kiezen zelf het risico van ziektekosten te dragen). Daarnaast is er in de ziekenfondsverzekering een groep mensen die weliswaar verzekerd is maar die heeft nagelaten zich voor die verzekering in te schrijven. Veelal ligt aan die omstandigheid een situatie ten grondslag die door de aan het woord zijn de leden in de vraagstelling wordt bedoeld (verslaafden, mensen met een psychiatrische stoornis, functioneel analfabeten). Ongetwijfeld zal deze categorie mensen in het kader van de Zorgverzekeringswet met dezelfde problemen te maken krijgen als thans het geval is. In de nota naar aanleiding van het verslag is aangegeven dat de oplossing van die problemen ook net als thans het geval is via de geëigende kanalen zoals de opvang voor dak- en thuislozen of -in acute noodsituaties via de zorgverlenende instelling, dienen te worden geregeld. Dat is een situatie die door de Zorgverzekeringswet niet verbeterd wordt, maar ook niet verslechterd. In feite geldt hier het woord van waardering voor de praktijk van alledag waaruit blijkt dat die uitstekend kan omgaan met mensen die hoegenaamd niet binnen vastgestelde structuren zijn in te passen. Het komt erop neer dat degenen die onverwijtbaar niet voldaan hebben aan hun verzekeringsplicht (thans de inschrijvingsplicht in de ziekenfondsverzekering), alsnog zonder boete kunnen worden verzekerd. Degenen die verwijtbaar niet aan hun verzekeringsplicht hebben voldaan, kunnen zich eveneens alsnog verzekeren maar krijgen te maken met een boete. Zij kunnen er ook voor kiezen zich niet alsnog te verzekeren en de kosten van de te verlenen medische zorg zelf voor hun rekening te nemen. Het weigeren van patiënten door zorgaanbieders wegens onverzekerd zijn wordt hiermee wellicht niet volledig voorkomen, maar dat verschijnsel zal, evenals thans het geval is, een zeer beperkte omvang hebben. Zoals aangegeven in de nota naar aanleiding van het verslag, kan in spoedeisende gevallen zorg nooit worden geweigerd. De beoordeling van de vraag welke zorg wel of niet als spoedeisend geldt, dient aan de behandelende zorgaanbieder te worden overgelaten.

Op basis van de huidige praktijk kan worden vastgesteld dat er in dit verband sprake is van een hoegenaamd niet kwantificeerbare mate van beslag op de bijzondere bijstand. De vraag of gemeenten wel in staat zouden zijn te voldoen aan dat eventuele beroep op die regeling, acht ik daarom niet opportuun.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen naar de rol van de overheid ingeval de zorgverzekeraars zich er niet voldoende van vergewist hebben of de kwaliteit en veiligheid van de zorg goed is. Zij vragen zich af of verzekeraars daarvoor wel voldoende kennis en kunde in huis hebben en of zij er wel voldoende belang bij hebben om zich daarvan te vergewissen. Welke rol ziet de overheid hierin voor zichzelf en voor de Inspectie

voor de gezondheidszorg weggelegd, zo vragen de leden van de fractie van GroenLinks.

Voorop staat dat in eerste aanleg de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid van de door hem geleverde zorg. Hij moet daarvoor instaan. Door de eisen die worden gesteld in de Wet Big en de Kwaliteitswet zorginstellingen, wordt de kwaliteit bevorderd.

De IGZ ziet toe op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Indien de IGZ vaststelt dat een instelling niet voldoet aan de voorwaarde van verantwoorde zorg, dient de instelling haar zorgverlening aan te passen. Voor de zorgverzekeraar is dat vervolgens een gegeven. Indien de zorgpolis voorziet in gecontracteerde zorg, heeft de zorgverzekeraar door de zorginkoop een directe rol bij de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dat is nu ook al zo. De zorgverzekeraar vergewist zich, zeker bij het wettelijke pakket, nu ook al of de te contracteren zorg voldoet aan de eisen van kwaliteit en veiligheid die zowel door de wet als binnen beroepsgroepen zelf daaraan worden gesteld. Voor de zorgverzekeraar ligt er ook een belang. Door zorg in te kopen die hoog scoort op het punt van kwaliteit en veiligheid, kan hij zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Bovendien is hij in het systeem van de Zorgverzekeringswet gehouden verantwoorde zorg in te kopen. De zorgverzekeraar zal er voor dienen te zorgen dat hij beschikt over voldoende kennis van de zorg. De kennis en kunde die de zorgverzekeraar nodig heeft om de Zorgverzekeringswet te kunnen uitvoeren, is naar mijn mening ook al in grote mate aanwezig. Deze kennis en kunde heeft hij ook nodig indien hij niet kiest voor een zorgpolis met gecontracteerde zorg. Hij moet immers beoordelen of de zorg die een verzekerde wil afnemen of heeft afgenomen, behoort tot de verzekerde prestaties en zo ja, of de verzekerde daarop is of was aangewezen. Kiest de zorgverzekeraar voor een restitutiepolis, dan heeft hij die kennis en kunde voorts nodig voor de bemiddeling als de verzekerde die wenst.

De zorgverzekeraar kan desgewenst gebruik maken van de kennis die bij het CVZ in zijn hoedanigheid van pakketbeheerder aanwezig is.

Het CTZ ziet toe op de uitvoering van de wet. Daarbij staat de borging van de publieke belangen voorop. Vanuit die invalshoek heeft het CTZ een rol, indien zorgverzekeraars tekortschieten in hun rol van zorginkoper en daardoor niet of in onvoldoende mate aan hun zorgplicht voldoen.

Net als in het huidige systeem is in het nieuwe systeem de rol van de IGZ belangrijk. Ik verwacht niet dat de rol van de IGZ zal toenemen. Een versterking van de IGZ vanwege de invoering van de Zorgverzekeringswet is dan ook naar mijn oordeel niet noodzakelijk.

Een therapie als de ASR-therapie behoort niet tot de verzekerde prestaties in de zin van de Zorgverzekeringswet. Gezien de aard van de therapie, zou een verzekeraar er goed aan doen deze ook niet ten laste van de aanvullende verzekering te vergoeden. Naar ik heb begrepen zijn verzekeraars ook niet gelukkig met deze kwestie. Zij heroverwegen dan ook hun beleid ten aanzien van de aanvullende verzekeringen naar aanleiding van dit exces.

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat publieke middelen besteed moeten worden aan publieke belangen en dat zorgverzekeraars zich daarover moeten kunnen verantwoorden.

De vereveningsgegevens die de verzekeraars aanleveren, zijn, evenals andere bij en krachtens de wet gestelde regels, onderwerp van toezicht door het CTZ/Zorgautoriteit. Op al deze aspecten kan de Algemene Rekenkamer dus ook toezicht houden. De rapportages van het CTZ/Zorgautoriteit worden met mijn standpunt aan het parlement aangeboden. Op basis van deze toezicht- en verantwoordingsstructuur verantwoord ik mij transparant over de werking van Zorgverzekeringswet.

Dit laat onverlet dat de verantwoording over publieke middelen wezenlijk anders is dan onder de huidige Zfw, waar de besteding van middelen aan gedetailleerde regelgeving is onderworpen en ziekenfondsen zich hierover

verantwoorden. Een zorgverzekeraar onder de Zorgverzekeringswet legt in die zin geen verantwoording af over de besteding van publieke middelen. Daarentegen wordt wel verantwoording afgelegd over de resultaten, behaald door het systeem dat (deels) gefinancierd wordt door deze publieke middelen. De verzekeraars zullen zich hierover verantwoorden door middel van de (openbare) uitvoeringsverslagen. Het kabinet heeft gekozen voor een centrale rol van de zorgverzekeraars in het nieuwe verzekeringssysteem. Deze private zorgverzekeraars mogen, mede in verband met de vrije winstbestemming, in het nieuwe systeem zelf bepalen hoe zij hun zorgverzekeringsactiviteiten financieren. Hiermee bestaat de mogelijkheid om naast de (nominale) premie van verzekerden ook kapitaal van derden, reserves of de vereveningsbijdrage in te zetten. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de inzet van deze middelen. De verzekeraar heeft dus de mogelijkheid om zowel publieke als private middelen in te zetten ter financiering van de zorgverzekeringsactiviteiten en de mogelijkheid om winsten, behaald met deze activiteiten, vrij te besteden. Het is dan ook niet zinvol om hierover verantwoording te laten afleggen door een verzekeraar.

De leden van GroenLinks-fractie vragen zich af of er wel voldoende toezicht gehouden zal worden op de indirecte risicoselectie. Dit type toezicht volstaat volgens hen niet met het bestuderen van procedures of papieren stukken. Het vergt volgens de leden van de GroenLinksfractie dat er steekproeven worden gehouden en verzekerden worden geconsulteerd. Zij vragen of een dergelijk toezicht is voorzien.

In een dergelijk toezicht is inderdaad voorzien. Een goede borging van de publieke belangen vind ik belangrijk. De toezichthouder zal nauwlettend moeten volgen of zorgverzekeraars de wettelijke verplichtingen die deze publieke belangen borgen, zoals acceptatieplicht en in het verlengde daarvan het verbod op (indirecte) risicoselectie, nakomen. In het kader van het toezicht op de Zorgverzekeringswet zal in het algemeen kunnen worden gekeken hoe de zorgverzekeraar de betrouwbaarheid van zijn verzekerdenbestand garandeert. Daarbij kan ook worden gekeken naar de procedures die hij hanteert bij het accepteren van verzekerden en de informatie die hij biedt over zijn zorgverzekering. Uit deze algemene verantwoordingsinformatie kunnen signalen komen die voor de toezichthouder aanleiding zijn om in te zoomen op het nakomen van de acceptatieplicht door een zorgverzekeraar. Dit nadere onderzoek zou kunnen bestaan uit het houden van een steekproef en het consulteren van verzekerden. Hoe dit toezicht er exact zal gaan uitzien, moet echter nog nader worden uitgewerkt.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen of de samenstelling van de groep die in aanmerking komt voor de zorgtoeslag naar een aantal kenmerken is uit te splitsen en in tabelvorm inzichtelijk is te maken. In onderstaande tabel is naar huidig inzicht het aantal verzekerden met recht op zorgtoeslag gegeven naar verzamelinkomen en huishoudsamenstelling. De tweede kolom geeft het aantal alleenverdieners zonder kinderen weer (all verd zk), de derde kolom betreft het aantal alleenverdieners met kinderen (all verd mk), de vierde kolom het aantal alleenstaanden (all), de vijfde kolom het aantal eenoudergezinnen (éénouder), de zesde kolom het aantal tweeverdieners zonder kinderen (twee zk), de zevende kolom het aantal tweeverdieners met kinderen (twee mk) en de achtste kolom de overige gevallen (waaronder studenten).

Aantal gerechtigden zorgtoeslag x 1 mln (huishoudens)

Verzamelincome		all verd zk	all verd mk	all	éénouder	twee zk	twee mk	overig	totaal
0	17 000	0,05	0,05	1,06	0,10	0,04	0,05	0,91	2,26
17 000	21 000	0,11	0,05	0,40	0,07	0,21	0,04	0,31	1,19
21 000	27 000	0,12	0,08	0,39	0,06	0,16	0,05	0,31	1,19
27 001	33 000	0,15	0,15	0,00	0,00	0,14	0,09	0,00	0,53
33 001	37 000	0,12	0,11	0,00	0,00	0,13	0,11	0,00	0,47
37 001	42 000	0,08	0,08	0,00	0,00	0,12	0,12	0,00	0,41
42 001	50 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
50 001	55 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
totaal		0,63	0,53	1,85	0,23	0,82	0,46	1,54	6,06

De leden van de GroenLinks-fractie vragen verder waarom de nominale premie voor huishoudens die niet in aanmerking komen voor de zorgtoeslag hoger is dan € 1030. De premie voor de Zorgverzekeringswet bestaat uit een nominale premie van € 1030 plus een inkomensafhankelijke bijdrage van 5,96%. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt door werkgevers betaald, maar is fiscaal loon. De Belastingdienst heft daar dus belasting over. Een particulier verzekerde met een 2x modaal inkomen betaalt dus naast de nominale premie van € 1030 nog belasting over de inkomensafhankelijke bijdrage (€ 960). De belasting over de inkomensafhankelijke bijdrage is toegerekend aan de premielasten die dus € 1990 bedragen (€ 1030 + € 960).

Ofschoon daarover thans geen vragen zijn gesteld, heb ik geconstateerd dat in de nota naar aanleiding van het verslag bij de beantwoording van de vragen van verschillende fracties met betrekking tot de aanvullende verzekering op pagina 48 is gemeld dat uit «onlangs uitgevoerd onderzoek op basis van door het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus MC in 2003 en 2004 uitgevoerde enquêtes blijkt dat in 2004 10% van ziekenfondsverzekerden van zorgverzekeraar veranderd is». Deze mededeling blijkt aanleiding te geven tot misverstand. Het gaat hier niet om een percentage per jaar, maar het betreft het percentage verzekerden dat in totaal in de drie voorafgaande jaren van ziekenfonds is veranderd.