

Vergaderjaar 2004–2005

29 763

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

Nr. 6

VERSLAG

Vastgesteld 9 november 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer van haar bevindingen onderstaand verslag uit te brengen. Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

INHOUDSOPGAVE

	Blz.
A. ALGEMEEN	2
I. Inleiding en samenvatting	2
II. Achtergrond van het wetsvoorstel	12
III. Consultatie en advies	13
IV. De vormgeving van de verzekering	13
V. De inhoud van de verzekering	17
VI. Grensoverschrijdende zorg	39
VII. Transparantie in het verzekeringsstelsel	39
VIII. Gegevensuitwisseling	40
IX. Financiële sturingsmogelijkheden	41
X. De financiële gevolgen	41
XI. De administratieve lasten	44
XII. Overgangssituatie	45
XIII. Inwerkingtreding en voorlichting	45
Overige vragen	46
B. ARTIKELSGEWIJS	46

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) en 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) en Bakker (D66).

A. ALGEMEEN

I. Inleiding

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. In een aantal publicaties hebben zij neergelegd hoe de moderne samenleving kansen kan benutten om vaste waarden te behouden. Eén van die vaste waarden is behoud van de menselijke maat, ook, of wellicht, juist in de gezondheidszorg. Schaarste, bureaucratie, anonieme grootschaligheid en doorgeschoten efficiency denken vormen een bedreiging hiervoor. Er moet ruimte worden gecreëerd om naar de menselijke maat te handelen en behandeld te worden. Bestaande knelpunten zijn naar de mening van de leden van de CDA-fractie te wijten aan een overvloed aan ingrijpen door de overheid.

Het is bekend dat deze leden geen keuze maken tussen enkel markt of overheid als het gaat over ordeningsvragen. Tussen individu en staat bevindt zich een kleurrijke schakering van allerlei maatschappelijke verbanden en organisaties, die naar de mening van de leden van de CDA-fractie zeer wel in staat zijn om in eigen verantwoordelijkheid taken die ook van publiek belang zijn op te pakken en uit te voeren. Zij noemen dat zelfsturing door maatschappelijke organisaties. Deze leden vinden het een taak van de overheid om dat zelfregulerende vermogen van de samenleving te versterken, en daarop instrumenten van overheidsbeleid af te stemmen. Vanuit deze visie is dan ook naar de mening van de leden van de CDA-fractie de overgang van aanbodgerichte zorg naar de vraagsturing, die uitgaat van de zorgbehoefte van de patiënt/verzekerde een logische zaak. Vanuit die optiek kijken zij naar het voorliggende wetsvoorstel en de Wet op de zorgtoeslag.

De leden van de CDA-fractie hechten aan een verzekeringsstelsel om de kosten van noodzakelijke zorg te bestrijden. Het verzekeringskarakter moet met andere woorden worden versterkt. Zij hechten daarbij aan het instrument van volksverzekeringen voor risico's die nauwelijks of minder verzekeraar zijn, zoals kosten voor een kind dat al heel jong een ziekte of handicap blijkt te hebben, of kosten voor iets dat vrijwel iedereen zal overkomen, zoals het ouder worden. De kosten voor langdurige verpleging en verzorging moeten in de visie van de leden van de CDA-fractie via een volksverzekering inkomensafhankelijk opgebracht worden. Dat voldoet aan het uitgangspunt van solidariteit met de zwakste. Ziektekosten die vooral betrekking hebben op kortdurende behandeling en genezing, de curatieve zorg, zijn wel verzekeraar.

De leden van de CDA-fractie signaleren een afnemende bereidheid tot vormen van indirecte solidariteit. Het is in hun ogen daarom van groot belang dat inzicht ontstaat in de kosten van de gezondheidszorg. Zelfregulering in de curatieve zorg is bovendien pas mogelijk als inzichtelijk is wat de kostprijs van een behandeling is. Alleen dan kan een verzekeraar een instelling aanspreken op doelmatigheid. Gebrek aan helderheid over de kosten van de zorg is naar hun mening ook een dominant kenmerk van de huidige verzekeringsstructuur. De conclusie van deze leden is dan ook dat deze regering terecht afstand neemt van inkomenspolitiek in het verzekeringsstelsel. Dit systeem past niet (meer) in de huidige pluri-forme, geïndividualiseerde en dynamische samenleving.

In het CDA-verkiezingsprogramma wordt gekozen voor een door burgers bepaald vraaggestuurd privaatrechtelijk verzekeringsstelsel onder publiekrechtelijke waarborgen. Dit betekent, aldus nog steeds het verkiezingsprogramma, een verplicht hoogwaardige, transparante standaardpolis met daarboven keuzevrijheid voor extra zorgopties. Verzekerden kunnen van verzekeraar veranderen als men betere dienstverlening of lagere kosten wenst. De solidariteit tussen zieken en gezonden, ouderen en jongeren wordt geregeld via een acceptatieplicht, de solidariteit met minder draagkrachtigen krijgt vorm via een inkomensafhankelijke zorgtoeslag in de

fiscaliteit waardoor gewaarborgd wordt dat de zorgpolis voor huishoudens met lagere en middeninkomens betaalbaar blijft. Het uitgangspunt voor de leden van de CDA-fractie ligt bij de zorgbehoefte van de burger («een door burgers bepaald vraaggestuurd verzekeringsstelsel») aan kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Met deze opdracht vanuit het verkiezingsprogramma hebben deze leden dan ook het wetsvoorstel in beschouwing genomen.

In het Hoofdlijnenakkoord wordt het voornemen van een nieuw verzekeringsstelsel aangekondigd, dat in grote lijnen aansluit bij het CDA-verkiezingsprogramma.

De vertaling van wat de leden van de CDA-fractie willen, neergelegd in het Hoofdlijnenakkoord en uitgewerkt in dit wetsvoorstel, moet voldoen aan wat hen voor ogen staat: goede toegankelijke, betaalbare zorg van hoge kwaliteit; voldoende solidariteit; keuzevrijheid van de verzekerde; subsidiariteit, nl. de verantwoordelijkheid daar neerleggen waar deze het beste kan worden waargemaakt. Het wetsvoorstel wordt vanuit dit oogpunt beschouwd.

De leden van de CDA-fractie willen in hun bijdrage aan dit verslag op een aantal verschillende elementen ingaan:

- * de positie van de verzekerde
- * de positie van de verzekeraar en de aanbieder van zorg
- * Europeesrechtelijke aspecten
- * het te verzekeren pakket en de aanvullende verzekering
- * de solidariteit tussen ziek en gezond, jong en oud ofwel de verzekeringsystematiek (o.a. acceptatieplicht, verevenings-systematiek)
- * de solidariteit met minder draagkrachtigen in de wijze waarop de financiering gestalte krijgt via de nominale premie en de inkomensafhankelijke zorgtoeslag

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het voorstel van wet. Zij delen de gedachte dat het wenselijk is om te komen tot één verzekeringsstelsel voor ziektekosten. Zij zijn van mening dat de hervormingsplannen in de zorg uiteindelijk zullen moeten worden beoordeeld op de mate waarin zij gezondheidsdoelen dienen, burgers kwalitatief goede en toegankelijke zorg bieden en deze op solidaire wijze is gefinancierd. Naar aanleiding van de voorstellen hebben de leden een viertal belangrijke zorgpunten en vele vragen.

De leden van de VVD-fractie hebben met veel vreugde kennisgenomen van de inhoud van het wetsvoorstel. Zij bepleiten al jaren een algemene zorgverzekering voor iedere Nederlander en steunen het kabinet volop in haar poging dit in deze kabinetsperiode te verwezenlijken. De huidige zorgverzekeringpraktijk is historisch gegroeid en in oorsprong gerelateerd aan de arbeidssituatie van de verzekerde. Op onderdelen is de Ziekenfondswet verschillende keren aangepast. In deze werknemersverzekering zijn op zichzelf staande inkomensvoorwaarden gekomen, waardoor ook mensen die geen werknemer zijn en ook geen daaraan gerelateerde uitkering hebben, wel van rechtswege door het Ziekenfonds werden verzekerd. Denk daarbij ondermeer aan ouderen en kleine zelfstandigen. De huidige uitvoering van de zorgverzekeringen is ernstig versnipperd en de oorspronkelijke uitgangspunten zijn gedeeltelijk losgelaten, waardoor er een onevenwichtige praktijk is ontstaan. De huidige praktijk is ondoorzichtig voor de burger, werkt onlogisch uit en wordt daardoor niet goed begrepen en steeds minder gesteund. Eén algemene zorgverzekering voor iedere Nederlander maakt daaraan een einde. De vormgeving van deze nieuwe algemene zorgverzekering is doorslaggevend voor de werking ervan. De dynamiek in het huidige verzekeringsstelsel is te beperkt, vooral door de versnippering, waardoor verschillende gesloten markten met verschillende voorwaarden zijn ontstaan. Daardoor

is het stelsel ook veel te complex. De leden van de VVD-fractie willen één zorgverzekeringsmarkt, waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars wordt gestimuleerd, opdat deze verzekeraars hun uiterste best doen om al hun verzekerden goed te bedienen. Dat wil zeggen, aan iedereen die zich bij hen meldt een hoge kwaliteit zorg aan te bieden tegen een zo laag mogelijke prijs, goede service te stimuleren, preventie en innovatie te bevorderen. De dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt moet substantieel groter worden. Er moet sprake zijn van een eerlijke, transparante markt. Deze sociale zorgverzekering moet daarbij de lasten eerlijker verdelen. Er mag geen feitelijke belemmering ontstaan voor burgers om zich te verzekeren, de burgers moeten goed worden geïnformeerd om werkelijk te kunnen kiezen en het systeem moet transparant en begrijpelijk zijn voor de burgers. De burger moet dus een goed inzicht worden geboden in de prestaties van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders waartussen hij kan kiezen.

Het onderhavige wetsvoorstel is ingrijpend voor alle deelnemers. De aanbieders van zorgverzekeringen krijgen nieuwe concurrentie en concurreren op een veel grotere markt. De marktvoorwaarden veranderen substantieel. De aanbieders van zorg krijgen zorginkopers die allen onder hetzelfde regime vallen en prikkels om hun zorg meer specifiek op hun cliënten toe te snijden. De burger krijgt de keuze uit meer aanbieders van zorgverzekeringen en ook diens voorwaarden veranderen substantieel. De leden van de VVD-fractie hebben ook vragen opgenomen die onder de verschillende deelnemers leven, om voor het debat helderheid te krijgen over relevante argumenten en zorgen die momenteel blijken te leven en de regering de kans te geven bestaande kritiek te weerleggen.

De regering beoogt in het nieuwe stelsel de zorginkoop centraal te stellen. Adequate zorginkoop vraagt om ruimte voor ondernemerschap op de zorgmarkt. Deze ruimte bestaat uit contracteervrijheid, vrije prijsvorming, productie, toelating – dat wil zeggen het vervallen van de regels voor planning en bouw – en mogelijkheden voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders. De liberalisering van de zorgmarkt wordt geregeld in aparte wetsvoorstellen. De leden van de VVD-fractie steunen deze keuze, omdat het regelen van de liberalisering van de zorgverzekeringsmarkt en van de zorgmarkt in één wetsvoorstel zo omvangrijk zou worden dat dit niet meer behapbaar is.

In het regeerakkoord staat dat een verplichte standaardverzekering voor curatieve zorg zal worden ingevoerd, zo merken de leden van de VVD-fractie op. Deze wordt uitgevoerd door private uitvoerders, die winst mogen beogen, binnen publieke randvoorwaarden» Welke aspecten maakten de Ziekenfondswet voor de invulling van dit uitgangspunt meer geschikt dan de WTZ? De WTZ is privaat, kent een acceptatieplicht, een vereveningsmodel en is EU-proof.

Is het de bedoeling dat de zorgverzekering, zoals voorzien onder het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet, niet voldoet aan de definitie van een verzekering onder het BW? Zo ja, waarom?

De leden van de SP-fractie zijn verheugd dat er een stelsel komt waardoor de scheiding tussen ziekenfonds en particulier zorgverzekering komt te vervallen. Het is alleen wel de inhoud en vorm van de nieuwe wet waar zij moeite mee hebben. Zo gaat de aansturing veranderen van centrale overheidssturing naar een decentraal georganiseerd stelsel van gereuleerde concurrentie. Deze leden zeggen niet dat het huidige stelsel goed functioneert maar zijn van mening dat de oplossing niet zit in de gereuleerde marktwerking. Zo is er een aantal negatieve effecten te verwachten die in hun ogen en van anderen onacceptabel zijn. De te verwachten negatieve effecten zijn:

* 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. Ook uit het onlangs verschenen Inspectierapport 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 mogelijke 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.
Wat is de inhoudelijk onderbouwde reactie van de regering op deze mogelijke effecten van marktwerking in de zorg? Onlangs heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het programma Barend en Witterman ook erkend dat er gevaren zijn aan marktwerking in de zorg. Wat bedoelde hij hier precies mee, welke gevaren zitten er volgens hem aan de marktwerking?
In zijn advies vraagt de Raad van State hoe effectief voorkomen kan worden dat concurrentie leidt tot risicoselectie, kwaliteitsverlies of onnodige kostenstijgingen. In de regeringsreactie worden de taken van de Zorgautoriteit in deze wel genoemd. Wat is de reactie van de regering op het feit dat de Raad van State deze gevaren voorziet in het voorgestelde stelsel?
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 zal worden voorkomen dat verantwoordelijkheden worden afgeschoven? De leden van de SP-fractie zouden graag een onderbouwde en inhoudelijke reactie willen op de volgende analyse: «Als een keuze wordt gemaakt voor een inrichting zoals deze wettekst voorstaat, ben je er niet met het algemeen toezicht op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit, als je kwaliteit niet relateert aan de ultieme doelstellingen van het stelsel: gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen.» Is de regering van mening dat, om goede kwaliteit van zorg te krijgen, er gestuurd zou moeten worden op gezondheidsdoelen? Zo ja, wat zijn de doelen van de regering en is zij van plan deze op te nemen in de wettekst?

De leden van de GroenLinksfractie menen dat in het onderhavige wetsvoorstel verkeerde keuze op verkeerde keuze wordt gestapeld. De regering laat daarmee een unieke kans lopen om te komen tot een solidair én 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 bureaucratie, voor een stelsel dat de keuzevrijheid van verzekerden en patiënten beperkt in plaats van versterkt.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van onderhavig wetsvoorstel. Zij constateren dat met dit wetsvoorstel een ingrijpende verandering in het zorgstelsel plaatsvindt. Onder-

meer dit wetsvoorstel maakt het mogelijk het zorgstelsel, door middel van gereguleerde marktwerking, vraaggestuurd in te richten en niet langer aanbod gestuurd. Deze leden constateren dat met onderhavig wetsvoorstel ook het onderscheid tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen wordt opgeheven. Deze beweging in de richting van een zorgstelsel waarin de zorgbehoefte van de patiënt centraal staat, wordt onderschreven door de ChristenUnie-fractie. Evenwel constateren deze leden dat het aankomt op de uitwerking daarvan in het wetsvoorstel.

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het voorstel om te komen tot een nieuwe Zorgverzekeringswet. Deze wet dient als vervanging van de huidige Ziekenfondswet, waardoor uitbreiding van de kring der verzekerden plaatsvindt tot in principe alle inwoners in Nederland. Bij een zo ingrijpende wijziging is het belangrijk om allereerst stil te staan bij de achterliggende gedachte van het wetsvoorstel en de aan de wijziging ten grondslag liggende problemen. Klopt de indruk van deze leden dat de motivering vooral bestaat uit de gedachte dat er al lang discussie plaatsvindt over een verplichte verzekering en dat er problemen zijn bij het (regelmatig) overschrijden van de ziekenfondsgrens? Met andere woorden: zijn er alleen enkele onvolkomenheden of zijn er dieper liggende problemen die met het wetsvoorstel worden aangepakt?

In de afgelopen periode heeft de Tweede Kamer verschillende wetsvoorstellen behandeld die wijzigingen aanbrengen in onder meer het overeenkomstenstelsel en de toelating tot de zorgmarkt. In hoeverre is het voorliggende wetsvoorstel noodzakelijk voor een goed functioneren van het zorgstelsel? Welke elementen voegt dit wetsvoorstel toe aan het reeds bereikte in de eerder behandelde wetsvoorstellen?

Doelstellingen van het wetsvoorstel

De leden van de PvdA-fractie merken op dat niet de goede gezondheidszorg voor iedereen, maar de verzekeringsdoelstelling de hoofddoelstelling van de wet is. De wet lijkt hierdoor meer op een verzekeringswet, dan op een wet die betrekking heeft op de volksgezondheid. Naar de mening van de leden zou het bevorderen van de volksgezondheid en de gelijke verdeling van gezondheid onder de bevolking expliciet als hoofddoelstelling moeten worden opgenomen in de wet, en dus ook geëvalueerd moeten worden.

Deze leden 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? Deze leden merken op dat in de memorie van toelichting minder centrale sturing als een van de doelstellingen wordt genoemd. Naar de mening van de leden 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.

Deze leden vragen of de toename van de reële keuzevrijheden voor de burgers zal worden gezien als een wenselijke toename. Zij wijzen erop dat burgers in veel gevallen, zoals energiebedrijven, mobiele telefonie en internetabonnementen niet altijd geholpen zijn bij een al te grote keuzevrijheid en het ervaren als keuzedwang. In de praktijk blijkt dit namelijk vaak gepaard te gaan met een onoverzichtelijk en moeilijk te vergelijken aanbod. Deze leden wijzen op het grote aantal mogelijke polissen dat kan ontstaan. Zij vragen of de regering van plan is de verscheidenheid in het aanbod te reguleren. Verder vragen zij welke lessen de regering trekt uit de ervaringen met het gedrag van aanbieders op de hiervoor genoemde markten. Zij vragen een reactie op de stelling dat te veel keuzevrijheid kan leiden tot een beperkte mobiliteit van verzekerden.

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over de formulering en de praktische uitwerking van de verantwoordelijkheid van de overheid. Deze behoudt de systeemverantwoordelijkheid voor toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, volgens de memorie van toelichting. Naar hun mening is de overheid niet alleen verantwoordelijk voor het systeem, maar ook voor de uitkomsten, en is de regering hierop dan ook direct en volledig aan te spreken. Zij zouden dit graag bevestigd zien.

Het is voor de leden van de VVD-fractie duidelijk dat de zorgverzekeringsmarkt niet kan werken als de zorgmarkt onvoldoende is geliberaliseerd. De regering zet in de wetsvoorstellen ten aanzien van de zorgmarkt uiterst behoedzaam stappen op weg naar liberalisering van de zorgmarkt. Hoe wordt voorkomen dat deze voorzichtigheid de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt frustreert, doordat de gereedschapskist van de zorgverzekeraars op het belangrijkste concurrentiepunt, de zorginkoop, zo goed als leeg blijft? Dat zou betekenen dat de concurrentie niet, of onvoldoende van de grond komt, waardoor ondermeer de premies hoog blijven. Deze leden vragen de regering dit belangrijke aandachtspunt uitgebreid toe te lichten.

Hoe voorkomt de regering dat door het ontbreken van inzicht in de eindsituatie van de zorgmarkt, wanneer deze is bereikt en welk invoeringstraject daarbij hoort, de werking van onderhavig wetsvoorstel onder een te zware hypotheek van start gaat en voorlopig niet de beoogde resultaten zal opleveren?

Noodzaak tot hervorming van het huidige verzekeringsstelsel

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat de kostenbeheersing in de zorg in de toekomst minder centraal aangestuurd zal worden, maar via de zorgverzekeraars tot stand zal komen. Zij vragen zich in dit kader af of de overheid dan ook geen convenanten meer zal opstellen met het veld, en hoe zich dit verhoudt tot de reeds afgesloten convenanten, waarvan de werking zich uitstrekt tot voorbij de aanvang van het nieuwe stelsel. Zij vragen of dit de onderhandelingsruimte van de zorgverzekeraars zal beperken. Verder vragen zij welke middelen de overheid straks nog heeft om in de kosten te beheersen, en of het budgettair kader zorg hiermee nu in handen van de zorgverzekeraars en aanbieders komt te liggen. Zo neen, op welke manier zal deze worden gestuurd?

Meer keuzevrijheid en verantwoordelijkheid voor de verzekerde

De leden van de PvdA-fractie vragen op basis van welk criterium is gekozen voor het hanteren van de 45% op macroniveau die door de nominale premie wordt opgebracht.

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 ontwikkelt. Welke resultaat verantwoordelijkheid neemt de regering 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? Deelt de regering de mening van deze leden dat afstemming wenselijk is? De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie op de stelling dat het kiezen van een naturapakket vanwege de gedwongen keuze voor een zorgaanbieder als zeer onaantrekkelijk gezien kan worden, zodat verzekeren massaal zullen kiezen voor restitutiepolissen, zodat de kostenremmende werking van het stelsel beperkt zal worden. Zij vragen voor welk deel van de polissen naar verwachting van de regering de restitutie-bepaling zal gelden. Wat is naar de mening van de regering een wenselijk aandeel van de restitutiepolissen in het totaal? Is de regering van plan dit percentage op enige wijze aan banden te leggen? De leden van de PvdA-fractie zouden 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 kostenbewustzijn zich door de nieuwe wet ontwikkelen?

«Eigen verantwoordelijkheid en initiatief van partijen in de zorg komt voorop te staan», zo stelt het regeerakkoord. Waarin komt in het wetsvoorstel die eigen verantwoordelijkheid van de patiënt tot uitdrukking, en waar die van de zorgverzekeraar, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat dit stelsel meer keuzevrijheid zal brengen voor de verzekerde een farce. Erkent de regering dat de verzekerde afhankelijk is van de contracten die de zorgverzekeraar maakt met de zorgaanbieders? Erkent de regering voorts dat, wanneer bijvoorbeeld door een erfelijke belasting meer kans bestaat op gebitsproblemen en er dus wel aanvullend moet worden verzekerd, het voor tandzorg moeilijker wordt om over te stappen naar een nieuwe zorgverzekeraar?

De leden van de GroenLinksfractie zetten grote vraagtekens bij de regierol die de regering zorgverzekeraars toedicht. Deze leden 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. Concurrentie is het uitgangspunt van het nieuwe zorgstelsel. In de praktijk blijkt dat concurrentie en samenwerking elkaar tegenwerken. Hoe gaat de regering er voor zorgen dat de broodnodige ketenzorg en samenwerking bijvoorbeeld in de eerste lijn – wel tot stand gaat komen? 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?

Het wetsvoorstel lijkt veel keuzevrijheid te bieden aan de inwoners van Nederland. Op vrijwel alle punten kan men kiezen op welke manier men zich wil verzekeren. Juist de belangrijke vraag of men zich wil verzekeren, wordt door dit wetsvoorstel feitelijk genegeerd, behalve voor zover men gemoedsbezwaren heeft ten opzichte van verzekeringen. De leden van de SGP-fractie vinden het belangrijk dat de regering fundamenteel uiteenzet op basis van welke argumenten de verplichting tot verzekering kan worden gerechtvaardigd. Betekent de verplichte verzekering niet een zodanige ingreep op de persoonlijke vrijheid dat er wel zeer sterke argumenten moeten zijn om daartoe te komen?

Meer concurrentie en invloed voor de zorgverzekeraar

Het gegeven dat verzekerden tenminste jaarlijks van verzekering kunnen wisselen ondersteunen de leden van de PvdA-fractie. Zij erkennen echter het nadeel dat daarbij door de verzekeraars wordt genoemd, namelijk op het gebied van preventie. In het algemeen lijken in deze wet weinig prikkels te bestaan voor een verbetering van de public health en voor preventie. In welke prikkels op de zoëven genoemde gebieden voorziet deze wet naar de mening van de regering? Welke prikkels zouden wenselijk zijn? Is de regering voornemens door middel van wet- en regelgeving te voorzien in een voldoende niveau van preventie? Zijn er andere middelen, zoals convenanten, die hierin kunnen voorzien?

De leden van de PvdA-fractie willen voorts graag een onderbouwing voor de keuze voor decentralisering en deregulering, terwijl bij de werknemersverzekeringen juist ervoor is gekozen de uitkering weer door het UWV te laten uitvoeren. Welke overwegingen speelden daar een rol, en zouden deze ook van belang kunnen zijn voor de ziektekostenverzekeringen?

De Raad van State concludeert dat onderhavig wetsvoorstel weliswaar een cruciale, maar nog niet voldoende voorwaarde is voor daadwerkelijke concurrentie in de zorg. Er is veeleer sprake van deelmarkten waarop soms meer, soms minder sprake kan zijn van concurrentie. Er bestaat nog veel onduidelijkheid over de mate van toegestane concurrentie op de deelmarkten. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of het vertrouwen van de regering in de marktwerking daarom niet voorbarig is. Kan de regering aangeven welke deelmarkten in welke mate voor concurrentie in aanmerking komen?

Meer maatwerk en prestatiegerichtheid door zorgaanbieders

De leden van de CDA-fractie vragen de regering te omschrijven hoe concurrentie meer klantgericht optreden zal meebrengen. Bovendien vragen zij wie de positie van de verzekerde beschermt binnen het contract tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder. De relatie tussen arts en patiënt is gebaseerd op de medische professionaliteit van de arts en het wederzijds vertrouwen. Hoe is dit te waarborgen binnen een systeem dat marktwerking beoogt?

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, zo stellen de leden van de fractie van GroenLinks. 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. Voorts weigert de regering ook een logische minimale restitutenorm vast te stellen.

Het belangrijkste zorgpunt betreft het feit dat de wet vooral het karakter heeft van een verzekeringswet in plaats van een gezondheidszorgwet. Naar de mening van de leden van de PvdA-fractie zou een doelstelling op het gebied van gezondheid en een duidelijker omschrijving van het begrip «passende zorg» en «zorgplicht» hieraan tegemoet kunnen komen. In het algemeen biedt de wet te weinig garanties op het gebied van kwaliteit van de zorg. Bovendien zou ook het opheffen van gezondheidsverschillen tussen de sociaal economische klassen onderdeel moeten zijn van de beoogde effecten.

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen om de waarborging van de sociale randvoorwaarden in deze wet. Ten eerste staat de zorgtoeslag, en daarmee de inkomenssolidariteit, los van de Zorgverzekeringswet. Daarmee wordt de inkomenssolidariteit in het systeem afgebouwd, en afzonderlijk ondergebracht in de Wet op de Zorgtoeslag. Naar de mening van deze leden zou de uitvoering van de zorgtoeslag simpeler en meer solidair kunnen door een hoger inkomensafhankelijk deel en een lagere nominale premie op te nemen.

Zij maken zich verder 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. De 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 hij een solidaire verhouding vindt tussen de kosten voor een gezonde en zieke verzekerde, en of zij vindt dat dit stelsel voldoende risicosolidair is.

Deze leden zouden bovendien graag een duidelijke uitleg zien van de combinatie van een no-claim teruggave en een eigen risico. Indien een verzekerde met een eigen risico kosten maakt, wordt dan de no-claim teruggave lager én betaalt de verzekerde zelf, of wordt eerst het eigen risico of de no-claim vol gemaakt? Is hiervoor een volgorde bepaald? Zo ja welke?

Deze leden vragen naar aanleiding van de rijksbijdrage voor verzekerden jonger dan 18 jaar naar de overwegingen om voor alle jongeren, ongeacht het inkomen van de ouders/verzorgers, de kosten ten laste van de rijks-overheid te laten komen. Zij zouden graag inzicht krijgen in de totale kosten die gemoeid zullen zijn met de bijdrage voor kinderen van ouders/verzorgers met een inkomen dat boven de huidige ziekenfondsgrens ligt. Verder wijzen de leden van de PvdA-fractie in het kader van solidariteit op het risico van een tweedeling in het aanbod van zorgverzekeringen. Er zouden prijsvechters kunnen ontstaan, die koersen een basispolis met weinig flexibele zorg, op slechts enkele plaatsen in het land met een lage premie en luxe polissen, die flexibiliteit, een korte wachtlijst, goede artsen, dicht bij huis aanbieden, tegen een hoge prijs. Wat is naar de verwachting van de regering de maximale bandbreedte waarbinnen de prijzen voor de basispolis kunnen fluctueren? Denkt zij deze op enige wijze aan banden te gaan leggen? Verwacht zij dat ook de goedkoopste polis zorg van voldoende kwaliteit kan garanderen? Hoe denkt hij dit te garanderen? Kan het kwaliteitstoezicht door de IGZ ervoor zorgen dat een eventuele «race to the bottom» door zorgverzekeraars niet gepaard gaat met een gelijke daling in kwaliteit? Hoe legt de regering op het gebied van kwaliteit de bodem in dit systeem? Hoe groot mag het verschil in kwaliteit van de geboden zorg zijn voor de goedkoopste en duurste polis? Is de regering van plan deze kwaliteitsverschillen te meten en hier grenzen aan

te stellen? Deze leden zouden graag zien dat de regering de beantwoording van deze vragen relateert aan de beantwoording van wat het begrip zorgplicht omhelst.

In de huidige particuliere verzekeringen bestaan de eerste en tweede klasse verzekering. In hoeverre is het daadwerkelijke zorgaanbod op dit moment in de praktijk anders voor verzekerden in de eerste en tweede klasse? Verwacht de regering dat ook in de Zorgverzekeringswet een soort eerste en tweede klasse verzekering zal ontstaan? Zal naar de verwachting van de regering het aanbod hierop toegerust zijn? Zo nee, verwacht zij hierdoor veranderingen in het aanbod?

«In de eerste plaats is er de acceptatieplicht, die een wettelijk verzekerd pakket betreft dat grosso modo zal overeenkomen met het huidige ziekenfondspakket», aldus luidt de tekst van de memorie van toelichting. De leden van de SP-fractie zouden graag een verklaring zien van de woorden grosso modo. Betekent dit dat voor 2006 bijvoorbeeld het pakket nog verder verkleind zal worden en zo ja waaraan wordt dan gedacht? Is het ook mogelijk dat bijvoorbeeld voor die tijd het pakket nog weer uitgebreid zal worden als uit evaluaties blijkt dat afgelopen pakketmaatregelen te veel nadelige gevolgen hebben voor de volksgezondheid? Blijft de Kamer met deze wet betrokken bij de samenstelling en veranderingen van het pakket? Zo ja, op welke manier?

Tot slot

«Van belang is daarbij dat de Europese Commissie als vanzelfsprekend aanneemt dat de vrijheid van de lidstaten van de Europese Unie om hun stelsel van sociale zekerheid naar eigen inzichten in te richten. Ook de vrijheid impliceert de dekking van het verzekeringsrisico over te laten aan private verzekeringsondernemingen», aldus luidt de tekst in de memorie van toelichting. De leden van de SP-fractie vragen of de regering hiermee bedoelt dat er met het voorgestelde stelsel geen problemen zullen ontstaan als het wordt voorgelegd aan de commissie of wellicht via andere lijnen aan het Hof. Dit zouden zij frappant vinden, daar bij vele deskundigen het nog niet zo zeker is, ondanks de brief van dhr. Bolkestein. Wat is overigens de juridische status van die brief? Is de regering op de hoogte van het feit dat alle verplichtingen, naast de hoofdverplichtingen als acceptatieplicht getoetst moeten worden aan de derde schaderichtlijn? Zo ja, is de regering voornemens dit te doen voordat de wet in werking treedt?

Verder hebben de leden van de SP-fractie vernomen dat de verzekeringsplicht, een van de sociale peilers in het stelsel, onderuit gehaald zou kunnen worden wanneer iemand hierover, omdat hij daaraan niet wil meewerken, een procedure start. Wat is hierop de reactie van de regering? Verder is door deskundigen aangegeven dat de wettelijke verplichtingen als acceptatieplicht, het beperkte eigen risico en de no-claim verevening op zich een probleem kunnen zijn en daarnaast zijn de genoemde maatregelen in het algemeen belang concurrentie beperkend en vragen in veel gevallen, zoals dat van het vereveningsstelsel, nogal wat inzet en mogelijk samenwerking van de verzekeraars. Dit kan kartelgedrag in de hand werken, Wettelijke maatregelen die kartelgedrag in de hand werken kunnen eveneens de toets aan het EG- verdrag niet doorstaan. Wat is hierop de reactie van de regering? Zou de regering voor de invoering van het stelsel niet liever meer zekerheid willen hebben over het Europroof zijn van het hybride stelsel? Zo ja, hoe gaat de regering deze krijgen en op welke termijn kan de Kamer hierover ingelicht worden? Zo nee, waarom niet? Wat zijn de consequenties voor de wet en de samenleving als blijkt dat deze wet niet Europaproof is? «De pakketsamenstelling is op deze wijze uitkomst van een politieke wegging waarin ook de betaalbaarheid van het stelsel op langere termijn betrokken is», aldus luidt te 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 verwezenlijken van gezondheid van alle burgers? Zo ja, hoe gaat de regering dit in de wet vormgeven?

II. Achtergrond van het wetsvoorstel

Toekomstige ontwikkelingen

De leden van de PvdA-fractie vragen een uitsplitsing van huidige en toekomstige zorgkosten naar AWBZ en curatieve zorg. Zij vragen voorts wat de voornaamste drijfveer is in de stijging van de zorgkosten, technologische ontwikkeling of vergrijzing. Kan een onderbouwde raming van de invloed van beide factoren op de stijging van de zorgkosten worden verschaft?

De Raad van State en de regering analyseren dat de problemen vooral worden veroorzaakt door de toegenomen technische mogelijkheden in de zorg en de toename van de vraag zowel kwalitatief als kwantitatief. Tegelijkertijd wordt het bevorderen van efficiency en doelmatigheid als motivering voor dit wetsvoorstel genoemd. Dit lijkt niet goed op elkaar aan te sluiten. In dit verband vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of de regering de kwalitatieve ontwikkeling van de vraag als een autonome kostenontwikkeling ziet.

In de toelichting schrijft de regering dat als gevolg van de vergrijzing de druk op het systeem van gezondheidszorg sterk zal toenemen. De leden van de SGP-fractie zouden ook graag vernemen of en op welke manier in de langetermijnperspectieven is meegenomen dat er ook sterke ontwikkelingen zijn die leiden tot verkorting van het aantal ligdagen en het geringere beroep op intramurale gezondheidszorg. Kan de regering hier een toelichting op geven?

Conditie voor gereguleerde concurrentie

De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Kan de regering ingaan op de veel gehoorde kritiek dat dit wetsvoorstel in de kern een contradictio in terminis bevat, omdat wordt gekozen voor een publiek uitgevoerde markt? Met andere woorden, het verwijt dat er geen echte keuzes worden gemaakt en dat bovengenoemde weeffout resulteert in een onwerkbaar en bureaucratisch systeem? De doelstellingen van het wetsvoorstel worden door velen onderschreven. De kritiek betreft vooral de uitwerking en concretisering. De voorstellen worden gekwalificeerd als: te beperkt, te onzeker, te bureaucratisch, te ingewikkeld en inconsequent. De leden van de VVD-fractie geven de regering graag de gelegenheid hierop in deze schriftelijke ronde te reageren.

Voorts ontvangen zij graag antwoord op de volgende vragen.

Wat is de mening van de regering op de klacht dat onderhavig wetsvoorstel de markt veel te gedetailleerd dicht regelt, waardoor er te weinig bewegingsruimte overblijft om innovatief en creatief te ondernemen en waardoor de bureaucratie onaanvaardbaar groot wordt? Kan de regering deze mening onderbouwen? Hoe wordt voorkomen dat door wantrouwen tussen de overheid en de deelnemers metersdikke gedetailleerde voorschriften ontstaan?

Het samenbrengen van de verschillende verzekeringsregimes

De leden van de PvdA-fractie willen erop wijzen dat acceptatieplicht alleen

wat hen betreft geen risicosolidariteit is. In de memorie van toelichting wordt naar hun mening de indruk gegeven dat met het verzekeren van de risico's de solidariteit gewaarborgd is. Zij wijzen erop dat ook op dit moment iedereen zich kán verzekeren, maar niet tegen een gelijke premie. Deze leden wijzen op de risicosolidariteit zoals die nu in het ziekenfonds bestaat, waarbij daadwerkelijk alle verzekerden dezelfde premie betalen. Dat is naar hun mening een betere invulling van het begrip risicosolidariteit.

De leden van de SP-fractie zijn blij dat er voor verzekeraars een acceptatieplicht is, zodat voor de basisverzekering geen risicoselectie op gezondheid kan plaatsvinden. Maar volgens hen neemt dit niet weg dat de zorgverzekeraars wel selectie zouden kunnen laten plaatsvinden op andere gebieden, zoals service en andere vormen van dienstverlening. Erkent de regering dat zorgverzekeraars mogelijkheden hebben om mensen die een hogere premie kunnen betalen beter service te verlenen dan mensen die deze premie niet kunnen betalen? Ook uit een bericht van de ZN jaargang 2004, nr. 43 blijkt dat het CTZ een onderzoek gaat uitvoeren naar risicoselectie onder zorgverzekeraars. Wanneer wordt de uitkomst van dit onderzoek verwacht, is het ministerie van VWS betrokken geweest bij het instellen van dit onderzoek, en wat zijn hiervoor de redenen geweest?

Eén van de kritiekpunten op het huidige stelsel ligt bij de inkomenseffecten die ontstaan als gevolg van het bestaan van de ziekenfondsgrens. De leden van de SGP-fractie zouden graag meer inzicht ontvangen in de verschillen in te betalen premies bij inkomens net onder en net boven de ziekenfondsgrens en de wijze waarop die premies zijn samengesteld.

III. Consultatie en advies

De leden van de PvdA-fractie vragen welke wijzigingen en aanscherpingen zijn voortgekomen uit de adviezen van het College bescherming persoonsgegevens. In hoeverre deelt de regering het standpunt van het College bescherming persoonsgegevens dat er onduidelijke of zelfs géén regels worden gesteld aan verzekeraars over wat zij met mogen doen met persoonsgegevens. In hoeverre is de bescherming van de persoonlijke levenssfeer in deze zorgverzekeringswet gewaarborgd?

De brancheorganisaties van verzekeraars hebben met name aandacht gevraagd voor de ondernemingsruimte van verzekeraars, zo constateren de leden van de PvdA-fractie. Kan de regering ingaan op de commentaren die stellen dat de ondernemingsruimte als gevolg van de wettelijke bepalingen te beperkt zou zijn? Verwacht u hierdoor een belemmerende werking? Hebt u de voorstellen vanuit een mededingingsoogpunt ook voorgelegd aan de NMa? Zo ja, wat waren hiervan de uitkomsten, zo nee, acht u het wenselijk dit alsnog te doen?

Hebben de leden van de SP-fractie het goed begrepen dat met dit wetsvoorstel de controle op de besteding van premiegelden door de Algemene Rekenkamer komt te vervallen? Zo ja, wat zijn de redenen dat hiervoor is gekozen, behalve dan de komst van de Zorgautoriteit? Wat is de reactie van de regering op de conclusie van de Rekenkamer dat hiermee de Kamer meer op een afstand wordt gezet bij de controle op de besteding van de premiegelden (bericht in de Staatscourant van 23 september 2004, nr. 183)?

IV. De vormgeving van de zorgverzekering

De combinatie van een privaatrechtelijke regeling met een systeem van publieke waarborgen waarvoor het wetsvoorstel terecht kiest kan consequenties hebben voor de uitgangspunten binnen het Europese recht met

betrekking tot vrijheid van diensten en de mededingingregels. In het wetsvoorstel wordt aangegeven dat artikel 54 van de Derde Schaderichtlijn van toepassing kan zijn op de systematiek in de nieuwe wet. De leden van de CDA-fractie vragen de regering om met behulp van Europese jurisprudentie deze bewering te onderbouwen en onder meer in te gaan op de mening van de Europese Commissie dat dit artikel ruim geïnterpreteerd kan worden. Zij vragen zich af uit jurisprudentie van het Hof van Justitie afgeleid kan worden, dat deze mening van de Europese Commissie juist is. Deze leden vragen ook of met dit wetsvoorstel voldaan wordt aan de voorwaarden die gesteld worden in Verordening 1408/71, ook met betrekking tot Nederlanders die in het buitenland wonen. Deze leden vragen de regering zo concreet mogelijk in te gaan op de vraag of er een kans bestaat dat uiteindelijk de wet in strijd kan worden geacht met de Europese regelgeving en hoe groot deze kans is.

Een ander mogelijk probleem met betrekking tot de Europese regelgeving zien de leden van de CDA-fractie in de mededingingregels van de EU i.v.m. het privaatrechtelijke karakter van de wet en de mogelijkheid om winst te kunnen beogen in combinatie met publieke waarborgen. Deze leden vragen waar precies de schoen wringt in deze materie, en vragen waarom de regering van mening is dat het vereveningssysteem niet valt onder de definitie van staatssteun in de zin van artikel 87 EG. Daarnaast vragen zij de regering wanneer er sprake is van «evident onevenwichtige marktverhoudingen (blz. 24), zodat de overheid ingrijpt. Deze leden voegen hieraan de vraag toe wanneer er sprake is van algemeen belang en hoe duidelijk de Europeesrechtelijke grenzen in dit opzicht zijn.

De keuze voor een privaatrechtelijke regeling met publieke waarborgen in het wetsvoorstel is in overeenstemming met de lijn in het CDA-verkiezingsprogramma en het Hoofdlijnenakkoord.

Ook het wetenschappelijk Instituut van het CDA heeft zich gebogen over het feit of een privaatrechtelijke verzekering met publieke randvoorwaarden niet zou stuiten op Europeesrechtelijke bezwaren. Toch willen de leden van de CDA-fractie in het verlengde van dit rapport de mening van de regering over een aantal zaken vernemen.

Tenslotte hebben de leden van de CDA-fractie enkele vragen over de ILO-verdragen. Zo is de regering voornemens de ILO-verdragen nr. 24 en 25 op te zeggen, omdat de ILO-verdragen nr. 102 en 121 voldoende waarborgen geven in het kader van de Zorgverzekeringswet. Deze leden vragen de regering deze mening te onderbouwen. Zij vragen ook welke verschillen er precies zijn tussen de verdragen 24 en 25 enerzijds en 102 en 121 anderzijds.

In het algemeen spreken de leden van de PvdA-fractie uit dat wettechnische problemen op voorhand zo veel mogelijk uitgesloten zouden moeten worden. Naar hun mening is het feit dat het voor de kamerfracties noodzakelijk was om zich over de wettechnische aspecten te laten voorlichten niet wenselijk, en zou de Kamer bij voorkeur moeten werken met voorstellen die technisch in elk geval geen problemen opleveren.

Deze leden blijven na lezing van de memorie van toelichting zorgen houden over de Europeesrechtelijke problemen die kunnen ontstaan, nu gekozen is voor een privaatrechtelijke juridische inbedding van de wet. De balans tussen «sociale en «markt» elementen is precair en kan onder invloed van internationale marktbelangen makkelijk onder druk komen en kantelen in een richting, waarin het voor de overheid moeilijk of onmogelijk wordt de borging van publieke waarden te handhaven.

In het algemeen spreken de leden van de PvdA-fractie uit dat dergelijke problemen op voorhand zo veel mogelijk uitgesloten zouden moeten worden.

Zij volgen de eerdere aanbevelingen van het ICER en de landsadvocaat dat een publieksrechtelijke inbedding van de zorgverzekeringswet een meer solide steun biedt aan die publieke borging.

De leden van de PvdA-fractie hebben een aantal bedenkingen, en zouden hierover graag duidelijkheid krijgen. Zij ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Hoe solide is die publieke borging, waar zij nu is opgehangen aan een uitzonderingsartikel (art. 54) van de Derde Schaderichtlijn? Hoe zeker is dat de uitzondering op basis van het algemeen belangcriterium ook in de toekomst houdbaar blijft? Welk terugval scenario hanteert de regering indien mocht blijken dat onder internationale druk de strekking en reikwijdte van het uitzonderingsartikel 54 toch anders wordt geïnterpreteerd? Is zeker dat de risicoverevening en de rijksbijdrage niet zullen worden gezien als Staatssteun? Zo neen, op basis waarvan borgt de regering dan een goede risicoverevening? Welke risico's ontstaan wanneer het vereveningsfonds en de rijksbijdrage wel worden aangemerkt als Staatssteun?

Is zeker dat de wet niet wordt gezien als een mededingingsbeperkende maatregel? Zo ja, op basis waarvan is dit zeker te stellen? Zo neen, voor wanneer verwacht de regering hierover uitsluitsel te kunnen geven? 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 neen, voor wanneer verwacht de regering hierover uitsluitsel te kunnen geven? Welke risico's ontstaan wanneer burgers zich aan het verplichte karakter van de verzekering kunnen onttrekken?

De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Maakt het simpele feit dat de aanspraken niet uit de wet maar uit overeenkomst ontstaan de basisverzekering tot een verzekering van privaatrechtelijke aard, ook nu niet van een verzekering in de zin van het BW sprake is, en de omvang en wijze van uitvoering geheel wettelijk zijn voorgeschreven? Waarom is deze nieuwe verzekering naar het oordeel van de regering geen publieke verzekering? Waarin verschilt de nieuwe zorgverzekeraar van het huidige ziekenfonds? Voor wie zit waarin de winst van het voorgestelde systeem ten opzichte van het huidige systeem?

Welke aspecten van het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet vormen de feitelijke grond om de basisverzekering een private verzekering te noemen en/of de zorgverzekeraars private uitvoerders te noemen, indien zij onderhevig zijn aan bepalingen als artikelen als 87 en 93, en aan de Algemene wet bestuursrecht?

Ongeacht of het stelsel privaat dan wel publiekrechtelijk wordt ingericht, de wettelijke bepalingen dienen altijd noodzakelijk en proportioneel te zijn om enerzijds de publieke randvoorwaarden te waarborgen en anderzijds de verzekeraars/uitvoerders niet onnodig in hun bewegingsruimte te beperken. Kan de regering per wettelijke bepaling aangeven waarom die noodzakelijk is?

In hoeverre komt het wetsvoorstel tegemoet aan de randvoorwaarden, genoemd in de brief van de Europese Commissie van 25 november 2003, gelezen hebbende het advies van de Raad van State op dit onderdeel?

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 zij 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.

De leden van de fractie van GroenLinks 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. Genoemde leden 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 & Zorg en de landsadvocaat stellen. Waarom loopt de regering doelbewust het risico dat bijvoorbeeld de keuze voor het vereveningssysteem of de keuze om voor personen beneden de 18 jaar geen premie te heffen in strijd worden geacht met Europese regelgeving? Waarom is er niet gekozen voor zekerheid, zeker gezien de opvatting van de regering dat het materieel niet veel uitmaakt? Uit de memorie van toelichting blijkt dat de keuze voor een privaatrechtelijk stelsel de regering nu al belemmert in haar keuzen. Zo wordt op blz. 27 gesteld 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 fractie van GroenLinks 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?

Op grond van de overwegingen van de Europese Commissie komt de regering tot de conclusie dat er vanuit internationaal-rechtelijk kader geen beletselen hoeven te zijn die in de weg zouden staan aan een keuze voor een privaatrechtelijke vormgeving van de beoogde verzekering. Waarom komt de regering tot die conclusie, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. De commissie stelt namelijk tevens dat het Europese hof van Justitie als enige bevoegd is om hierover te oordelen en dat ze niet vooruit kan lopen op het uiteindelijke oordeel van het Europese Hof van Justitie.

Een belangrijk punt van discussie is de vraag of de zorgverzekering langs privaatrechtelijke of langs publiekrechtelijke weg moet worden vormgegeven. Aan het eind van de beschrijving van de complicaties die aan de keuze van de regering voor een privaatrechtelijke vorm zijn verbonden, concludeert de regering dat er geen beletselen hoeven te zijn die aan deze rechtsvorm in de weg staan. De leden van de SGP-fractie vragen zich af in welk opzicht de publiekrechtelijke verzekering precies zou verschillen van de nu gemaakte keuze. Is bij een publiekrechtelijke keuze niet eveneens eenzelfde verantwoordelijkheidsverdeling mogelijk? Levert de keuze van de regering niet zodanige risico's en onzekerheden op dat het onduidelijk is of deze keuzes ook in de toekomst houdbaar zullen zijn op basis van de Europeesrechtelijke verplichtingen? Wat zijn de precieze voordelen? De regering is voornemens om de ILO-verdragen 24 en 25 op te zeggen. Zou kunnen worden aangegeven wat de precieze inhoud van beide verdragen is? Waren die voornemens er al langer, of komt deze keuze direct voort uit de wens van de regering om het winsttoegmerk toe te laten?

V. De inhoud van de zorgverzekering

De leden van de PvdA-fractie zien graag een antwoord tegemoet op de volgende vragen.

Wat zijn de gevolgen van de privaatrechtelijke vormgeving op de mogelijkheden om in te grijpen in contracten? Welke mogelijkheden bestaan hier straks nog voor?

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

Doelstelling van de regering is dat concurrentie tussen de zorgverzekeraars uiteindelijk leidt tot een zo efficiënt en klantvriendelijk mogelijke inrichting van de zorg. Als extra stimulans voor die concurrentie staat de regering toe dat de zorgverzekeraars bij de uitvoering van hun taak winst beogen. De leden van de ChristenUnie-fractie zijn van mening dat nog onvoldoende duidelijk is gemaakt dat, om concurrentie te bevorderen, het noodzakelijk is dat zorgverzekeraars winst mogen maken. Ziet de regering het als bezwaar dat premiegelden wegvloeien in de winst van zorgverzekeraars? Kan de regering ingaan op de mogelijkheid van non-profit zorgverzekeraars en/of zorginstellingen?

De uitvoering van de zorgverzekering komt te liggen in de handen van private verzekeraars die de mogelijkheid krijgen om winst te maken. De leden van de SGP-fractie vragen wat de consequenties zijn van dit winst-oogmerk voor de vereveningsstructuur via het Vereveningsfonds. Zou een verschillende manier van omgaan met het winst-oogmerk niet een ongelijke behandeling betekenen voor verzekeraars inzake de vereveningsgelden die zij ontvangen? De private zorgverzekeraars zijn niet verplicht om de Zorgverzekeringswet uit te voeren. Deze leden zouden dit graag toegelicht zien. Betekent deze keuze niet tegelijkertijd dat zij geen ziektekostenverzekeraars meer zijn? Of kunnen verzekeraars besluiten om alleen aanvullende verzekeringen aan te bieden?

Werkgebieden zorgverzekeraars

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat de acceptatieplicht een van de pijlers is van de solidariteit tussen ziek en gezond en jong en oud in het wetsvoorstel. Zij vragen dan ook of er desondanks nog mogelijkheden zijn voor de verzekeraar om iemand geen of een minder aantrekkelijk contract aan te bieden.

De verzekeraars zijn niet verplicht om alle polisvarianten in elke provincie aan te bieden, waardoor de landelijke acceptatieplicht kan worden omzeild, zo menen deze leden. Zij vragen hoe de overheid kan garanderen dat er in alle regio's iets te kiezen valt, mede gelet op de huidige geografische spreiding en monopolie-achtige posities van de verzekeraars. Deze leden vragen de regering in te gaan op de vraag wat dit kan betekenen voor de patiënt in wiens regio een dominante verzekeraar actief is. Indien een verzekerde gebruik maakt van een niet gecontracteerde aanbieder is bepaald dat de verzekeraar zelf kan bepalen welke prijs hij vergoed mits die prijs niet zo laag is dat dit een feitelijke belemmering vormt voor het vrije verkeer van diensten, zo begrijpen deze leden. Uit jurisprudentie zou moeten blijken wanneer dit het geval is. De leden van de CDA-fractie willen op dit punt toch wat meer duidelijkheid van de regering. Zij vragen de regering in te gaan op deze vraag en ook aan te geven welke maatregelen genomen worden om een gang naar de rechter te voorkomen.

De leden van de PvdA-fractie delen de overwegingen met betrekking tot het werkgebied van een zorgverzekeraar, maar vragen in hoeverre kosten-

verschillen tussen regio's alsnog zullen leiden tot ongewenste effecten, waarbij verzekeraars zich kunnen richten op gebieden die door de lage kosten bij zorgaanbieders relatief aantrekkelijk zijn. Zij vragen daarom naar een vergelijking van zorgkosten per provincie in Nederland, voor gelijkwaardige verzekerden. Voorts zouden zij graag vernemen in hoeverre de regering deze vorm van selectie als een risico ziet. Wat is de invloed van het omzeilen van de landelijke acceptatieplicht voor verzekeraars met meer dan 850 000 verzekerden? Ziet de regering dit als een gevaar? Zo nee, waarom niet?

Deze leden verbazen zich over de opmerking dat een regio met veel slechte risico's wellicht weinig interesse zal bestaan. Zij zijn van mening dat het vereveningssysteem dit risico zou moeten ondervangen. Zij vragen de regering daarom aan te geven welk deel van de risicoverschillen door het vereveningssysteem kan worden opgeheven, als percentage van het geheel. Zij vragen of de regering de mening deelt dat het nog beter zou zijn om slechte risico's over te compenseren in het vereveningssysteem, dan deze toch nog onaantrekkelijk te laten zijn. Zij willen graag weten in hoeverre het beoogde vereveningssysteem hieraan tegemoet komt.

Zoals de memorie van toelichting terecht stelt ontstaat het risico van een regionale monopolist door deze bepaling. Welke voornemens heeft de regering ten aanzien van de aanpak van deze monopolies? In hoeveel gevallen kan al gesteld worden dat nu sprake is van een regionaal monopolie? Zijn er gesprekken gevoerd met deze aanbieders?

In de memorie van toelichting lezen de leden van de SP-fractie de volgende zin: «Het is niet toegestaan in gedeeltes van provincies werkzaam te zijn. Aldus moet voorkomen dat «witte vlekken» zouden ontstaan in het dekkingsbereik van de Zorgverzekeringswet doordat zorgverzekeraars zich zouden concentreren op gebieden met relatief gezonde mensen door bijvoorbeeld de grote steden te mijden» Klopt het dat hieruit afgeleid zou kunnen worden dat zorgverzekeraars ondanks het vereveningssysteem toch bij voorkeur jonge gezonde mensen als cliënt hebben? Hoe is het ontstaan van witte vlekken mogelijk bij een acceptatieplicht?

In het Financieele dagblad van 26 oktober 2004 staat een artikel dat gaat over mogelijke sluiproutes van grote zorgverzekeraars met meer dan 850 000 verzekerden. Deze sluiproutes zijn aangetoond door onderzoekers van het CPB. Wat is de reactie van de regering op het bestaan van de sluiproutes, en dus de mogelijkheid van grote zorgverzekeraars om onder hun verplichtingen uit te komen? Bestaat er dan toch ook nog een kans op witte vlekken?

De leden van GroenLinks 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. Als zij goedkope naturapolissen gaan aanbieden voor «hun» regio en duurdere restitutiepolissen voor de verre verzekerden, dan zullen veel verzekerden kiezen voor de «regionale» verzekeraar. Stemmen met de voeten wordt op die manier onaantrekkelijk gemaakt. Erkent de regering dit risico? Is dit risico niet des te groter nu de zes grootste zorgverzekeraars 80% van de markt in handen hebben? Wanneer is er in de ogen van de regering en de NMa sprake van een te groot marktaandeel? 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?

Het werkgebied van de zorgverzekeraars strekt zich in principe uit tot het hele land, tenzij zij minder dan 850 000 verzekerden hebben. De leden van de SGP-fractie zien graag toegelicht op basis van welke gegevens is gekomen tot deze keuze. Kan worden weergegeven hoeveel zorgverzekeraars er in Nederland werken en hoeveel van deze verzekeraars meer respectievelijk minder dan 850 000 verzekerden hebben? In dit verband is het relevant hoe de verwachtingen voor de toekomst zijn. Verwacht de regering in de toekomst een verdergaande schaalvergroting of juist een sterkere regionale gerichtheid door bijvoorbeeld splitsing van het verzekeringsbedrijf? Ook zouden deze leden graag vernemen of het risico niet groot is dat er een sterke monopolievorming plaats zal vinden.

Invloed verzekerden op het beleid

Het is belangrijk dat de verzekeraar aan kan geven hoe hij met zijn zorgplicht is omgegaan, zo stelt de regering. Een niet onbelangrijke belangengroep is daarbij die van de verzekerden. Het wetsvoorstel voorziet niet in een eigen positie voor de verzekerden, maar alleen in inspraak voor verzekerden bij de zorgverzekeraar. Naar de mening van de leden van de ChristenUnie-fractie moeten deze groepen een sterkere positie krijgen via wet- en regelgeving, waardoor zij handvatten hebben om hun positie in het stelsel te markeren. Kan de regering aangeven op welke wijze zij hier mogelijkheden toe ziet?

Toepasselijkheid mededingingsrecht

De leden van de PvdA-fractie vragen of naar de mening van het Europees Hof van Justitie de zorgverzekeraars straks wel of niet als ondernemingen zullen worden aangemerkt, en hoe de regering denkt door opname van een bepaling in deze wet het oordeel van het Europees Hof ongedaan te maken. Wat zijn de gevolgen als het Europees Hof uiteindelijk toch van mening is dat de zorgverzekeraars niet kunnen worden aangemerkt als onderneming?

Zorgplicht

De wettelijke zorgplicht kan op verschillende manieren worden ingevuld. De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat dit begrip nog niet voldoende is ingevuld om een volledige dekking te garanderen. Zij wijzen hierbij ook op het advies van de Raad van State. Zij zouden graag zien dat de regering met voorstellen komt voor de invulling van dit begrip, die ook expliciet zijn over elementen als kwaliteit, het terugdringen van wachtlijsten, een maximale reistijd en de noodzaak voor overcapaciteit.

Net als de Raad van State zijn de leden van GroenLinksfractie van mening dat de zorgplicht in artikel 11 niet voldoende concreet is omschreven. In de ogen van deze leden 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?

De zorgverzekeraar moet in voldoende mate invulling geven aan zijn zorgplicht ten opzichte van zijn verzekerden. Daarom is het voor de leden van de ChristenUnie-fractie van belang dat precies duidelijk is wat de zorgplicht voor de verzekeraars inhoudt. Kan de regering deze zorgplicht expliciteren?

De verzekerde heeft er belang bij om te weten wat de voor- en nadelen zijn van de mogelijkheid om bij een zorgverzekeraar verzekerd te zijn die uitgaat van gecontracteerde zorg of juist van niet-gecontracteerde zorg, zo menen de leden van de CDA-fractie. Zij vragen dan ook aan te geven hoe de verzekerde zich hiervan op de hoogte kan stellen, zodat hij een keuze kan maken die het beste bij zijn situatie past.

Voorts vragen deze leden aandacht voor de positie van de verzekerde binnen de EU. De afgelopen jaren zijn er verschillende uitspraken van het Hof van Justitie in Luxemburg gedaan met betrekking tot de mogelijkheden voor Europese burgers om in andere lidstaten zorg te verkrijgen. Zo zijn er de arresten Decker en Kohl, Peereboom en Smits en recent Muller-Fauré, waarin uitspraken zijn gedaan over intra- en extramurale zorg. Blijkens deze uitspraken is het niet altijd noodzakelijk vooraf toestemming te vragen om in een andere lidstaat gebruik te maken van de diensten van een zorgaanbieder. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de verschillende arresten zijn uitgewerkt in het wetsvoorstel.

In aansluiting hierop vragen zij wat precies de gevolgen zijn voor Nederlanders die in het buitenland wonen van deze nieuwe wet en op welke wijze zij worden geïnformeerd.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de invloed is van het nieuwe stelsel op de uitwisseling van best practices bij zorgaanbieders en op innovatie bij zorgaanbieders. Op welke manier verwacht de regering dat de zorgverzekeraars de aanbieders zullen prikkelen om te komen tot uitwisseling en innovatie? Welke prikkel is er voor de zorgverzekeraars om hiertoe te komen?

Een van de doelstellingen is dat concurrentie moet leiden tot meer klantvriendelijkheid. Uit een onlangs verschenen bericht schijnt dat Achmea garandeert dat verzekerden binnen 5 dagen terecht kunnen in het MCM voor snelle knie- en heupoperaties. Verstaat de regering dit als meer klantvriendelijkheid? Zo ja, hoe gaat voorkomen worden dat door dit soort afspraken mensen van andere zorgverzekeraars wel langer moeten wachten? Voor de leden van de SP-fractie zijn deze afspraken vormen van voorrangszorg. Deelt de regering deze mening? Zo ja, hoe valt dit te rijmen met de bewaking van de toegankelijkheid? Of staat toegankelijkheid los van een termijn, en is die niet voor iedereen gelijk als het gaat om gelijksoortige behandelingen?

De leden van de GroenLinksfractie 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? Waarom worden er geen bepalingen opgenomen over de hoogte van de restitutie als een verzekerde met een naturazorgverzekering geholpen wil of moet – bijvoorbeeld in geval van spoedeisende hulp – worden door een niet gecontracteerde aanbieder? 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?

Contracteerplicht

In de voorstellen geldt de contracteerplicht van aanbieders niet, tenzij daarvoor redenen zijn.

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Welke voorwaarden gelden voor het stellen van een contracteerplicht? Zal dit gelden voor individuele aanbieders, of voor groepen? Welke beslisboom wordt hierbij gehanteerd?

Niet-gecontracteerde zorg

De leden van de PvdA-fractie vragen ten aanzien van het restitutiemodel en niet-gecontracteerde zorg waar het debiteurenrisico in dit geval zal komen te liggen. Bij de zorgaanbieder of toch bij de verzekeraar? In het geval dit de zorgaanbieder is, wat betekent dit dan voor de extra administratieve lasten en de verhoogde solvabiliteit die als gevolg van het verhoogde risico nodig zal zijn?

De regering laat de mogelijkheid open om te kiezen voor een systeem van vergoedingen of gecontracteerde zorg. Het systeem van vergoedingen zal, zo meent de regering, niet leiden tot betalingsproblemen bij de patiënt. Verzekeraars zullen er immers alles aan doen om de cliënt tevreden te willen houden. De leden van de ChristenUnie-fractie zijn hier niet zo zeker van. De patiëntenorganisaties wijzen er op dat juist deze methode kan worden aangegrepen om groepen patiënten met onvoordelige risico's kwijt te raken. Deelt de regering de zorg van deze leden? Op welke wijze denkt de regering dit te kunnen voorkomen?

Het wetsvoorstel biedt ruimte voor zowel zorg in natura als voor een systeem van restitutie, zo constateren de leden van de SGP-fractie. Bij een restitutie-systeem is het risico aanwezig dat een verzekeraar niet alle gemaakte kosten vergoedt. Op welke manier zijn hiertegen waarborgen ingebouwd in het wetsvoorstel? Kan er vanuit worden gegaan dat iedereen met een restitutieverzekering in principe altijd alle kosten vergoed krijgt, voor zover zij vallen binnen het pakket?

Zekerheid voor de verzekerden

De leden van de PvdA-fractie willen graag een toelichting over hoe de verzekerde duidelijkheid krijgt over het te vergoeden bedrag bij restitutie. In hoeverre zal het voor verzekerden die van hun zorgverzekeraar niet tijdig passende zorg aangeboden krijgen mogelijk zijn om deze zelf te betrekken en de kosten daarvan volledig in rekening te brengen bij de verzekeraar? Via welke weg zullen zij kunnen zeker stellen dat zij hiervoor volledig vergoed worden?

Zij vragen voorts in hoeverre de verplichte bemiddeling door zorgverzekeraars in verband met de onaantrekkelijkheid daarvan voor de verzekeraar ontmoedigd zou kunnen worden. Wat betekent voortvarend actie ondernemen in dit verband? Hoe wordt hierop toezicht gehouden? Kan de regering aangeven hoe in dit nieuwe systeem het recht op (goede en tijdige) zorg wordt gegarandeerd als zorgverzekeraars met elkaar besluiten de huidige niet-verplichte Treeknormen op te rekken of te negeren?

Zou de regering willen nadenken over de mogelijkheid om minimale kwaliteitseisen op de te nemen als het gaat om dienstverlening, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Voor verzekerden die een pakket hebben met gecontracteerde aanbieders is bereikbaarheid van de zorg belangrijk. De regering stelt, zo constateren

de leden van de SGP-fractie, dat de huidige jurisprudentie over dit thema van toepassing zal zijn in de Zorgverzekeringswet. Kan op hoofdlijnen worden aangegeven om wat voor normen het hier gaat? Moet de eis van redelijke afstand niet expliciet in de wet worden opgenomen?

Verzekeringsplicht

De leden van de CDA-fractie herkennen in het wetsvoorstel de uitgangspunten uit het Hoofdlijnenakkoord om toegankelijke en betaalbare zorg veilig te stellen met het oog op demografische ontwikkelingen en een groter beroep op zorg mede als gevolg hiervan. Zij vragen echter of de precieze positie van de verzekerde voldoende nauwkeurig omschreven is om die toegankelijkheid te waarborgen. De burger is verplicht zich te verzekeren, maar hoe kan worden voorkomen dat burgers dat nalaten, zo vragen zij. Dit geldt in sterke mate voor burgers in een kwetsbare positie, die voor zichzelf niet alles of niet altijd alles goed kunnen overzien. De overheid heeft naar de mening van de leden van de CDA-fractie vooral de taak de kwetsbaren in de samenleving te beschermen, en dat geldt in sterke mate voor de wijze waarop deze toegang kunnen krijgen tot de gezondheidszorg. Zij vinden het van groot belang dat de zogeheten «derde partij», organisaties die belangen van cliënten en patiënten in de meest brede zin vertegenwoordigen, nauw betrokken worden bij de voorbereiding van de wet en zij vragen de regering welke maatregelen deze genomen heeft om voldoende zeggenschap te hebben binnen het nieuwe zorgstelsel.

Deze leden vragen hoe gecontroleerd kan worden of iedereen zichzelf en zijn eventuele kinderen en pupillen inderdaad heeft verzekerd. Zij vragen hoe te handelen met de onverzekerden. Bovendien willen zij weten of het vrij staat kinderen te verzekeren bij een andere zorgverzekeraar dan die van hun ouders. Ook vragen deze leden naar de wijze waarop de regering mensen op wil sporen die nu aangewezen zouden zijn op een particuliere ziektekostenverzekering i.v.m. hun inkomen, maar zich niet verzekerd hebben op grond van geloofsovertuiging of andere levensbeschouwelijke overtuiging. Wanneer burgers in zo'n geval zich niet verzekeren, bestaat er dan ook recht op zorgtoeslag, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Zij vragen hoe de regering zich ervan vergewist dat deze mensen nergens verzekerd zijn. Zij vragen dan ook een overzicht met vermelding van een schatting van het aantal mensen dat op dit moment onverzekerd is. Deze leden geven zich rekenschap van het feit dat er op dit moment geen verzekeringsplicht bestaat voor mensen boven de ziekenfondsgrens. Deze leden vragen ook in dit overzicht op te nemen welke doelstelling de regering hanteert van het maximum aantal mensen in de onverzekerde populatie (wat onverlet laat dat hoe minder mensen niet verzekerd zijn, hoe beter). Tenslotte vragen deze leden een korte beschrijving van de wijze hoe de overheid in de praktijk mensen zal houden aan de verzekeringsplicht. Hierbij horen heldere en simpele procedures.

Er is een dubbel mechanisme in het wetsvoorstel voor onverzekerden: de verhaalplicht en de boetebepaling in artikel 95 (tezamen met het niet recht hebben op de zorgtoeslag), zo begrijpen de leden van de CDA-fractie.

Deze twee bepalingen leiden bij deze leden tot een aantal vragen.

Hoe hoog is de verhaalplicht op de individuele verzekerde, die wel de helft van de premies via de procentuele bijdrage heeft betaald, maar niet de helft van de premies via de nominale premie? Is het waar dat in het geval van een hoge schadelast bij een niet verzekerde, tegelijkertijd twee zaken verhaald worden: de schade en 130% premie over de afgelopen vijf jaar (of de onverzekerde periode, als die korter is)? Welke procedure zal gevolg worden bij een onverzekerde persoon jonger dan 18 jaar, die gratis ergens verzekerd kan zijn? Hoe zijn in dat geval de verhaalplicht en boete?

Dat de onverzekerde burger tegen een boete op kan lopen, is deze leden dus geheel duidelijk, maar niet hoe deze sanctie tot een minimum wordt

beperkt. Toch zien deze leden in de centrale registratie van data een mogelijkheid om het onverzekerd zijn (en daarmee ook oninbare voorde- ringen voor verzekeraars en ziekenhuizen) tot een minimum te beperken. Dit kan door direct aan «de poort» bij het ontbreken van een (geldige) zorgpas een melding door te geven aan het CVZ. Wat zij de voor- en nadelen van een meldingsplicht?

Een andere mogelijkheid is het gebruik van de fiscale gegevens. Een matching van belastingaangiftes (en ook juist de mensen die niet aangifte- plichtig zijn, maar wel bekend bij de belastingdienst) met de verzeke- ringen via de sofinummers (Burger Service Nummers) is mogelijk en simpel denken de leden van de CDA-fractie: voor de toepassing van de zorgtoeslag zal immers toch gekeken worden of iemand verzekerd is en daarom het recht op zorgtoeslag bestaat. Deze leden vragen hoe de rege- ring deze informatiestromen zal kruisen en welke acties zullen worden ondernomen bij mensen die onverzekerd zijn.

De verzekerden mogen extra tussentijds overstappen indien de premie tussentijds verhoogd wordt, zo constateren de leden van de PvdA-fractie. In hoeverre is de regering van mening dat dit ook mogelijk zou moeten zijn indien de invulling van de verzekering tussentijds verandert, bijvoor- beeld door het contracteren van een andere zorgaanbieder?

Deze leden vragen wat de overweging is om de overstapdatum op 1 januari te stellen, in plaats van de mogelijkheid te geven om na tenminste één jaar bij dezelfde verzekeraar op ieder gewenst moment te kunnen overstappen.

Deze leden vragen hoeveel capaciteit het CVZ straks kwijt zal zijn met het beoordelen van de redelijkheid van de boete voor niet verzekerd zijn, en hoeveel kosten dit met zich mee zal brengen. Zij vragen verder in hoeverre niet toerekeningsvatbaar zijn als grond kan gelden voor niet verzekerd zijn.

De regering veronderstelt, terecht volgens de leden van de GroenLinks- fractie, dat het aantal onverzekerden zal toenemen (blz. 37). Hoe groot is deze groep momenteel en met hoeveel zal de groep naar verwachting kunnen toenemen? Kan ook inzichtelijk worden gemaakt in welke mate de verwachte toename beïnvloed wordt door de keuze voor een hoge nomi- nale premie? Bestaat er niet een groot risico dat met name kwetsbare burgers – bijvoorbeeld verslaafden, mensen met een ernstige psychiatri- sche stoornis, functionele analfabeten – niet zullen kunnen voldoen aan de verzekeringsplicht? Deelt de regering de mening dat in het geval van deze groepen boetes en aansprakelijkheid van de zorgkosten geen goede stok achter de deur vormen? Hoe gaat de regering voorkomen dat deze kwets- bare burgers tussen wal en schip gaan vallen? Deelt de regering de mening dat ook dit punt bij een verzekering van rechtswege minder risico's met zich mee zou brengen?

Hoe is de financiering geregeld bij spoedeisende en andere medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden? Wie draait er kortom voor de kosten op? Is dat de verzekeraar en zo ja welke? Of is dat de zorg- aanbieder? Hoe wordt voorkomen dat zorgaanbieders onverzekerden gaan weigeren? De regering stelt dat dit 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 onder- scheid 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 zorgaan- bieders? Wie gaat de kosten betalen voor geleverde zorg aan onverze- kerde patiënten? Wat bedoelt de regering met de zin dat «indien iemand, omdat hij geen zorgverzekering heeft gesloten, niet in staat is de rekening

van een zorgaanbieder te betalen (...), kan hij een beroep doen op bijstand op grond van de Wet werk en bijstand.» De leden van de fractie van GroenLinks menen hieruit op te maken dat de gemaakte zorgkosten verhaald gaan worden op de bijzondere bijstand. Klopt dit? Als dat klopt, 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? Zijn zij daar financieel wel toe in staat?

De leden van de SGP-fractie zijn de regering erkentelijk voor de mogelijkheid die gemoedsbezwaarden hebben om geen verzekering af te sluiten. Wel vragen zij zich af waarom er is gekozen voor een vervangende inkomensafhankelijke bijdrage. Is de regering niet met ons van mening dat het niet redelijk is om gemoedsbezwaarden te confronteren met een verhoogde inkomstenbelasting, terwijl zij tegelijkertijd ook hun eigen zorgkosten moeten betalen? Zij worden dus als het ware dubbel gepakt, waarbij het voor een gezin in de duizenden euro's kan gaan lopen. Dit lijkt deze leden onbillijk. Zijn de eisen die gesteld worden aan gemoedsbezwaarden niet zodanig hoog dat het niet te verwachten is dat niet-gemoedsbezwaarden gebruik zullen willen maken van een dergelijke regeling, zodat de verhoogde belasting niet nodig is om misbruik te voorkomen?

Mocht de regering van mening zijn dat er hoe dan ook vervangende belasting moet worden betaald, dan zouden de bovengenoemde leden de visie van de regering willen vernemen op de mogelijkheid om de door gemoedsbezwaarden betaalde vervangende belasting te laten functioneren als spaarpot voor deze gemoedsbezwaarden als zij te maken krijgen met zorgkosten. Uiteraard geldt dan dat zij het gespaarde bedrag enkel en alleen kunnen besteden aan door hen gemaakte zorgkosten. Zou het niet voor de hand liggen om een dergelijke regeling te treffen, die vergelijkbaar is met de regeling voor gemoedsbezwaarden in de AOW?

Om goed inzicht te hebben in de verschillen tussen de huidige regeling voor gemoedsbezwaarden en de voorliggende regeling hebben de leden van de SGP-fractie een aantal concrete vragen. Is de indruk juist dat gemoedsbezwaarden onder de ziekenfondsgrens meer vervangende belasting moeten gaan betalen, omdat zij nu in de toekomst ook het op dit moment geldende werknemersdeel moeten gaan betalen? Klopt de indruk eveneens dat gemoedsbezwaarden boven de ziekenfondsgrens ineens fors meer moeten gaan betalen, zonder er iets voor terug te krijgen, terwijl zij in het huidige stelsel niet werden geconfronteerd met vervangende belasting? In de beantwoording van deze vragen zouden deze leden graag een aantal cijfermatige voorbeelden willen ontvangen van de gevolgen voor inkomens onder het bestaande en het nieuwe systeem, zowel onder als boven de ziekenfondsgrens.

De door de regering voorgestelde relatie tussen de gemoedsbezwaarden voor de AWBZ en de Zorgverzekeringswet is onduidelijk. Betekent het door de regering gelegde verband dat gemoedsbezwaarden die van mening zijn dat de AWBZ geen verzekering is en daarom wel gebruik maken van de voorzieningen, onder het nieuwe systeem automatisch verplicht verzekerd zijn voor de Zorgverzekeringswet? Graag ontvangen deze leden op dit punt een nadere toelichting.

Collectieve contracten

De leden van de CDA-fractie zien voordelen in collectieve contracten: niet alleen collectieven van werknemers, maar ook van patiëntengroepen kunnen leiden tot onderhandelingen en vraagbundelingen. Deze leden vragen op welke wijze de regering kan voorkomen dat collectieve contracten zullen leiden tot secundaire risicoselectie, waardoor verzekerden buiten de collectieve contracten uiteindelijk duurder uit zijn.

Deze leden vragen de regering in te gaan op de vraag hoe de voorliggende regeling garandeert dat verzekeraars geen korting zullen geven op hun netto schadelast, zodat mensen die buiten een collectieve regeling vallen, toch bijdragen aan die collectiviteit. Tevens vragen zij de regering of mensen die binnen een collectieve regeling een aanvullende verzekering hebben, dat recht behouden als zij (bijvoorbeeld door ontslag) buiten de collectieve regeling komen te vallen. Ook vragen zij de regering of ook patiëntenorganisaties een aantrekkelijk contract zouden kunnen bedingen. Een keuze voor een gedelegeerde wetgever (blz. 42) is goed te verdedigen in verband met de flexibiliteit, en daarbij gaat de voorkeur van deze leden uit naar delegatie in de vorm van een Algemene Maatregel van Bestuur, waarvoor dan een voorhangprocedure zou moeten gelden. Dit wordt geregeld krachtens artikel 11, derde lid. De leden van de CDA-fractie vragen de regering of hiermee de verzekeraar niet in detail de modelovereenkomst voorgeschreven krijgt. Deze leden vragen de regering wat de meerwaarde van de wet nadere regeling is boven en herformulering van het verstrekkingenbesluit in de Ziekenfondswet. Hoe verhoudt de nadere regelgeving van de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties zich tot de vrije tarieven waarmee een begin wordt gemaakt? Licht het niet voor de hand een verband te leggen tussen de tariefvrijheid enerzijds en de mate van detaillering van inhoud en omvang anderzijds, behoudens het geregelde in artikel 12? Bovendien vragen deze leden de regering of een detaillering van inhoud en omvang krachtens artikel 11 wel in overeenstemming is met de publieke voorwaarden of dat hier toch sprake zal zijn van gedetailleerde voorschriften. Deze leden verzoeken daarom de regering voor de plenaire behandeling een concept-AMvB krachtens artikel 11, derde lid, te overleggen.

De mogelijkheid voor het afsluiten van collectieve contracten blijft bestaan, waardoor kan een bijdrage geleverd worden aan een geïntegreerd preventie- en verzuimbeleid. Ook patiëntenverenigingen kunnen afspraken over zorg op maat maken. De leden van de PvdA-fractie wijzen de regering op de tweeslachtigheid van de keuzes die op dit gebied gemaakt worden. Enerzijds staat de regering de mogelijkheid van collectiviteiten wel toe, maar deze worden wel stevig aan banden gelegd. Deze leden vragen een uitleg voor de gekozen aanpak, met de afwegingen die hierbij zijn gemaakt. Wat zijn de voor- en nadelen van collectieve verzekeringen? Betekent het aan banden leggen van collectieve verzekeringen dat de regering er van uitgaat dat het systeem van risicoverevening niet volledig de verschillende risico's kan compenseren?

Zij vragen een verduidelijking van de samenhang van collectieve ziektekostenverzekeringen met preventie- en verzuimbeleid. Welke verzekeringen kunnen worden gecombineerd, en hoe verhouden de premie per werknemer zich tot elkaar? Waar kunnen de grootste kostenvoordelen voor de werkgever behaald worden? Welke producten zouden goedkoper kunnen worden bij het afnemen van een compleet pakket? Deelt de regering de verwachting van de leden van de PvdA-fractie dat wanneer de kortingen niet volledig neer mogen slaan bij de ziektekostenverzekering, deze bij de andere verzekeringen zullen worden uitgekeerd? Is dat dan wel of niet in overeenstemming met de factor waarop een besparing behaald wordt? Ziet de regering, meer in het algemeen, in collectiviteiten een manier om de maatschappelijke kosten van ziekte en behandeling, verzuim en arbeidsongeschiktheid op te nemen in het systeem? Op welke manier en in welke mate? Welke aanvullende maatregelen acht de regering op dit gebied noodzakelijk?

Voor welke groepen verwacht de regering dat uiteindelijk collectiviteiten tot stand zullen komen? Zijn dit vooral patiëntengroepen, of juist werknemers, of zullen het juist bepaalde beroepsgroepen zijn?

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. Deze leden vragen om 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 willen graag meer informatie over de mogelijkheden voor de werkgever om bij te dragen in de nominale premie voor de werknemers. In hoeverre kan hiervoor een bindende voorwaarde zijn dat de werknemer zich verzekerd bij de verzekeraar van de keuze van de werkgever? Ziet de regering dit als een wenselijke mogelijkheid?

Deze leden vragen verder 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?

Zij 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.

In hoeverre zal het mogelijk zijn voor een niet-zorgverzekeraar om een collectiviteit af te sluiten voor het verzekeringsdeel, en de zorginkoop zelf op zich te nemen? Voorziet de regering hier mogelijkheden?

De leden van de SP-fractie stellen de volgende vragen.

Hoe rijmt de regering keuzevrijheid met de mogelijkheid tot collectieve zorgverzekeringen door bijvoorbeeld werkgevers? In hoeverre is de werknemer verplicht hieraan deel te nemen als dit via de CAO geregeld is?

Bij de mogelijkheid om collectieve contracten af te kunnen sluiten hebben de leden van de GroenLinksfractie grote vragen. De regering stelt dat de individuele keuzevrijheid overeind blijft. Maar deelt de regering de mening dat die keuzevrijheid op zijn minst erg wordt beïnvloed door collectieve contracten met de werkgever? Wordt het stelsel door de mogelijkheid van collectieve contracten met werkgevers niet erg ondoorzichtig? Neemt het risico op voorkeurszorg niet enorm toe? Op welke wijze wordt gegarandeerd dat de wachttijden niet langer worden voor verzekerden die niet via hun werkgever een snelle medische interventie kunnen verwachten?

In het kader van de mogelijkheid van collectieve contracten leeft bij de leden van de SGP-fractie de vraag of er geen sprake zal zijn van verplichte deelname aan een dergelijk contract. Kan bijvoorbeeld een werknemer wiens werkgever een collectief contract afsluit weigeren om eraan deel te nemen? Is ook wettelijk gegarandeerd dat een dergelijke werknemer niet kan worden geconfronteerd met een korting op de verplichte werkgeversbijdrage?

De verzekerde zorgvorm

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat medisch-inhoudelijke argumenten doorslaggevend zijn voor de samenstelling van het verzekerde pakket. Zij vragen de regering in te gaan op de vraag hoe het pakket wordt vastgesteld en hoe de waarborgen voor de verzekerde veilig worden gesteld voor kwalitatief goede en toegankelijke zorg.

Hebben deze leden goed begrepen dat in de nieuwe Zorgverzekeringswet de omvang van het verzekerde standaardpakket overeenkomt met het huidige Ziekenfondspakket, aangevuld met enkele onderdelen vanuit de AWBZ? Zij vragen of de regering dit kan garanderen. Zij kunnen zich

vinden in de voorgestelde zorgvormen, maar vragen de regering aan te geven op welke wijze de verschillende vormen worden begrensd. Zo vragen deze leden wie die grenzen vaststelt en op welke wijze. Dezelfde vraag geldt eventuele wijzigingen in het pakket. Zij wijzen er, indachtig het CDA-verkiezingsprogramma en het Hoofdlijnenakkoord, op dat het beleid van de regering erop gericht moet zijn dat de kortdurende, op herstel gerichte zorg – dat thans in de AWBZ is opgenomen – naar het verzekerde pakket moet worden overgeheveld. Welke gevolgen zal dit hebben voor de premiestelling en de consequenties daarvan voor inkomensbeleid, werkgeversdeel en zorgtoeslag?

De leden van de CDA-fractie vragen de regering naar de keuzemogelijkheden voor burgers om zich te verzekeren voor een kleiner pakket dan het standaardpakket (bijv. een burger wil zich niet verzekeren voor kosten van een zwangerschap) en zo ja, onder welke voorwaarden. Daarnaast vragen deze leden of er mogelijkheden zijn om voorrang in het verkrijgen van zorg voor bepaalde groepen te verwezenlijken en zo ja, hoe en tegen welke voorwaarden.

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen om de afbakening van het verzekerde pakket. Zij vragen een onderbouwing van de pakketkeuzes op basis van de trechter van Dunning. Zij zouden graag zien dat zowel het huidige ziekenfondspakket, en de onderdelen van het ziekenfondspakket die de afgelopen twee jaar zijn geschrapt op de vier criteria van Dunning worden beoordeeld. Zij zouden daarbij graag zien dat voor wat betreft het criterium «wat voor eigen rekening kan komen» een optelling van de verschillende componenten die zelf betaald moeten worden of waar een bijdrage geldt integraal worden meegenomen in plaats van afzonderlijk, en dat daarbij wordt aangegeven hoe «betaalbaar» uitpakt voor gezonde, gemiddelde en chronisch zieke burgers.

Deze leden vragen voorts een omschrijving van de zorgvorm preventie, en een onderbouwing van de kosten voor preventie als percentage van het geheel die naar de mening van de regering noodzakelijk is voor een gezonde bevolking. Zij 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. Zij vragen 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?

Wat zijn de handvatten in dit wetsvoorstel om principiële keuzes te maken over de inrichting van het pakket en het formuleren van wat nu passende zorg is, zo vragen de leden van de SP-fractie.

De regering concludeert dat het te verzekeren pakket van onderhavig wetsvoorstel betrekking moet hebben op noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke consequenties deze criteria hebben gehad op de samenstelling van het pakket. Waarom zijn deze criteria niet op deze wijze neergelegd in de wet? Toetsing van het pakket is een taak van het CVZ. Aanpassingen van de hoofdlijnen van het op grond van de ZVW te verzekeren pakket zullen plaatsvinden bij wetwijziging en dus in dialoog met het parlement. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en de omvang van de prestaties geregeld. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke wijze het parlement wordt betrokken bij de beslissing over de inhoud en de omvang van de prestaties.

Van belang in dit verband is eveneens de vaststelling van de regering, dat de vraag of verzekerde zorg daadwerkelijk aan een verzekerde geleverd

moet worden niet door de zorgverzekeraar, maar altijd op medisch-inhoudelijke gronden dient te worden beantwoord. Op welke wijze verhoudt zich deze stelling tot de globale omschrijving van de zorgplicht, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Het CVZ geeft aan dat naar zijn mening het naast elkaar laten bestaan van een volledig pakket en een pakket waaruit een beperkt aantal zaken is geschrapt, inbreuk maakt op de voorgestane solidariteit in de verzekering. De regering kiest ervoor om dit principe over te nemen. Zij stelt voor om de vormen van zorg, waartegen gewetensbezwaren bestaan, niet op te nemen in het pakket, maar tegelijkertijd niet de premie aan te passen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering denkt dat daarmee in voldoende mate tegemoet wordt gekomen aan de bezwaren van gewetensbezwaarden. Het is volgens deze leden niet onwaarschijnlijk dat zij juist bezwaar maken tegen de solidariteit in dezen.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de regering in de toelichting onvoldoende duidelijk maakt wat het verband is tussen de door de op basis van verdragen verplicht opgenomen zorgvormen en de velden die door de regering in het wetsvoorstel zijn opgenomen. Waarom worden de op blz. 39 en 40 genoemde zorgvormen niet expliciet genoemd in de Zorgverzekeringswet?

Het te verzekeren pakket wordt niet precies vastgelegd in de wet. Hoewel de leden van de SGP-fractie hiervoor begrip hebben, vinden zij het wel belangrijk dat het parlement blijvend gekend wordt in veranderingen van het verzekerde pakket. Is het het voornemen van de regering om de AMvB voor te leggen aan het parlement? Waarom is er dan niet gekozen voor een voorhangprocedure?

Bij het bepalen van de criteria voor de omvang van het kabinet sluit de regering aan bij de criteria van de commissie-Dunning. Het eerste criterium is de vraag of er sprake is van noodzakelijke zorg. Betekent toepassing van dit criterium op in het ziekenhuis uitgevoerde vrijwillige abortussen niet dat aan het criterium van de noodzakelijke zorg niet is voldaan?

De leden van de SGP-fractie zouden graag zien dat de regering toch mogelijkheden biedt voor een verzekeringspakket voor mensen die vanwege hun overtuiging bepaalde ethisch omstreden zaken niet in hun pakket willen. Is de regering met ons van mening dat solidariteit niet zo ver mag gaan dat mensen gedwongen worden mee te betalen aan ethisch zeer omstreden zaken? Gaat het bovendien niet om een zo klein percentage van de zorg dat in redelijkheid niet kan worden gesteld dat de solidariteit gevaar loopt als er een mogelijkheid is voor een pakket zonder deze ethisch omstreden zaken?

Met de aantekening op de zorgpolis dat er geen vergoeding plaatsvindt voor bepaalde onderdelen uit het pakket, komt de regering enigszins tegemoet aan de bezwaren tegen bepaalde zaken. Het probleem is dat de aantekening feitelijk niet meer is dan een cosmetische tegemoetkoming. Waarom wordt verzekeraars niet toegestaan zich actief met deze markt in te laten?

Functiegericht omschreven verzekeringsrechten

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Waarom is gekozen voor functiegerichte verzekeringsrechten? Hoe denkt de regering zeker te stellen dat dit geen negatieve invloed heeft op de huidige verrichtingen waarop aanspraak bestaat? Deze leden vragen een vergelijking van de betekenis van het begrip zorgplicht bij functioneel omschreven verzekeringsrechten ten opzichte van aanspraak op verrichtingen. Hoe verhoudt zich deze keuze tot de prestatiegerichte vergoe-

dingen voor producten (DBC's) die nu worden ingevoerd? Hoe worden eventuele conflicten die hierdoor ontstaan opgelost?

De leden van de fractie van GroenLinks zien de argumenten voor functiegericht omschreven verzekeringsrechten graag toegelicht. Begrijpen zij het goed dat door de functiegericht omschreven verzekeringsrechten bijvoorbeeld de voorbehouden handelingen van een arts of medisch specialist worden losgelaten? Is het geven van een tetanus prik een voorbehouden behandeling? Kan in theorie een zorgverzekeraar gaan bepalen dat verzekerden voor een diagnose of doorverwijzen naar de specialist zich ook moeten wenden tot de doktersassistente? De regering stelt dat «de vraag of verzekerde zorg daadwerkelijk aan een verzekerde geleverd moet worden niet door de zorgverzekeraar, maar altijd op medisch-inhoudelijke gronden dient te worden beantwoord.» Geldt hetzelfde niet voor de vraag door wie en waar de verzekerde zorg verleend wordt? De leden van de GroenLinksfractie ontvangen voorts graag antwoord op de volgende vragen.

Deelt de regering de mening dat het functiegericht omschrijven van verzekeringsrechten de transparantie voor verzekerden aanzienlijk vermindert? Welke stappen onderneemt de regering om te garanderen dat verzekerden de verschillende polissen toch goed met elkaar kunnen vergelijken?

De regering gaat er vanuit dat zorgverzekeraars zich ervan vergewissen dat de kwaliteit 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. 204 050 2090) 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?

Onder de nieuwe wet wordt uitgegaan van functiegericht omschreven verzekeringsrechten, zonder koppeling aan persoon of instellingen die medisch bevoegd zijn. De leden van de SGP-fractie vragen of hierdoor niet een weinig transparant stelsel ontstaat, waarin niet duidelijk is naar wie een verzekerde voor bepaalde zorg moet gaan.

Kwaliteit van zorg

In het kader van de kwaliteit van zorg willen de leden van de PvdA-fractie weten waarop de verzekerde in het geval van gecontracteerde zorg wettelijk aanspraak kan doen, en bij welke partij. Welke rechten heeft de verzekerde wanneer de kwaliteit van gecontracteerde zorg niet voldoende is? Bij wie kan de verzekerde dan een klacht indienen? Wie is verantwoordelijk voor afhandeling? Welke partij zal aansprakelijk zijn voor een eventuele schadevergoeding bij nalatig medisch handelen?

Aanvullende verzekering

Het wetsvoorstel geeft aan dat er naast de standaardverzekering een aanvullende verzekering mogelijk is. De desbetreffende passage in het wetsvoorstel is tamelijk summier geformuleerd en roept nog wel enige vragen op. Weliswaar is de basisverzekering onderwerp van de wet, maar het standaardpakket en de aanvullende verzekering zijn in zekere zin communicerende vaten, zo menen de leden van de CDA-fractie, en

daarom is nadere duiding gewenst. Deze leden vragen de regering in te gaan op de omvang van het verzekerde standaardpakket in relatie tot het aanvullende pakket. Zou een beperkte omvang van het verzekerde pakket en een ruimhartig doorschuiven van zorg naar het aanvullende pakket de toegankelijkheid van de basiszorg niet in de weg kunnen staan?

Zij vragen de regering voorts in te gaan op de balans tussen de omvang van de gegarandeerde noodzakelijke zorg in de standaardverzekering en de niet noodzakelijke zorg in de aanvullende verzekering. Bovendien vragen zij de regering of het mogelijk is het standaardpakket te verzekeren bij de ene, en het aanvullende pakket bij de andere verzekeraar. In verband met de overstapmogelijkheid naar een andere zorgverzekeraar is afstemming tussen beide pakketten noodzakelijk, zo menen zij. Vanuit de positie van de verzekerde vinden deze leden het belangrijk te weten of er sprake zal zijn van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering in het kader van de overgangsregeling en zij vragen de regering welke mogelijkheden er zijn voor verzekerden om te allen tijde ook een goede toegang tot de aanvullende verzekering te waarborgen. Volgens het wetsvoorstel kan een verzekerde vrijelijk van verzekering wisselen voor de standaardverzekering. Zij menen dat velen het liefst een standaardverzekering en een aanvullende verzekering bij een maatschappij zullen willen afsluiten. Welke beperkingen gelden er bij het meenemen van een aanvullende verzekering naar een andere maatschappij, zo vragen deze leden. Er is immers geen acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering. Deze leden vragen of de regering met hen van mening is dat ook voor de aanvullende verzekering mobiliteit gemakkelijk gemaakt moet worden.

De werking van de communicerende vaten vraagt naar hun mening aandacht voor nog een aspect. Wanneer mensen met een kwetsbare gezondheid om een of andere reden willen veranderen van aanvullende verzekering of een uitbreiding van hun aanvullende verzekering willen, kan een vorm van risicoselectie optreden wanneer de benaderde zorgverzekeraar hen weigert. De leden van de CDA-fractie vragen de regering dan ook te bevorderen dat er een gedragscode wordt opgesteld door verzekeraars om in dergelijke gevallen een soort «acceptatieplicht» te bewerkstelligen. Zij vragen of er ook sprake is van een «acceptatieplicht» van bijvoorbeeld jongeren tot 18 jaar binnen de aanvullende verzekering. Zij vragen ook wanneer er sprake is van behoud van rechten voor bijv. ex-militairen, ex-gedetineerden, terugkerende expats en vergelijkbare groepen.

Deze leden vragen tenslotte hoe de regering voornemens is problemen in dezen voorkomen.

De leden van de PvdA-fractie vragen in het kader van de betaalbaarheid hoe de kosten voor gezondheidszorg die buiten het basispakket vallen zullen uitvallen voor de gemiddelde en de chronisch zieke burger. Deze leden hebben zorgen ten aanzien van de verzekeraarbaarheid van aanvullende kosten. Zij vragen of de verzekeraars op basis van het mededingingsrecht in staat gesteld zullen worden een convenant hierover af te sluiten. Is er in de voorstellen nu sprake van gedwongen koppelverkoop, of kunnen basispolis en aanvullend pakket onafhankelijk van elkaar bij verschillende verzekeraars worden afgenomen? Wat zijn de nadelen en voordelen van het onafhankelijk van elkaar verkopen?

Een van de redenen van de hervorming van het stelsel is dat dit kabinet de groeiende kosten in de zorg wil beheersen. Tijdens de behandeling van de VWS-begroting 2005 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 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 beho-

rende 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 lager inkomens die geen aanvullende kunnen afsluiten?

Het spijt de leden van de fractie van GroenLinks dat de regering geen noodzaak ziet tot een verbod op koppelverkoop. Door de mogelijkheid van een gekoppelde verkoop van basispakket en aanvullende verzekering worden met name ouderen, chronisch zieken en gehandicapten ernstig belemmerd in hun mogelijkheid om van verzekeraar te wisselen. Doen zij dat, dan is de kans groot dat zij niet meer in aanmerking komen voor een aanvullende verzekering of alleen tegen een aanzienlijke prijs. Kan er een overzicht worden gegeven van de omvang van deze groepen met en zonder een aanvullende verzekering, uitgesplitst naar inkomen? De regering stelt dat de kosten die niet in de Zorgverzekeringswet zijn opgenomen normaal gesproken door de betrokkenen zelf gedragen kunnen worden. Is de regering van mening dat dit ook geldt voor bijvoorbeeld een chronisch zieke op bijstandsniveau? Welke bezwaren heeft de regering tegen het verbieden van koppelverkoop?

Met betrekking tot de aanvullende verzekering stelt de regering dat in een aanvullende verzekering alleen die voorzieningen zitten, waarvan de regering vindt dat die voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf komen. Of dergelijke voorzieningen vervolgens via een afzonderlijke aanvullende verzekering verzekerd worden, rekent de regering niet tot haar verantwoordelijkheid. Acht de regering het waarschijnlijk dat zorgverzekeraars hierin hun verantwoordelijkheid zullen nemen, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Deze leden constateren dat basisverzekering en aanvullende verzekering niet worden gekoppeld. Deze leden vragen naar de consequenties die dit kan hebben voor de verzekering van chronische zieken en gehandicapten. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de effecten van de aanvullende verzekering (zonder acceptatieplicht) voor chronische zieken en gehandicapten in de overzichten van de effecten zijn opgenomen. Zijn die effecten bekend?

De regering streeft naar een grotere verzekerdenmobiliteit. Een probleem hierbij is dat verzekeraars nogal eens een koppeling aanbrengen tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Is een dergelijke gekoppelde verkoop in het nieuwe stelsel nog mogelijk of is de regering van mening dat dit tegengegaan moet worden, zo vragen de leden van de SGP-fractie.

Rechtsbescherming

In de ogen van de leden van de CDA-fractie mag de verhouding tussen patiënt/cliënt en hulpverlener niet onder druk gezet worden door een verzekeraar om financiële gronden. Artikel 14 beschermt de patiënt in deze. Toch vragen deze leden hoe ver deze bescherming gaat als er in de memorie van toelichting staat dat als een verzekeraar te vaak vooraf toestemming vraagt, de verzekerden vanzelf een andere verzekeraar zullen zoeken. Deze leden zien graag een duidelijk antwoord tegemoet op de vraag welke rechten de patiënt heeft op een second opinion en op verweer tegen een beslissing van zijn verzekeraar.

De publiekrechtelijke rechtsbescherming is geregeld via de Algemene Wet Bestuursrecht. De bezwaarprocedure zal leiden tot een besluit door de zorgverzekeraar als bestuursorgaan. De leden van de CDA-fractie vragen de regering de mogelijkheid te laten onderzoeken om via het CVZ de positie van de verzekerde te versterken via het instellen van een geschil-

lencommissie of door een vrijwillige dan wel verplichte adviesprocedure door het CVZ in geval van een geschil.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie de regering op welke wijze de vinger aan de pols kan worden gehouden of de verzekerden inderdaad de centrale positie in het zorgstelsel blijven innemen die beoogd wordt. Zij vragen dan ook hoe de regering gaat bevorderen dat de zorgverzekeraars zich ook zullen blijven gedragen, zoals volgens de wet beoogd wordt.

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen om de rechtsbescherming van verzekerden en patiënten. De genoemde verlichting van de belasting van de rechterlijke macht neemt naar hun mening het risico van een vermindering van de rechten van verzekerden met zich mee. Deze leden vragen de regering een vergelijking van de huidige rechten van ziekenfondsverzekerden met de toekomstige rechten van verzekerden met een basispolis.

Hoe verschillen de financiële drempels bij een civiel gerechtelijke procedure in een publiek stelsel ten opzichte van privaatrechtelijke procedures? In hoeverre deelt de regering de mening dat de rechtspositie van een verzekerde in het privaatrechtelijke stelsel verzwakt is ten opzichte van het publiekrechtelijk stelsel? Immers bij een publiekrechtelijke procedure rust op de zorgverzekeraars nog de verplichting van een zorgvuldige voorbereiding en motivering. Deelt de regering de mening van de leden van de PvdA-fractie dat de verzekerde als leek altijd op achterstand staat ten opzichte van de verzekeraars en dat dus ook daarom de rechtspositie van de verzekerde verzwakt is?

Hoe groot schat de regering de kans dat zorgverzekeraars een geschillenprocedure weigeren en direct kiezen voor een privaatrechtelijke procesgang? Op basis waarvan komt de regering tot deze inschatting? Deelt de regering de mening van de leden van de PvdA-fractie dat met een keuze voor de privaatrechtelijke vormgeving dus de kans op een zwaardere belasting van de rechterlijke macht toeneemt? Heeft de regering in overweging genomen om bij een geschil over grenzen van de aanspraken via een verplichte adviesaanvraag bij het CVZ de rechterlijke macht te ontlasten? Op welke manier zijn verstrekkingengeschillen onderdeel van de wet? De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat de patiëntenrechten kunnen worden aangetast door de mogelijke onduidelijkheid van functiegerichte aanspraken. Indien de rechten niet helder omschreven zijn, kan dit leiden tot afschuifgedrag van verzekeraars. Ook verzekeraars zijn naar de mening van deze leden gebaat bij heldere definities.

Ook onder het regime van de nieuwe Zorgverzekeringswet is het van groot belang dat de rechten van verzekerden goed, snel en eenvoudig worden beschermd. De huidige regeling via de verplichte adviesprocedure bij het CVZ biedt een laagdrempelige rechtsbescherming in een vroeg stadium van de besluitvorming. Een dergelijke laagdrempelige procedure ontbreekt in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Is dit een bewuste keuze, zo vragen de leden van de VVD-fractie. Zo ja, waarom is hiervoor gekozen? Hoe wordt de verzekerde in het nieuwe ziektekostenverzekeringsstelsel beschermd? Graag ontvangen zij een nadere toelichting.

Een van de doelen van het nieuwe systeem 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 in de ogen van 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 zouden 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?

Zal de onafhankelijke geschilleninstantie zich ook uitspreken over verstrekkingsgeschillen, zo vragen de leden van de fractie van GroenLinks.

De financiering

De leden van de PvdA-fractie hebben vragen bij de manier waarop de drie belangrijkste financieringscomponenten tot stand komen. De tekst suggereert dat ministerie en zorgverzekeraars ieder afzonderlijk een kostenraming zullen maken voor het komende jaar, en daarop onafhankelijk van elkaar zullen komen tot respectievelijk de nominale premiestijging en de stijging van de inkomensafhankelijke en rijksbijdrage. Klopt deze indruk? Zo ja, wat gebeurt er dan als het ministerie, zoals de zorgverzekeraars suggereren en het CPB onlangs heeft onderbouwd, steeds met te lage ramingen komt? Zullen daardoor de nominale premies extra sterk moeten stijgen, om de lage stijging van de andere componenten op te vangen? Wat voor invloed heeft dit dan op de inkomenssolidariteit en de zorgtoeslag? Zo neen, hoe komen de afzonderlijke delen dan tot hun stijgingspercentage, is één van de componenten leidend? Als de nominale premie leidend is, welke greep heeft de regering dan nog op de ontwikkeling van de zorgkosten?

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat de solidariteit, zowel op het gebied van inkomen als op het gebied van risico niet in voldoende mate gegarandeerd is in de voorstellen. Dit komt door de ruime mogelijkheden voor eigen risico's, gecombineerd met de no-claim teruggave-regeling en hoge nominale premies. De ruimte voor risicoselectie in het aanvullende pakket, tast met name bij verdere uitholling van het basispakket de betaalbaarheid voor «slechte risico's» aan. De inkomenssolidariteit wordt door deze wet tot spijt van de leden van de PvdA-fractie verder afgebouwd. Bovendien bestaat het gevaar van een «race to the bottom», waarbij verzekeraars voor de goedkoopste pakketten laagwaardige zorg zal aanbieden. De wet biedt niet voldoende zekerheid dat de kwaliteit voor wie slechts de allergeedkoopste polis kan betalen gewaarborgd is.

De leden van de GroenLinksfractie zijn van mening dat de keuze voor een hoge nominale premie de solidariteit verlegt van rijk met arm, naar arm met rijk. De hoge nominale premie betekent immers een forse lastenverlichting voor de bovenmodale inkomens ten koste van de inkomens beneden modaal. Dat inkomens beneden modaal (slechts gedeeltelijk) worden gecompenseerd via de zorgtoeslag doet niets af aan de lastenverlichting voor bovenmodaal. De regering is van mening dat de nominale premiecomponent een voldoende omvang moet hebben om effectief te zijn als prikkel. Blijkt niet uit onderzoek dat ook een kleine nominale premie leidt tot concurrentie tussen zorgverzekeraars? Waarom er dan toch gekozen is voor een hoge nominale premie is de leden dan ook een raadsel. Op deze manier wordt er inkomenspolitiek bedreven die leidt tot denivellering.

Voor de leden van de GroenLinksfractie zijn de inkomenspolitieke consequenties van het onderhavig wetsvoorstel cruciaal. Kan aangegeven worden of, en zo ja hoe, bovenmodale inkomens en rijke ouderen geen onnodige lastenverlichting krijgen?

Op basis van welke gegevens maakt de minister van VWS jaarlijks een inschatting van de totale zorgkosten van de Zorgverzekeringswet?

De regering heeft gekozen voor een deels nominale en deels inkomensafhankelijke premie, met een zorgtoeslag, voor mensen voor wie de premie financieel gezien niet op te brengen is. Kan de regering ingaan op de reden om niet een deel van de premie voor de verzekerde nominaal en een deel inkomensafhankelijk te maken, zodat de bureaucratische weg van de zorgtoeslag vermeden kan worden, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Nominale premie

De leden van de PvdA-fractie vragen op basis van welk criterium is gekozen voor het hanteren van de 45% op macroniveau die door de nominale premie wordt opgebracht.

Inkomensafhankelijke bijdrage

De leden van de fractie van de PvdA stellen de volgende vragen aan de orde.

Welke voordelen biedt het heffen van een inkomensafhankelijke bijdrage? Waarom heeft de regering niet ook voor de werknemersbijdrage gekozen voor een overwegend inkomensafhankelijke bijdrage?

Op welke hoogte zal het maximum (de aftopping) van de inkomensafhankelijke bijdrage worden gesteld? Waarom is gekozen voor dit bedrag? Hoe verhoudt zich de totale verwachte som aan inkomensafhankelijke bijdrage zich tot de som van de werkgeversbijdrage in de ziekenfondswet, en de totale werkgeversbijdrage voor privaatrechtelijke zorgverzekeringen zoals die nu in de cao's zijn opgenomen? De leden van de PvdA-fractie zouden dit graag met de precieze bedragen voor de afgelopen drie jaar en een raming voor 2005 en 2006 onderbouwd zien. Ook zouden zij deze bedragen graag omgezet willen zien in het percentage van de curatieve zorg dat in beide systemen voor rekening van de werkgever komt.

Wat is de invloed van het nieuwe stelsel op de kosten voor de werkgever voor werknemers in verschillende inkomensgroepen? Met andere woorden, deze leden willen graag een vergelijking van de gemiddelde kosten die werkgevers maken voor werknemers in verschillende inkomensgroepen met de huidige en toekomstige regelgeving. Daarbij zouden ze graag een uitsplitsing zien naar werknemers op minimumloon, 130% minimumloon, 150% minimumloon, 200% minimumloon, modaal, 1,5x modaal, 2x modaal en 3x modaal.

Hoe beoordeelt de regering in het licht van deze cijfers de aanspraken van de werkgeversverenigingen op het recht op inspraak in de onderhavige wet en uitvoering van deze wet?

Deze leden willen graag een toelichting op de belastingheffing en premieheffing sociale verzekeringen die op de werkgeversbijdrage van toepassing zal zijn. Zij vragen of dit voor de werknemers een begrijpelijke heffing zal zijn. Zij vragen of het noodzakelijk is om de werkgeversbijdrage aan belasting- en premieheffing onderhevig te maken. Zij wijzen erop dat deze heffingen ook moeten worden meegenomen in de berekening van de zorgtoeslag, en vragen of dit in de voorstellen het geval is.

De leden van de PvdA-fractie vragen een overzicht van hoeveel straks door wie betaald wordt als inkomensafhankelijke bijdrage voor de volgende groepen: kleine zelfstandigen, uitkeringsgerechtigden, deeltijders, niet-werkende partners van werkenden met een inkomen beneden de huidige ziekenfondsgrens, en niet-werkende partners van werkenden met een inkomen boven de huidige ziekenfondsgrens.

In hoeverre houdt de regering in de toekomst vast aan de verdeling 50-45-5 tussen inkomensafhankelijke premie, nominale premie en rijksbijdrage? In hoeverre is het logisch de bijdrage voor verzekerden jonger dan 18 jaar op hetzelfde percentage te houden, wanneer de vergrijzing doorzet? Hoe is overigens de keuze voor dit bedrag tot stand gekomen, is

gekozen voor een percentage van 5% of voor een bedrag van euro 1,5 miljard? Waarop is het bedrag gebaseerd, en hoe ontwikkelt dit bedrag zich in de toekomst?

De regering heeft gekozen voor een systeem waarin de ene helft van de premies inkomensafhankelijk plaatsvindt en de andere helft nominaal, zo constateren de leden van de SGP-fractie. Kan er inzicht gegeven worden in de praktijk op dit gebied in andere landen? Is het gebruikelijk om uit te gaan van een verhouding van twee gelijke delen?

Werkgeversbijdrage

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de werkgeversbijdrage gemaximeerd is op 50%. Werkgevers worden evenwel geconfronteerd met stijgende kosten, maar kunnen geen invloed uitoefenen op die kosten. Hoe verhoudt zich dit tot het belang van efficiency en doelmatigheid?

De inkomensafhankelijkheid lijkt weer teniet te worden gedaan door de verplichte werkgeversbijdrage. Is deze indruk juist, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Waarom is hiervoor gekozen? Is de zorgtoeslag uiteindelijk het enige onderdeel dat echt inkomensafhankelijk werkt?

Rijksbijdrage

De leden van de SGP-fractie ondersteunen de gedachte dat er geen premie hoeft te worden betaald voor kinderen tot 18 jaar. Deze premies worden vergoed uit de rijksbegroting. Is het de bedoeling dat de financiering rechtstreeks plaatsvindt door Financiën of vanuit de VWS-begroting? Hoe verhoudt dit systeem zich tot de huidige rijksbijdrageregelingen?

Financiële gevolgen voor verzekerden/de vereveningsregeling

De helft van de totale uitgaven voor zorg zal worden herverdeeld via het vereveningsfonds, dat jaarlijks meer dan 15 miljard euro zal herverdelen. De leden van de CDA-fractie beschouwen dit fonds als het fundament van het nieuwe stelsel. Het maakt een gelijke premie voor en jong, gezond en ziek mogelijk en daarmee de solidariteit, die essentieel is voor het nieuwe zorgstelsel. De verdeling van een zodanig bedrag dient in de ogen van deze leden buitengewoon zorgvuldig en transparant te gebeuren.

Daarom hebben deze leden nog een aantal vragen over deze verevening die in het verloop van dit verslag aan de orde worden gesteld.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de wijze waarop het vereveningsfonds informatie zal verzamelen en op welke schadenkenmerken de verevening gebaseerd zal worden. Zij vragen de regering hoe gewaarborgd kan worden dat er geen verevening plaats zal vinden tussen verzekeraars onderling, buiten het vereveningsfonds om. Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of de nacalculaties die gedaan zullen worden op grond van tevoren vastgelegde criteria voor iedere verzekeraar voldoende transparant zullen zijn. Bij het laatste punt willen zij graag een uiteenzetting hoe de komende 5 jaar de verschillen in schadeniveaus tussen de drie stelsels zullen worden verrekend.

Bij die goede dienstverlening kunnen zij zich goed indenken dat vooral voor collectiviteiten van chronisch zieken een efficiënte zorg kan worden overeengekomen met een hogere kwaliteit voor deze zieken, omdat de zorg beter toegespitst is. Deze leden vragen of de regering deze mening deelt, en of zij kan aangeven dat het vereveningssysteem zodanig zal zijn dat het aantrekkelijk is om juist goede dienstverlening te geven aan groepen chronisch zieken.

Zij vragen de regering de concept-AMvB die op grond van artikel 32,

tweede lid, de hoofdlijnen van de berekening van de bijdragen vaststelt naar de kamer te zenden, zodat de inhoud daarvan bij de behandeling van de wet kan worden betrokken.

De leden van de CDA-fractie zien als doel van de wet een beter zorgstelsel met een goede dienstverlening, en vragen de regering welke invloed de verevening heeft op de concurrentie en op de kwaliteit van dienstverlening.

Zij vragen de regering via benchmark de uitwerking van het vereveningsfonds op bovengenoemde punten te monitoren.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de precieze voornemens zijn op het gebied van ex-post verevening. Welke grenzen worden gesteld en welke vergoedingen zullen hiervoor gegeven worden? Zij vragen om een vergelijking met de huidige Ziekenfondswet. Zij vragen voorts of totaal uitgekeerde hoge kosten verevening per ziekenfonds per jaar sterk varieert, en of er een samenhang is met het aantal verzekerden. Zij vragen hiervan een overzicht voor de jaren 2000–2003 (met het totaal van de hoge kostenverevening en het aantal verzekerden voor ieder ziekenfonds). Verder vragen deze leden een vergelijking van de vereveningsregeling met andere landen, met name op het gebied van de voorspellende werking. Welke lessen denkt de regering te trekken uit de ervaringen in andere landen?

Zij geven aan dat een goede vereveningsregeling van zeer groot belang is voor de gewenste werking van de Zorgverzekeringswet. Zij vragen de regering een inschatting te geven van de verklaarde variatie als gevolg van verschillen in risicoprofielen op basis van het model. Is de regering van plan regelmatig te evalueren en te monitoren? Zo ja, op welke wijze? Welke oplossingen zijn mogelijk indien blijkt dat het vereveningsfonds de prikkels voor risicoselectie niet voldoende afdekt?

Deze leden vragen een vergelijking van het vereveningsfonds met het gemeentefonds. Zijn er parallellen te trekken? Zo ja, welke? Welke lessen trekt de regering uit de ervaringen met aanpassingen en verfijningen van het gemeentefonds?

Voor de uitkeringen uit het vereveningsfonds is het noodzakelijk een grote hoeveelheid privacygevoelige informatie te hebben. Hoe wordt de privacy van de verzekerde beschermd, wie beheert de database waarin deze informatie terecht komt?

De inkomensafhankelijke premiegelden komen straks via het vereveningsfonds aan de verzekeraars toe. Op welke wijze wordt straks toezicht gehouden op welke manier deze gelden worden uitgegeven? Kan gecontroleerd worden waar deze gelden voor gebruikt worden?

Is er, in het algemeen, in de voorstellen voldoende democratisch toezicht op de besteding van premiegelden? Kan de regering ingaan op de kritiek van de Algemene Rekenkamer op dit gebied?

De leden van de PvdA-fractie vragen dringend de twee uitvoerings-AMvB's voor de verdere behandeling aan de Kamer te doen toekomen. Welk deel van het vereveningsstelsel wordt bij ministeriële regeling bepaald, en welk deel bij of krachtens AMvB? Wat zijn hierbij de overwegingen geweest?

Met de Raad van State zijn de leden van de fractie van GroenLinks van mening dat, voorzover ten behoeve van het zorgverzekeringsstelsel publieke middelen aan zorgverzekeraars beschikbaar worden gesteld, zij deze middelen ook moeten besteden aan de publieke belangen die in het zorgverzekeringsstelsel besloten liggen, en moeten kunnen verantwoord worden. 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. Deze leden 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? Maar ook los daarvan overtuigt het argument van de regering niet. De private zorgverzekeraars worden immers vooral geprikkeld om winst te maken.

Bovendien zouden deze leden alsnog graag een reactie zien op de stelling van de Raad van State dat de publieke verantwoording noodzakelijk is om periodiek het vereveningsmodel te kunnen herijken. Ook willen de leden van de fractie van GroenLinks graag weten op basis van welke persoonskenmerken verzekeraars in aanmerking komen voor risicoverevening.

Er wordt geen vereveningsbijdrage uitgekeerd zonder dat de Europese Commissie zich over het karakter hiervan heeft uitgesproken. De zorgverzekeraars lopen dan echter wel risico. Ze moeten wel verzekeren, zonder dat ze zeker zijn van een bijdrage uit het vereveningsfonds. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen een reactie van de regering.

Beheer en toezicht

Algemene uitgangspunten

Beoordeelt de regering de nieuwe zorgverzekeringswet als een hercodificatie van de huidige Ziekenfondswet, aangevuld met extra toezicht en controles, zo vragen de leden van de VVD-fractie. Zo neen, waarom niet?

Toezicht op de uitvoering van de wet door de zorgverzekeraars: borging van publieke belangen

In zekere zin functioneren de balansvoorschriften van de PVK ook als een risicovereveningsmechanisme: bij een jonge populatie zullen immers zwaardere voorschriften gelden. De leden van de CDA-fractie willen weten welke criteria de PVK aanvullend op het Zorgfonds zal gaan hanteren om tot voorschriften van de technische verplichtingen van verzekeraars te komen. Deze leden vragen een inhoudelijke uiteenzetting waaraan een verzekeraar met een verzekerdenbestand dat geen afspiegeling in leeftijdsopbouw heeft, bijvoorbeeld omdat er meer ouderen in de portefeuille zijn verzekerd of omdat de verzekeraar zich op een doelgroep met een jongere leeftijdsopbouw richt, moet voldoen.

De leden van de fractie van GroenLinks 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?

In de toezichtvisie van de regering staat de beoordeling van de prestaties zorgverzekeraar centraal. De leden van de ChristenUnie-fractie vinden dat daarin ook moet worden opgenomen in welke mate de geleverde zorg daadwerkelijk aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt. Kan de regering daarenboven aangeven, wat de ontwikkelingen op dit moment zijn met betrekking tot het opstellen van goede prestatie-indicatoren?

Toezicht op het ontwikkelen van markten en mededingingstoezicht

«Voor de werking van het systeem is het immers van groot belang dat verzekerden gaan stemmen met de voeten.», aldus stelt de memorie van toelichting. De vraag van de leden van de SP-fractie is hoe vrij de voeten van de verzekerden zijn op het moment dat zij bij een andere verzekeraar niet geaccepteerd worden voor de in hun ogen noodzakelijke aanvullende verzekering.

Het is nog onduidelijk of de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel tot oprichting van de Zorgautoriteit afgerond is voordat het nieuwe zorgstelsel van kracht is. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering er echt naar te streven beide wetten tegelijkertijd in te laten gaan. Juist in de beginfase moet er goed toezicht zijn, toegesneden op de nieuwe situatie.

Toezicht op de kwaliteit van de zorg

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe in de toekomst de samenwerking tussen de IGZ en de zorgverzekeraars zal zijn. Zij vragen verder welke gegevens de IGZ ter beschikking zal stellen van de zorgverzekeraars en verzekerden. Wordt hierin onderscheid gemaakt naar gebruiker? Tot slot rest de belangrijke vraag bij wie de verzekerde kan aankloppen als de kwaliteit van de geleverde zorg niet voldoende is.

De regering stelt dat het opstellen van regels die de vrijheid in het aantal op de markt te brengen varianten beperkt, in strijd komen met Europese schaderichtlijnen. Zou bij de keuze voor een publiekrechtelijk systeem dan gelden dat het wel makkelijker is het aantal varianten zodanig te beperken dat transparantie wordt verwezenlijkt? Is het omgekeerd zo dat in een privaatrechtelijk systeem het uiterst moeilijk is de transparantie af te dwingen, omdat de schaderichtlijnen blijkaar verhinderden dat ingegrepen mag worden in het aantal varianten? Welke instrumenten ziet de regering als mogelijk om de transparantie te bewerkstelligen in ofwel een privaatrechtelijk stelsel ofwel een publiekrechtelijk stelsel?

Een nieuwe structuur voor de uitoefening van het toezicht

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over de stelling van de regering dat in alle gevallen het resultaat zal zijn dat de verzekerde zorg krijgt waaraan hij behoefte heeft en dat de zorgverzekeraar de kosten op zich neemt. Op individueel niveau zal het vaak voor kunnen komen, sterker nog, rekent de regering erop, dat individueel verzekerden naar de rechter stappen om jurisprudentie te ontlokken. Marktwerving zal in zulke gevallen falen omdat verzekerden niet kunnen overstappen naar een andere verzekeraar op het moment dat een conflict over te leveren zorg of te verlenen restitutie zich voordoet. 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 (CVZ)?

Hoe is de samenhang van de aanpak bij geschillen met de voornemens van het ministerie van Economische Zaken om te komen tot één consumententoezichthouder en met de voornemens van het ministerie van Financiën om te komen tot één toezichthouder voor financiële geschillen?

De leden van de PvdA-fractie vragen een overzicht van alle taken en bevoegdheden (niet alleen toezicht) van het CVZ, zoals opgenomen of voortvloeiend uit deze wet.

De leden van de PvdA-fractie ontvangen voorts antwoord op de volgende vragen.

Waar ligt in de toekomst het toezicht op het vermogensbeheer? Zullen hieraan eisen worden gesteld? Zo ja, zullen de richtlijnen gelijk blijven of veranderen? Zo nee, waarom niet? Hoe beoordeelt de regering de uitgangspositie van de huidige zorgverzekeraars met betrekking tot hun vermogensbeheer?

VI. Grensoverschrijdende zorg

De kring der verzekerden wordt gevormd door mensen die verplicht in de AWBZ zijn verzekerd. Hoe zal de verzekeringsplicht/het verzekeringsstelsel zijn voor mensen met een vrijwillige AWBZ verzekering, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Hoe wordt de verzekeringsplicht vormgegeven voor mensen die in Nederland woonachtig zijn of niet, en vanwege werkzaamheden in meerdere landen in een of meerdere landen belastingaangifte doen, achteraf?

Welke modelovereenkomst denkt de regering aan te bieden aan verzekerden uit het buitenland? Zou zich de situatie kunnen voordoen dat Nederlanders, die hier verzekerd zijn moeten bijbetalen voor een behandeling in een ziekenhuis (anders dan door een eigen risico/no-claim), terwijl mensen uit het buitenland de betreffende behandeling gratis ontvangen? Is het ook mogelijk dat onder de nieuwe wet een Nederlander zou moeten bijbetalen voor behandeling in Nederland, bijvoorbeeld omdat hij een preferred provider contract heeft en diezelfde behandeling in een ziekenhuis over de grens gratis kan ontvangen? Kunnen Nederlandse zorgverzekeraars ook contracten aangaan met buitenlandse zorginstellingen? Zij zien graag een toelichting op welke rechten Nederlandse verzekerden hebben op zorg in het buitenland zonder dat er een contract bestaat met de verzekeraar (en dus op basis van verdragen) en wanneer er wel een overeenkomst bestaat.

De leden van de CDA-fractie vragen voor welke groepen mensen die in het buitenland wonen de acceptatieplicht geldt, en hoe het vereveningsfonds informatie verkrijgt over de werknemersstatus van deze mensen. Daarnaast vragen zij of er sprake is van indirecte discriminatie van in Nederland wonende in vergelijking met in het buitenland wonende verzekerden, omdat de laatstgenoemde groep het recht heeft zich te verzekeren bij elke verzekeraar, terwijl de Nederlandse inwoners alleen verzekeringen kunnen aangaan die in hun provincie worden aangeboden. Deze leden vragen de regering deze vorm van discriminatie te voorkomen.

In hoeverre bestaan in de voorstellen nu mogelijkheden voor buitenlandse toetreders om als aanbieder de Nederlandse markt op te gaan, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

VII. Transparantie in het verzekeringsstelsel

De leden van de CDA-fractie vragen naar de wijze waarop de informatie bij de burgers terechtkomt om een verantwoorde keuze voor een zorgverzekeraar te kunnen maken. Hoe is de keuzevrijheid van de verzekerde gewaarborgd, wanneer zijn werkgever een collectief contract heeft gesloten met een zorgverzekeraar, zo vragen deze leden. Hoe kan de burger kiezen uit het diverse aanbod qua vergelijking in kwaliteit en toegankelijkheid (wachtlijsten, redelijke afstand, beschikbaarheid, diversiteit versus monopoliepositie bijv.) van een zorgaanbieder en op welke wijze kan de mogelijkheid om jaarlijks van zorgverzekeraar te veranderen worden gewaarborgd. Hoe kan de verzekerde het mogelijke overstapmoment aangeven en hoe gemakkelijk valt de overstap te maken, ook i.v.m. de administratieve lastendruk, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Daarnaast vragen deze leden de regering hoeveel veranderingen van zorgovereenkomsten de regering verwacht.

De vormgeving van het verzekeringsstelsel biedt een scala van keuzemogelijkheden aan de burger, zo stelt de memorie van toelichting. Keuzes voor een zorgverzekeraar, keuze uit premie en eigen risico, keuze voor natura of restitutie en een keuze van zorgaanbieders. De leden van de CDA-fractie kunnen zich voorstellen dat de burger behoefte heeft aan heldere informatie om hem in staat te stellen een goede keuze te maken. De zorgverzekeraar zal alle varianten neerleggen in model-

overeenkomsten. Op grond van de verschillende keuzemogelijkheden zijn nogal wat varianten mogelijk. Deze leden vragen de regering in te gaan op de vraag of de verzekerde zelf een keuze kan maken in de gewenste varianten (vraaggestuurd) of dat hij toch uiteindelijk afhankelijk is van de varianten die de zorgverzekeraar biedt (aanbodgestuurd). Zij vragen ook hoe de overzichtelijkheid gewaarborgd kan worden van de verschillende polissen, wanneer er veel varianten mogelijk zijn. Deze leden menen dat zorgverzekeraars uit oogpunt van kostenbeheersing en overzichtelijkheid slechts een keuze zullen willen bieden uit een gering aantal varianten. In hoeverre is marktwerking hierbij een optie in regio's waar een gering aantal verzekeraars optreedt?

De leden van de PvdA-fractie hebben zorgen over de wijze waarop de verzekerde door het kiezen van een verzekeraar indirect ook moet kiezen voor een zorgaanbieder. Daardoor wordt naar hun mening de moeilijkheid van de keuze verder vergroot, en is dus het inzicht van de verzekerde in het geboden pakket minder. In hoeverre voorziet de regering hierdoor keuzeproblemen? Zij vragen ook om mogelijkheden om dit keuze-probleem te vereenvoudigen.

Hoe wordt voorkomen dat het nieuwe stelsel voor een gemiddelde verzekerde even ondoorzichtig is als het huidige, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen 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.

Voor verzekeringsplichtigen komt een vergelijkend overzicht beschikbaar met de kerngegevens die voor hen van belang zijn bij het bepalen van een keuze voor een zorgverzekeraar. Op welke manier, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie in navolging van het CSO, draagt de regering er zorg voor dat de informatie over het aanbod van zorgverzekeraars en van aanbieders op maat, laagdrempelig, vergelijkend en dicht bij de sociale omgeving komt?

Een van de doelstellingen van het wetsvoorstel is verzekerden een grote keuzevrijheid te bieden. De leden van de SGP-fractie vragen zich af of die keuzevrijheid niet zo ver gaat dat er geen sprake zal zijn van een transparante verzekeringsmarkt. Zullen de vele verzekeringsvormen er niet toe leiden dat bij het maken van een keuze nauwelijks inzichtelijk is te maken welke mogelijkheden er zijn en vooral ook wat de consequenties zijn van een bepaalde keuze?

VIII. Gegevensuitwisseling

De leden van de PvdA-fractie vragen of de bureaucratie bij het nieuwe stelsel verder toeneemt. Zij vragen welke voornemens de regering heeft, om zorg te dragen voor een optimale afstemming en uniformering van de

informatie en indicatoren die door de zorgverzekeraars aangeleverd en opgevraagd kunnen worden.

IX. Financiële sturingsmogelijkheden

De leden van de PvdA-fractie vragen welke financiële sturingsmogelijkheden de regering in het voorstel houdt op het gebied van tariefmaatregelen.

X. De financiële gevolgen

De leden van de fractie van de PvdA zien graag antwoorden tegemoet op de volgende vragen.

Hoeveel opbrengsten verwacht de regering van de voorstellen? Hoe ontwikkelen deze opbrengsten zich over de tijd? Wat is de inschatting ten aanzien van de extra kosten die het systeem met zich meebrengt, namelijk een stijging van de solvabiliteitsvereisten, een toename van de marketingkosten, een toename van de rentekosten en een toename van de kosten van zoekgedrag? Hoe verwacht de regering dat de uitvoeringskosten zich zullen ontwikkelen als percentage van het geheel? Deze leden vragen een vergelijking met de huidige uitvoeringskosten bij zorgverzekeraars en particuliere verzekeraars.

Er wordt gezegd, zo constateren de leden van de VVD-fractie, dat de invoeringskosten van het nieuwe ziektekostenverzekeringssysteem hoog zijn: ICT-aanpassingen, communicatie naar klanten, etc. De eerste jaren zullen de premies moeten stijgen om de investeringen terug te verdienen, omdat er geen kostenverlagingen tegenover staan. Deze kostenverlagingen zijn namelijk afhankelijk van het tempo van liberalisering van de zorgmarkt. En die gaat traag. Kan de regering hierop reageren? Hoe voorkomt de regering hoge invoeringskosten? Een belangrijk aspect is de tijdigheid van helderheid over de precieze condities van het nieuwe systeem. Kan de regering dat garanderen?

Zoals reeds eerder gezegd hebben de leden van de GroenLinksfractie grote bezwaren bij de hoge nominale premie. Deze leden verwachten nog meer koopkrachtverlies voor de lage inkomens (na de klappen die zij al hebben gekregen in 2004 en 2005). In de memorie van toelichting maakt de regering zich er te gemakkelijk van af als het gaat om inzicht geven in de inkomenseffecten van de stelselherziening. De leden willen inzicht in het integrale inkomensbeeld voor de behandeling van de wet in het parlement. Een verwijzing naar de begroting voor 2006 volstaat daarom niet. Deze leden willen verder weten of inzichtelijk kan worden gemaakt wat de koopkrachteffecten zijn voor huishoudens die onder de ziekenfondsgrens zitten en er boven, uitgesplitst naar al dan niet alleenstaand, al dan niet met kinderen, boven en onder de 65 jaar? Kan verder worden aangegeven wat de omvang is van de genoemde categorieën en hoeveel premie zij gemiddeld zouden betalen in 2006 bij voortzetting van het huidige stelsel?

In sommige gevallen dienen verzekerden een zorggebonden eigen bijdrage te betalen. In welke gevallen, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Uniforme betaling werkgevers

De leden van de CDA-fractie vragen een nadere uitleg over de neutrale omzetting van de werkgeverslasten in het wetsvoorstel. Zij menen dat de werkelijke werkgeversbijdrage tot nu toe bij eerdere pogingen bij stelselwijzigingen niet concreet zijn gemaakt en dat daarom altijd met een benadering moeten worden gewerkt. Dit betekent dat de werkgeversbijdragen

buiten de ziekenfondswet altijd moeten worden gestandaardiseerd. Daarom vragen zij naar een benadering van de volgende situaties en een doorrekening ervan:

Voor alle werknemers/ambtenaren wordt een werkgeversbijdrage gerekend van 50% van de herleide ziektekostenpremies volgens het ziekenfondspakket 2005 met MOOZ-heffingen, ongeacht wat de werkgever in de arbeidsvoorwaarden of in het loon daadwerkelijk vergoedt, zo merken de CDA leden op.

De leden van de CDA-fractie menen verder dat in de macro-berekening werkgeverslasten de niet-verzekerde particulieren voor eigen rekening, studenten en AWBZ-verzekerden, militairen etc niet worden meegenomen (ook als daar werknemers onder zouden vallen). Zij vragen tenslotte bij de benadering uit te gaan van de voorwaarden om eigen betalingen en de premie uitgebreide ziektekostendekking worden buiten de conversie te houden, om geen onderscheid te maken tussen bedrijven en overheids-werkgevers en om de nu door werkgevers betaalde kinderpremie apart te vermelden.

De leden van de PvdA-fractie vragen een uitsplitsing van de huidige werkgeversbijdrage naar Ziekenfondswet (met verbijzondering naar werkgevers, zelfstandigen en gepensioneerden) en particuliere verzekeringen (met verbijzondering naar ambtenaren, maatschappij en Wtz-polissen). Zij vragen tevens een overzicht van de toekomstige werkgeversbijdrage, met een verbijzondering naar de hierboven genoemde groepen.

Daarnaast verzoeken deze leden informatie over de belastinginkomsten die met de werkgeversbijdrage gepaard gaan. Naar hun mening gaat het hier om een extra opbrengst van het stelsel, die zij niet nadrukkelijk genoemd zien in de lastenverzwaringen. Zij vragen Tabel 5 en Tabel 6 te herberekenen en daarbij de effecten van deze belasting en premieheffing op te nemen. Indien de gevolgen reeds in Tabel 5 en 6 zijn opgenomen, verzoeken zij dit effect expliciet te maken.

Wijziging rijksbijdrage

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de overweging is om de rijksbijdrage te halveren.

Overheveling van delen van de GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet

De leden van de PvdA-fractie vragen met welk percentage de AWBZ-premie als gevolg van deze wijziging naar verwachting zal dalen.

Lastendekkende premies

De leden van de PvdA-fractie vragen waardoor de eigen bijdragen in Tabel 1 precies gelijk zijn aan de financieringsverschuiving no-claim teruggaaf in Tabel 3.

Zij vragen een nieuwe versie van Tabel 1 en 3, waarin ook de eigen bijdragen voor zorg (huidige ZFW en toekomstige basispolis) en het eigen risico expliciet wordt gemaakt als financieringsbron.

Zij vragen voorts 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.

Deze leden vragen wat de nominale opslagpremie is, en waarvoor deze wordt gebruikt.

Lastenbeeld

De leden van de PvdA-fractie vragen uitleg van het fiscaal pakket. Hoewel het hen duidelijk is dat de precieze uitwerking hiervan niet zeker is, zouden zij graag zien met welke aannames in de berekeningen gewerkt is. Specifiek willen zij graag een overzicht met de verwachte aanpassingen aan de eerste en tweede schijf, de kinderkortingen, de combinatiekorting en de ouderenkorting. Zij zouden ook graag expliciet zien wat de invloed is van belasting- en premieheffing op de werkgeversbijdrage. Voor alle componenten zouden zij bovendien de micro- en macro-aanpassingen zien.

Deze leden vragen of het saldo van 900 miljoen euro voor het macro-lastenbeeld betekent dat de zorgverzekeringswet in combinatie met de zorgtoeslag 900 miljoen euro meer kost dan de ZFW, MOOZ en Wtz samen. Is sprake van lastenverlichting of verzwaring voor zelfstandig ondernemers als het gaat om de premie die zij voor zichzelf of hun gezinsleden verschuldigd zijn? Is de conclusie juist dat inkomenseffecten, die fors zijn, worden verminderd indien de premies niet lastendekkend worden vastgesteld zoals al jarenlang gebruikelijk is? De leden van de PvdA-fractie vragen met hoeveel euro de premie kan dalen, en daarmee de zorgtoeslag, indien de rijksbijdrage geen 1,5 maar 3 miljard euro zou zijn.

Inkomenseffecten

De leden van de PvdA-fractie gaan bij de behandeling van het voorstel van Wet op de zorgtoeslag in op de inkomensgevolgen, maar stellen hier nog de vraag waarom niet is gekozen voor een systeem waarbij de inkomenssolidariteit zichtbaar wordt in de premie zelf die grotendeels inkomensafhankelijk is en te kiezen voor een systeem waarbij de kosten van de zorg transparant worden gemaakt door aan te geven wat de gemiddelde premie is.

De concurrentie tussen verzekeraars die wordt voorgestaan kan immers ook op basis van het huidige systeem in de ZFW van een inkomensafhankelijke premie plus nominale premie tot stand komen.

Deze leden vragen voorts op welke wijze studenten en ambtenaren afzonderlijk zullen worden gecompenseerd, en wat hiervoor de overwegingen zijn.

Op dit moment bestaan er regelingen voor de tegemoetkoming ziektekostenverzekering en tegemoetkoming ziektekosten voor onderwijspersoneel (ZVOO en ZKOO). Wat gebeurt in de toekomst met deze regelingen? Welk budgettair beslag gaat hiermee gepaard, en in hoeverre wijken de koopkrachteffecten voor deze groepen af van het gemiddelde beeld?

Het overzicht met de financiële gevolgen van de stelselherziening bevat binnen de verschillende groepen grote verschillen. De leden van de SGP-fractie zouden graag een toelichting willen op de grote verschillen in effect bij de groep actieven (alleenverdieners) en de AOW-gerechtigde paren. Waaruit vloeien deze grote verschillen voort?

Financiële reserves

Private verzekeraars alsmede publieke randvoorwaarden brengen met zich mee dat de solvabiliteitseisen voor ziekenfondsen door de Pensioen- en Verzekeringskamer opgeschroefd zullen worden, zo verwachten de leden van de CDA-fractie. Deze leden vragen de regering bij benadering aan te geven welk prijskaartje hier aanhangt.

De leden van de PvdA-fractie hebben vragen over het solvabiliteitstoezicht en de eisen op dit gebied. Welke gevolgen ontstaan precies voor voorma-

lige ziekenfondsen en voor particuliere verzekeraars op het gebied van solvabiliteit door de invoering van de Zorgverzekeringswet? Hoe groot is de daling of stijging in de eisen voor ziekenfondsverzekeraars en particuliere verzekeraars? Hoeveel bedraagt het bedrag aan vrijkomende solvabiliteit, en hoeveel zal aan extra middelen moeten worden aangehouden? Stelt de PVK door de invoering van de Zorgverzekeringswet wel of niet hogere eisen dan voorheen (ook gezien de recente berichten van Zorgverzekeraars Nederland)? Op basis waarvan? Welke invloed heeft daarbij het nieuwe toetsingskader van de PVK voor beide type verzekeraars? Welke gecombineerde invloed verwacht de regering? Wat is de invloed hiervan op het gelijk speelveld?

Onduidelijk is welke eisen zullen worden gesteld aan de solvabiliteit en voorzieningen van de zorgverzekeraar in het nieuwe ziektekostenverzekeringssysteem. Tijdens de behandeling van de VWS-begroting 2005 hebben de leden van de VVD-fractie daarop ook geen concreet antwoord gekregen. Zij zijn voorstander van een gelijk speelveld met een reëel reserveniveau, afgestemd op het risico. Op welke termijn geeft de regering hierover helderheid?

XI. De administratieve lasten

De regering heeft een ambitieus plan om de administratieve lastendruk aan te passen.

De leden van de VVD-fractie stellen hierover de volgende vragen. Neemt de administratieve lastendruk voor de basisverzekering toe ten opzichte van de bestaande lastendruk? Deze indruk bestaat bij een aantal betrokkenen wel. Zo neen, kan de regering dan aangeven waarom niet? Zo ja, wat is de regering voornemens te doen om de lastendruk te reduceren? In het Nader rapport schrijft de regering «Vooraf op de onderdelen toezicht/verantwoording en verzekerdenadministratie vinden besparingen plaats.» Waarop is deze uitspraak gebaseerd? Wordt hier bedoeld op verschuiving van administratieve lasten van de overheid naar de private sector? Zo neen, op welke dan wel? Zo ja, mag dat dan een administratieve lastenverlichting genoemd worden?

Verzekeraarsadministratie

De leden van de PvdA-fractie stellen de volgende vragen. In hoeverre zal een publiekrechtelijk systeem de uitwisseling van gegevens, van belang voor beleidsinformatie, vergemakkelijken? Zal de concurrentie tussen zorgverzekeraars in een privaatrechtelijk systeem niet verhinderen dat op tijd de juiste beleidsinformatie boven tafel komt?

Toezicht en verantwoording

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over het wegvallen van toezicht op doelmatigheid van collectieve uitgaven in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Met de uitvoering van de ZVW zijn miljarden collectieve middelen gemoeid waaraan blijkbaar geen andere doelmatigheidseisen worden gesteld. Is dat omdat het CTZ nooit enig zinnige uitspraken heeft gedaan op dit terrein in het verleden? Kan de regering ingaan op het vervallen hiervan, welke technische redenen hiervoor zijn (heeft dit bijvoorbeeld te maken met de keuze voor een privaatrechtelijk stelsel), waarom niet de Algemene Rekenkamer wordt ingezet voor dit doelmatigheidstoezicht (en daarbij specifiek het commentaar van de Raad van State meenemen).

XII. Overgangssituatie

De leden van de CDA-fractie vragen de regering met klem de overgangssituatie van de drie huidige systemen naar het nieuwe zorgstelsel zo soepel en zo zorgvuldig mogelijk te laten verlopen voor alle betrokkenen. Zij betrekken hierin ook de noodzaak van een duidelijke, vroegtijdige informatievoorziening naar de burgers.

Deze leden zien de overgang echter wel als een essentieel onderdeel van het nieuwe stelsel: echte keuze tussen verzekeringen is immers alleen mogelijk indien er tijdig goede informatie beschikbaar is en overgangstermijnen duidelijk zijn.

Deze leden menen dat de Invoeringswet daarbij een belangrijk instrument is. Deze wet moet gelijktijdig ingaan met de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag en de leden van de CDA-fractie vragen de regering dan ook te schetsen hoe de invoering op hoofdlijnen zal zijn geregeld en nog voor eind november de Invoeringswet naar de kamer te sturen. Tenslotte vragen deze leden welke gevolgen de invoering van de wet heeft voor sociale zekerheidswetgeving.

XIII. Inwerkingtreding en voorlichting

Het wetsvoorstel bevat tientallen AMvB's en ministeriële regelingen waarin de details van het stelsel worden geregeld. Dit betreft zeer bepaalde onderdelen, zoals de aanspraken (inhoud en omvang van het pakket en de functionele aanspraken), de contracteerplicht, de mogelijke premiekortingen voor collectiviteiten, verevening, het werkgebied en de gegevensverstrekking. Gesteld wordt dat volgens de laatste informatie pas vlak voor de invoering in 2006 de precieze invulling bekend zal zijn. Dat zou betekenen dat pas eind 2005 alle betrokkenen geïnformeerd kunnen worden over de gevolgen van deze wet voor hen. Kan de regering aangeven of deze geruchten juist zijn en zo ja, wat zij voornemens is hieraan te doen? Wat acht de regering een verantwoorde datum waarvoor de precieze invulling bekend moet zijn om de wet verantwoord in te voeren?

Op onderdelen wordt een stapsgewijze invoering voorgesteld, zonder dat het eindplaatje en de weg ernaar toe duidelijk zijn. Deze onzekerheid kan tot gevolg hebben dat de betrokkenen weinig tot geen actie ondernemen om hun rol in het nieuwe systeem voluit te spelen. Dat heeft grote gevolgen. Kan de regering ook hierop een reactie geven?

Lagere regelgeving laat de ruimte om periodiek – en afhankelijk van op dat moment regerende partijen – ingrijpende (koers)wijzigingen door te voeren. Dit betekent (rechts)onzekerheid in het ondernemingsklimaat van de betrokkenen. Dit kan ertoe leiden dat risico's worden gemeden. Hiermee wordt dus ondernemend gedrag belemmerd. Dit bedreigt de werking van het voorgestelde ziektekostenverzekeringsstelsel. Daarnaast is de kans aanwezig dat verzekeraars met risico-opslagen gaan werken. Dit heeft weer ongewenste premie-effecten. Voor een goed ondernemingsklimaat is een voorspelbare overheid doorslaggevend. Ook hierover wensen de leden van de VVD-fractie een toelichting op de gemaakte keuzes.

Kortom, de leden van de VVD-fractie vragen de regering of het mogelijk is voor de invoering van de wet volledige duidelijkheid te geven over de eindsituatie ten aanzien van de belangrijkste punten van de wet en het invoeringstraject in de tijd. Is het mogelijk dit eindplaatje met piketpalen en het invoeringstraject in de wet vast te leggen? Zo nee, waarom niet? Is het mogelijk de lagere regelgeving te schrappen, opdat er een speelveld ontstaat waarop de markt kan werken? Zo nee, kan de regering dan per AMvB aangeven waarom deze echt noodzakelijk is? Kan de regering tot slot aangeven wanneer de inhoud van echt noodzakelijke lagere regelgeving bekend wordt met het oog op een adequate bedrijfsvoering?

Overige vragen

Bij een privaat stelsel past een grotere verantwoordelijkheid van de overheid voor voldoende artsen en verpleegkundigen, daarbij is schaarste hier funest voor vrije prijsvorming, zo menen de leden van de CDA-fractie, die kan leiden tot prijsopdrijving, hetgeen soms nu al zichtbaar is. Deze leden vragen de regering dan ook naar de wijze waarop ze invulling zullen geven aan de opleidingscapaciteit van artsen en verpleegkundigen en spreiding van de zorginstellingen.

De leden van de CDA-fractie verwachten niet dat jaarlijks een groot aantal verzekerden van verzekeraar zal veranderen. Integendeel, zij verwachten dat dus langdurige relaties kunnen ontstaan tussen verzekerden en verzekeraar. Voor een verzekeraar kan preventie door bijvoorbeeld gedragsbeïnvloeding dan aantrekkelijk worden. Echter het vereveningsmodel remt hier indirect, omdat preventie leidt tot het zich niet voordoen van een schadekenmerk en daardoor een lagere bijdrage uit het vereveningsfonds.

De leden van de PvdA-fractie zien wenselijke prikkels op het gebied van preventie en extramuralisering niet voldoende terug in het voorstel van wet. Ook in het huidige systeem zijn de lage uitgaven voor preventie een tekortkoming. Dit wordt echter niet als zodanig genoemd bij de overwegingen voor een nieuw systeem. Daarnaast ontstaan voor veel aanbieders en verzekeraars niet voldoende prikkels om door middel van extramuralisering en ketenaanpak tot besparingen te komen. Een belangrijke doelstelling, de betaalbaarheid van de zorg, en ook de doelstelling die deze leden van groot belang vinden – namelijk de duurzame gezondheid van de bevolking – kunnen hierdoor in gevaar komen.

Hoe kijkt de regering aan tegen de initiatieven van VGZ, waarbij ook een boetebeding voor ondermaats presterende ziekenhuizen is opgenomen, zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Vindt de regering dat een deel van de betaalde boete ook bij de patiënt(en) terecht zou moeten komen?

De leden van de SP-fractie hebben in het advies van de Raad van State vernomen dat zij adviseren de wet niet aan de Kamer toe te sturen. Heeft de regering nog advies gevraagd aan de Raad over het wel of niet toesturen van de wet aan de Kamer nadat zij enkele opmerkingen van de Raad heeft overgenomen? Zo neen, waarom niet? Wat was volgens de regering de reden van de Raad om een negatief advies te geven?

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 1

Sub a.

Waar ligt het verschil tussen een huidig ziekenfonds en de nieuwe private zorgverzekeraar, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Sub b.

De leden van de CDA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Waarom is in de definitie van zorgverzekeraar niet gesteld, dat deze een vergunning voor categorie 1 en 2 krachtens de wet toezicht verzekeringsbedrijf?

Hoe verhoudt de zorgverzekeraar zich tot de wet toezicht verzekeringsbedrijf en de daarin vermelde branches?

Sub d.

Waarom is gekozen voor de formulering «niet te boven gaan», zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Sub f.

Gesproken wordt over de verzekerde als degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoel in artikel 10, door een zorgverzekering wordt gedekt. Waarom is hier niet de terminologie «medisch noodzakelijk» gehanteerd, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Sub o.

Iedere burger van 18 jaar en ouder is zelfstandig verzekeringsplichtig, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Betekent dit dat een kostwinner niet ten behoeve van zijn partner een zorgverzekering kan sluiten? Betekent dit tevens dat medeverzekerden alleen kunnen zijn: kinderen jonger dan 18 jaar?

Artikel 2

Verzekeraars zijn behoorlijk in staat gebleken een sluitend systeem van in- en uitschrijvingen te hanteren, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Waarom wordt dan een bijzonder ingewikkeld middelvoorschrift gegeven ten aanzien van de in- en uitschrijving van verzekerden, terwijl dat ook aan de verzekeraar kan worden overgelaten onder een doelvoorschrift?

Dit artikel levert onduidelijkheid op over de vraag of de verplichting op basis van het derde lid ook geldt voor ouders die gemoedsbezwaard zijn. De leden van de SGP-fractie gaan ervan uit dat zij niet kunnen worden verplicht tot het afsluiten van een verzekering voor hun kinderen, maar willen graag de bevestiging dat dit ook daadwerkelijk het geval is. Moet dit niet duidelijker in de wet worden vastgelegd?

Artikel 3

In het wetsvoorstel wordt aangegeven dat de verzekerde een zorgverzekeringsovereenkomst sluit met de zorgverzekeraar. De Raad van State heeft hierbij indringende vragen gesteld over de overeenkomsten en verschillen van de zorgverzekeringsovereenkomst en de verzekeringsovereenkomst in de zin van art. 7.17.1.1.BW. De leden van de CDA-fractie vragen de regering om een toelichting van het standpunt dat de verzekerde die zich wendt tot een zorgverzekeraar niet in de categorie valt van «we verzekeren geen brandend huis». Deze leden vragen of het uitgangspunt van de acceptatieplicht dat strikt genomen niet past binnen het verzekeringsbegrip in de zin van het BW toch gehandhaafd kan blijven. Zij vragen of het niet noodzakelijk is binnen de Zorgverzekeringswet de verschillen tussen beide verzekeringsbegrippen te omschrijven en de afwijkingmogelijkheid van de zorgverzekeringsovereenkomst in de wet te verankeren, door de precieze rechten van de verzekerde te omschrijven alsmede die van de jongere, die wel verzekerd is zonder premiebetaling.

Een aspirant-verzekerde kan een verzoek tot verzekering doen bij meer verzekeraars tegelijk. Om verzekerd te worden moet hij slechts aan enkele voorwaarden voldoen, zoals zich identificeren en zijn sofinummer opgeven. Dan is de verzekering ingegaan met terugwerkende kracht tot de dag van zijn verzoek.

De leden van de VVD-fractie stellen de volgende vragen. Wie zoekt hoe uit wie de echte verzekeraar van deze persoon is? Kan de regering het antwoord dat zij in het Nader rapport geeft op de vraag van de Raad van State op het gebied van de contractvrijheid, in de context van het vrij verkeer van diensten, toelichten? In hoeverre is er feitelijk nog sprake van contractvrijheid onder de Zorgverzekeringswet? Wat is de reactie van de regering op het feit dat sinds de richting van de nieuwe zorgverzekeringswet in grote lijnen bekend is, er inmiddels ten minste vier verzekeraars hun particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijf hebben gestaakt?

Vijfde lid

Een in het buitenland woonachtige verzekerde kan kiezen tussen alle modelovereenkomsten, die een verzekeraar in alle provincies aanbiedt en heeft zodoende recht op de prijs in de goedkoopste provincie. Is hier sprake van discriminatie tussen in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen en in Nederland woonachtige verzekeringsplichtigen, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Is dit toegestaan volgens de Europese wetgeving en dan in het bijzonder volgens de anti-discriminatiewetgeving?

Artikel 4

De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Waarom wordt de verzekeringsplichtige niet in dit wetsvoorstel aangewezen, maar wordt verwezen naar de AWBZ? De AWBZ zal naar de huidige plannen totaal herzien, opgesplitst in WMO, WVG en tenslotte als restant uiteindelijk in de basisverzekering worden ingebracht. Vereist dat niet een eigen definitie binnen de Zorgverzekeringswet, desnoods conform die van de huidige AWBZ?

Artikel 6

Eerste lid

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt. Hoe weet de verzekeraar dit, en weet de verzekerde dit wel altijd (op tijd), zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Dit betekent eenzelfde inschrijvingsprobleem als nu bij de Ziekenfondswet: als op 1 januari de verzekeringsplicht eindigt

- mag men kennelijk ook geen verzekering meer hebben;
- eindigt de verzekering op 2 januari daaropvolgend.

De MvT zegt: «Onderdeel d bepaalt dat de zorgverzekering eindigt met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is.» De leden van de VVD-fractie stellen de volgende vragen. Moet er dan worden gekeken naar de AWBZ? Dit is bijvoorbeeld het geval indien hij buiten Nederland gaat wonen, zonder alhier in dienstbetrekking te blijven werken. Hoe weet de verzekeraar dit (tijdig)? Deze leden wijzen voorts op het commentaar van de Raad van State op dit punt.

Tweede lid

De leden van de CDA-fractie vragen waarom een verzekering eindigt bij verhuizing naar een ander provincie (en niet eens bij verhuizing naar het buitenland!). Waarom is gekozen voor een snelle beëindiging van de

verzekering? Is er nu enig vergelijkbare situatie waarbij verhuizing leidt tot het vervallen van een verzekering?

Geldt de acceptatieplicht inderdaad voor alle verzekeringsplichtigen volgens de AWBZ, ook zij die in het buitenland wonen? In het regeerakkoord wordt gesproken over ingezetenen. Kan de regering dit toelichten, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Artikel 7

Derde lid, sub b

De vrijheid van een verzekerde om tenminste eenmaal per jaar over te stappen naar een andere zorgverzekeraar wordt beperkt doordat de verzekerde – bij een door de wetgever gedurende een kalenderjaar opgelegde pakketverslechtering – niet mag opzeggen. De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Wat wordt met dit artikel beoogd? Acht de regering beperking van de keuzevrijheid van de verzekerde in deze een ongewenst neveneffect?

Bestaat er in het wetsvoorstel een koppeling tussen het basispakket en de aanvullende verzekering? Zo ja, is de regering met de leden van de VVD-fractie van mening dat deze koppelverkoop de mobiliteit van verzekerden op de verzekeringsmarkt ernstig belemmert?

Artikelen 10 en 11

Voor zover aan de zorgovereenkomst rechten kunnen worden ontleend zal de Nederlandse verzekerde de vergoedingen niet ophalen in het publieke stelsel, zo verwachten de leden van de CDA-fractie, omdat in een groot aantal landen de kwaliteit daarvan beneden het Nederlandse niveau ligt. Zij vragen de regering nader in te gaan op de vraag of de overeenkomst die gelijkwaardig is aan een overeenkomst de verzekerde prestaties krachtens artikel 11, deze overeenkomst dan nietig zou kunnen zijn krachtens artikel 118, wanneer het premieniveau gebaseerd is op private voorzieningen, die niet vallen onder de publieke/sociale regeling van het betreffende land.

De leden van de VVD-fractie vragen de regering waarom zij ervoor heeft gekozen om de formulering van de functionele aanspraken niet in de wettekst op te nemen maar in een AMvB.

Waarom is in de ontwerp-wettekst gekozen voor de opvallende terminologie «behoefte»? De leden van de VVD-fractie kunnen zich voorstellen dat het hier het risico van kosten van medisch noodzakelijke zorg die niet voor eigen risico en rekening is te dragen betreft. Het risico dat iemand behoefte voelt kan niet verzekerd worden. Het risico dat de behoefte van iemand leidt tot consumptie van medisch noodzakelijke zorg wel. Welke zorg dit is, wordt door de overheid vastgelegd in de basisverzekering. Dat is zeker niet hetzelfde als de behoefte aan zorg. Wie bepaalt voorts of de verzekerde behoefte heeft aan zorg die is verzekerd via de basisverzekering. Hierover kan verschil van inzicht tussen de verzekerde, verzekeraar en aanbieder bestaan.

Gelet op bijvoorbeeld het feit dat een gedeelte van de zorgvraag slechts de vraag is om bevestiging dat men niet ziek is, moet de behoefte aan zorg veel groter zijn dan de medisch noodzakelijke zorg. Is er gedacht aan de mogelijkheid om second opinion en/of zorgvraag die niet door de eerstelijns is geïndiceerd voor eigen rekening te laten, voorzover er niet iets nieuws wordt geconstateerd?

Er zijn juristen die stellen dat de keuze tussen zorg in natura en een restitutiesysteem Europeesrechtelijk niet houdbaar is. Daarbij wordt verwezen naar arresten van het Hof van Justitie, waarin is vastgesteld dat

het vrij contracteren van zorg in strijd is met het vrij verkeer van goederen en diensten. Graag ontvangen de leden van de VVD-fractie een reactie van de regering op dit punt. «Zorgplicht» was onderwerp van de befaamde procedures van mr. Wijnberg uit Groningen, waarin de wettelijk gegarandeerde zorg niet beschikbaar bleek te zijn als gevolg van de budgettering. Kan de regering daarop ingaan?

De zorgplicht is vanuit een natuursysteem een logische eis aan verzekeraars. Kan de regering aangeven waarom dit ook een logische eis is die gesteld moet worden aan restitutieverzekeraars? Waarom beperkt de regering de zorgplicht niet tot naturapolissen? In het huidige en toekomstige systeem stellen beroepsgroepen en brancheorganisaties zelf in eerste instantie de kwaliteitsnormen vast, waarop de Inspectie vervolgens toeziet. Dit is in de ogen van de leden van de VVD-fractie een belangrijke peiler van ons huidige kwaliteitssysteem. Kan dit waardevolle uitgangspunt in het nieuwe systeem onder vuur komen te liggen van de Zorgautoriteit/NMa op grond van de Mededingingswet? Zo ja, wat gaat de regering hieraan doen? Zo neen, waarom niet?

Het is niet duidelijk in welke mate artikel 10 aansluit bij het criterium noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering, zoals genoemd in de memorie van toelichting. Kan de regering hier expliciet op in gaan, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

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?

Eerste lid, sub a

De hier geformuleerde zorgbehoefte is abstract. Kunnen, ter nadere invulling van de zorgplicht, objectieve criteria (zoals medische noodzakelijkheid) worden opgenomen, zo vragen de leden van de fractie van de ChristenUnie.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe het begrip behoefte uit zich verhoudt tot de medisch-noodzakelijke zorg. In hoeverre kunnen verzekeren vergoeding claimen voor verrichtingen die zij wel willen, maar die niet medisch noodzakelijk zijn?

Verder zijn deze leden van mening dat de tekst van dit eerste lid onduidelijkheid laat bestaan over de vraag of de activiteiten gericht op het verkrijgen van de zorg – de bemiddelingsactiviteiten – ook vergoed worden voor zorg in natura. In de wettekst lijken deze kosten alleen mee te worden gerekend in het restitutiestelsel.

De toelichting stelt dat het recht op verpleging op verblijf is losgekoppeld van de medisch-specialistische zorg die een ziekenhuis verleent. Waarom is dit gebeurd? Zijn deze kosten niet automatisch aan elkaar verbonden?

Derde lid

De leden van de ChristenUnie-fractie achten het ongewenst dat het parlement buiten de vaststelling van inhoud en omvang van de in lid 1 bedoelde prestaties blijft. Op welke manier wordt het parlement bij deze beslissing betrokken?

Vierde lid

In dit lid staat de bepaling betreffende de aantekening over verstrekkingen die een verzekerde niet wenst. Waarom is die mogelijkheid een aantekening te vragen alleen gericht op de verzekeringnemer zelf en niet voor degenen voor wie hij een verzekering afsluit?

De leden van de SGP-fractie vinden de begrenzing van dit artikel voor kinderen tot twaalf jaar vreemd. Ouders van kinderen boven de twaalf jaar zijn immers nog volledig voor hen verantwoordelijk. De redenering van de regering is dat jongeren boven die leeftijd recht hebben op keuzevrijheid ten aanzien van behandelingen. Deze keuzevrijheid voor de jongere is toch niet automatisch verbonden aan de vergoeding via de zorgverzekering? Het al dan niet ervoor verzekerd zijn staat toch niet in de weg aan de keuzevrijheid van het kind om een bepaalde behandeling te ondergaan?

Het probleem bij de voorliggende bepaling is ook dat kinderen boven de twaalf jaar die zelf ervoor kiezen om een aantekening te krijgen, dit niet kunnen, omdat zij niet zelf een verzekering afsluiten. Klopt de indruk van de leden van de SGP-fractie dat als ouders én kind het eens zijn over de aantekening hier aanlopen tegen de wettelijke belemmeringen?

De regering stelt dat alleen de verzekeringnemer actie kan ondernemen om een aantekening op de polis te krijgen. De leden van de SGP-fractie gaan ervan uit dat dit niet betekent dat verzekeraars geen reclame mogen maken met de mogelijkheid van aantekening. Is deze indruk juist?

Artikel 12

De leden van de CDA-fractie vragen de regering welke mogelijkheden de verzekerde heeft wanneer zijn zorgverzekeraar op een of andere wijze niet tot een overeenkomst komt met de zorgaanbieder die de verzekerde preferert.

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat het in principe niet wenselijk is dat zorgverzekeraars zelf zorgaanbod leveren (verticale integratie). Wel zien zij in dat het in bijzondere omstandigheden voor een zorgverzekeraar onontbeerlijk is om zelf zorgaanbod te leveren om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen, of om ongezonde aanbodsituaties te doorbreken. Waarom heeft de regering er niet voor gekozen om hierover in het onderhavig wetsvoorstel bepalingen op te nemen (nee, tenzij)? In dit artikel is bepaald dat er bij AMvB vormen van zorg kunnen worden aangewezen waarvoor een contracteerverplichting geldt. Kan de regering toelichten in welke situaties zij van artikel 12 gebruik zal maken?

Artikel 13

Is de formulering van de tekst van het eerste lid in overeenstemming met de huidige Europese jurisprudentie, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Zij verzoeken de regering het antwoord zorgvuldig te onderbouwen.

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Wat is de jurisprudentie voor de vergoeding voor niet-gecontracteerde aanbieders? Hoe zal dit bedrag naar de verwachting van de regering tot stand komen? Zal er een landelijke norm gelden die alle verzekeraars hanteren? Hoe ontstaat duidelijkheid voor de verzekerde? Kunnen verzekerden in alle gevallen een beroep doen op een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of kan dat alleen indien dat tevoren in de polis is vastgelegd? In welke omstandigheden zou dat niet mogen, althans zou er geen recht bestaan op vergoeding van gemaakte kosten?

De zorgverzekeraar mag een korting toepassen indien een verzekerde niet gecontracteerde zorg inroept. De vormgeving van zo'n korting wordt overgelaten aan de zorgverzekeraar. Geldt dat ook voor de hoogte van de toe te passen korting? Zo ja, waarom wil de regering daar geen grenzen aan stellen? Is het voorstelbaar dat een verzekerde om kwalitatieve redenen zorg inroept bij een niet gecontracteerde aanbieder (bijvoorbeeld omdat de patiënt van mening is en daarin wordt gesteund door deskundigen dat een specifieke behandeling betere resultaten heeft terwijl de zorgverzekeraar dat niet heeft gecontracteerd) en mag in zo'n geval dan ook een korting worden opgelegd?

Welke procedure wordt gevolgd indien sprake is van een conflict met betrekking tot deze korting? Moet in zo'n geval niet de geschillenprocedure gelden zoals het College voor Zorgverzekeringen die nu hanteert?

De leden van de PvdA-fractie vragen welke toezichthoudende instantie toezicht houdt op de vraag wat gebruikelijke zorg is en wat een gebruikelijk tarief is. Kan deze toezichthoudende instantie ook uitspraken doen over de kwaliteit en passendheid van aangeboden gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg?

Is de regering bereid de mogelijkheid op te nemen in de Zorgverzekeringswet van een persoonsgebonden budget voor specifieke behandelingen, met name die behandelingen waarbij sprake is van een langdurige behandeling of ondersteuning die nu deels onder AWBZ-zorg valt, zoals bijvoorbeeld de activerende begeleiding van autisten in de GGZ-sector of de begeleiding van nier- of diabetespatiënten?

Het persoonsgebonden budget is een vorm van vergoeding van (een deel van) de kosten (restitutie). Veel GGZ-patiënten maken daar nu ook gebruik van. De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Wat kan het nieuwe ziektekostenverzekeringssysteem deze patiënten bieden? Is het mogelijk dat verzekeraars in het nieuwe ziektekostenverzekeringssysteem PGB's, als restitutievariant, gaan aanbieden? Hoeveel ruimte biedt het nieuwe systeem hen daarin? Als dit volgens de regering in het nieuwe systeem mogelijk is, in hoeverre acht de regering het opportuun voor verzekeraars om dit aan hun verzekerden aan te bieden? Met andere woorden, in hoeverre is dit een theoretische mogelijkheid, en in hoeverre zal dit in de praktijk ook plaatshebben? Kan de regering aangeven hoe de vergoeding is voor een verzekerde die, als hij een polis met gecontracteerde zorg heeft, buiten zijn schuld de zorg betreft bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder, bijvoorbeeld in het geval van acute zorg, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering bereid is, waar mogelijk, ook het PGB in te zetten, als financieringsmethode. Daarbij zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan de extramurale en kortdurende intramurale GGZ-zorg.

De leden van de SGP-fractie vragen of in geval van een verzekering met gecontracteerde zorgaanbieders geen bepaling in de wet moet worden opgenomen over volledige vergoeding van spoedeisende hulp. Is de regering het eens met hun visie dat er in een dergelijke situatie geen financiële belemmeringen mogen zijn?

Artikel 14

«De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg » is niet aan de verzekeraar. De verzekerde bepaalt zelf zijn behoeften. De vraag of de verzekerde recht heeft op vergoeding van een bepaalde vorm van zorg is iets wat de verzekeraar op basis van zijn polisvoorwaarden zal moeten beoordelen. Kan de regering aangeven, zo

vragen de leden van de VVD-fractie, waarom hier wederom is gekozen voor de term behoefte en waarom de rest van dit artikel is geformuleerd zoals dat is gedaan?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke zorginhoudelijke criteria worden hier bedoeld. Wie stelt deze vast?

Artikel 14

De bepaling in artikel 14 dat er alleen zorginhoudelijke criteria mogen worden gehanteerd roept bij de leden van de SGP-fractie de vraag op wat dit artikel betekent voor een verzekerde die in overleg met een arts heeft besloten een bepaalde behandeling te ondergaan. Moet de beoordeling van een zorgverzekeraar over de belasting die een bepaalde behandeling betekent voor een oudere niet altijd ondergeschikt zijn aan de gezamenlijke beslissing van arts en verzekerde?

De leden van de SGP-fractie ontvangen tevens graag de bevestiging van de regering dat dit artikel nooit in de weg mag staan aan de wens van een verzekerde om tot het einde van zijn leven goed behandeld te worden.

Artikelen 17 en 18

Collectiviteiten kunnen in onderhandeling met zorgverzekeraars een goed tegenwicht vormen. Naast de collectiviteiten die bedrijven momenteel vormen, zijn ook collectiviteiten van andere groepen gewenst om de zorgverzekeraars maximaal onder druk te zetten hun werk goed te doen. De leden van de VVD-fractie stellen de volgende vragen.

Zijn de bepalingen van artikel 17 noodzakelijk om de gekozen inzet van het wetsvoorstel te verwezenlijken? Wat zijn de incentives om met de opgelegde beperkingen nog zinnige collectieve verzekeringen af te sluiten, voor zowel de aanbieders als de vragers? Wat is het verschil tussen de nieuwe Zorgverzekeringwet en het huidige ziekenfonds ten aanzien van de prikkels om collectieve contracten af te sluiten? De huidige praktijk toont aan dat de prikkels tot het sluiten van collectieve contracten in de ziekenfondswet afwezig, of in ieder geval zwak zijn. Welk verschil tussen onderhavig wetsvoorstel en de huidige ziekenfondswet is in deze cruciaal? Naar het inzicht van de leden van de VVD-fractie is de koppeling tussen zorg en sociale zekerheid zwak. Deelt de regering dit inzicht? Zo nee, welke prikkels bestaan er dan om te komen tot samenwerking op het gebied van zorg en sociale zekerheid, waardoor de gewenste verzuimreductie en preventie van de grond komen? Wat is de prikkel om langdurig in preventie te investeren?

Wat is de prikkel in het nieuwe zorgverzekeringssysteem, zoals dat door de regering wordt voorgesteld om meerjarencontracten af te sluiten met het oog op investeringen in preventie?

De collectieve ziektekostenverzekering is de link tussen de plichten van de werkgever onder de Wet verbetering poortwachter en de curatieve gezondheidszorg. Wat is het oordeel van de regering over ziektekostenverzekeraars die al jaren lang in samenwerking met de werkgevers het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid minimaliseren op ook voor de werknemers zeer positieve wijze?

Is het de bedoeling dat er een acceptatieplicht voor collectiviteiten komt via het zogenaamde etalageartikel? Waarom moeten collectiviteitskortingen identiek zijn? Waarom moeten collectiviteitskortingen openbaar worden gemaakt? De leden van de VVD-fractie zien hierin een belemmering van de werking van de markt. Kan deze bepaling niet beter worden vervangen door een bepaling die aangeeft dat collectieve contracten niet financieel mogen worden «bijgeplust» uit de individuele contracten (verbod op kruissubsidiëring)? Is het daarbij niet voldoende dat de toezichthouder kan controleren of de zorgverzekeraar zich aan de wette-

lijke verplichtingen houdt? Waarom wordt de administratiekorting op basis van omvang van de collectiviteit door de overheid geregeld?

Waarom gebeurt dit in een AMvB?

De wetstekst is ten aanzien van de mogelijkheden voor premie-differentiatie op basis van preferred provider polissen onduidelijk. Dit is geen premiedifferentiatie op basis van persoonlijke kenmerken, waarvan de leden van de VVD-fractie tegenstander zijn, maar op basis van de zorginkoopvoordelen die de zorgverzekeraar heeft weten te behalen door scherp in te kopen bij voorkeursaanbieders. De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat in de wetstekst moet worden opgenomen dat premie-differentiatie op basis van preferred providerpolissen is toegestaan. Van deze polissen mag uiteraard niemand worden uitgezonderd. Is de regering bereid dit te herstellen en in de wetstekst klip en klaar de toegestane mogelijkheden aan te geven? De voordelen van scherpe zorginkoop moet kunnen worden doorgegeven aan de verzekerde om het stelsel te laten functioneren.

Artikel 18, vierde lid

De leden van de CDA-fractie stellen prijs op toepassen van de voorhangprocedure voor een voorstel van een Algemene Maatregel van Bestuur terzake.

Het genoemde criterium «afbreuk doen aan het sociale karakter van de zorgverzekering» is op zichzelf positief te waarderen, maar de uitwerking nog te onduidelijk, zo menen de leden van de ChristenUnie-fractie. De vraag is bijvoorbeeld of via de collectiviteit niet toch risicoselectie zal plaatsvinden. Worden er voldoende keuzemogelijkheid voor cliënten geschapen?

Artikelen 19 en 20

De leden van de CDA-fractie vragen om een nadere toelichting van de onderlinge samenhang van de artikelen 19 en 20 en de mogelijkheid elk jaar een andere verzekering te kiezen. In artikel 19 is vastgelegd dat de verzekerde kan kiezen voor een eigen risico, maar in artikel 20 is tegelijk vastgelegd dat de verzekeraar een wachttijd kan instellen van maximaal een jaar voordat de verzekerde het eigen risico kan terugbrengen tot een lager bedrag, zo lezen deze leden.

De verzekerde heeft echter de mogelijkheid over te stappen naar een andere verzekering, die hem/haar alle overeenkomsten moet voorleggen, dus ook de overeenkomsten zonder een eigen risico. Deze leden vragen dan ook of de verzekerde in staat is het eigen risico te omzeilen door een andere verzekeraar te kiezen. Deze leden vragen of artikel 20 dan niet overbodig is.

Verzekeraars krijgen de mogelijkheid om verschillende eigen risico's aan te bieden. Zijn er ook nog grenzen gesteld aan de kortingspercentages die voor de eigen risico's mogen worden toegepast, zo vragen de leden van de SGP-fractie.

Artikelen 19 e.v.

Ter zelfbescherming van de verzekerde en om de solidariteit van het systeem in stand te houden is een maximering van het eigen risico gewenst.

De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Waarom heeft de regering gekozen voor een nominaal maximum van het eigen risico? Is binnen een private uitvoering een eigen risico – met voor-

geschreven staffels beneden dat maximum – een noodzakelijke en proportionele bepaling?

Deze leden vragen waarom de regering heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico, in plaats van het bieden van de mogelijkheid tot vrijwillige verhoging van de no-claim? Is het niet zo dat door deze twee varianten van eigen betalingen te introduceren de zorgverzekeraar genoodzaakt is ondermeer twee ICT-systemen naast elkaar te hanteren? Wat betekent dat voor de overheadkosten en de administratieve lasten?

In navolging van de no-claimregeling in de Ziekenfondswet komt er ook een dergelijke regeling in de Zorgverzekeringswet. Leidt het naast elkaar bestaan van deze regeling en het eigen risico niet tot een sterke ondoorzichtigheid? Mogen de leden van de SGP-fractie er verder van uitgaan dat de huisartsen blijvend buiten de no-claimregeling blijven?

Artikel 22

De leden van de SGP-fractie vragen waarom in het voorliggende wetsvoorstel de kraamzorg, de verloskundige zorg en de huisartsenzorg niet in de wet zelf worden uitgezonderd bij de no-claimregeling. Waarom is er niet gekozen voor een vergelijkbare bepaling als in de Ziekenfondswet?

Artikel 25

De modelovereenkomst is een essentieel onderdeel van de wet. In artikel 25 derde lid is vastgelegd dat de modelovereenkomsten worden vastgelegd aan het College Toezicht, zo lezen de leden van de CDA-fractie. Zij vragen waar in de wet de procedure, de termijn en de weigeringsgronden worden vastgelegd. Deze leden vragen naar de relatie tussen dit artikel en artikel 64 tweede lid dat aan het CVZ het recht geeft beleidsregels te stellen en een modelovereenkomst te amenderen. Deze leden vragen zich af of dit niet feitelijk betekent dat het CVZ aanwijzingen kan geven en vragen een reactie van de regering hierop.

Wat is de bedoeling van het aanmelden en opsturen van alle «modelovereenkomsten» en alle eventuele wijzigingen en kortingen daarop, en wat moet het CVZ daarmee doen behalve bewaren, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Bij gecontracteerde zorg kunnen afspraken worden gemaakt over de vergoeding: rechtstreeks door de zorgverzekeraar of door de verzekerde. Bij niet-gecontracteerde zorg geschiedt betaling altijd door de verzekerde. Deze combinatie van betalingswijzen kan verwarrend zijn en tot problemen leiden. Kan de regering een reactie geven op het voorstel van de NVZ dat de rekening steeds direct door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder wordt vergoed. De leden van de VVD-fractie verwijzen daarbij naar een wettelijke garantie, zoals de Derde Betalerregeling die in België bestaat.

Artikel 27

Betekent dit artikel dat een aanvullende zorgverzekering geen zorgverzekering in de zin van deze wet is, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Artikel 28

De leden van de PvdA-fractie zien graag een antwoord tegemoet op de volgende vragen.

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 hij op dit gebied een verbetering? Zo ja, waarom? Zo nee, acht hij een verbetering niet wenselijk?

Dit artikel regelt dát verzekerden invloed hebben op het beleid. Gezien het belang van goede kwaliteit van zorg, die daadwerkelijk aansluit bij de zorgbehoefte van zorgvragers, vragen de leden van de ChristenUnie-fractie ook naar de wijze waarop de verzekerden invloed krijgen op het beleid.

Artikel 29

De keuze voor provinciale verzekeringsvarianten heeft een grote mate van verscheidenheid tot gevolg en leidt tot vele verzekeringsvarianten. Is ook gekeken naar het alternatief: bij het provinciegewijs aanbieden van zorg zou een regiokorting verschaft kunnen worden. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een reactie. Dit betekent ook dat van rechtswege de polis niet hoeft te vervallen bij verhuizing. Deze leden vragen de regering heroverweging van de aanpak om slechts provinciegewijs zorg te kunnen aanbieden en verlangen een eenvoudiger uit te voeren regeling.

De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Hoe is de regering gekomen tot het aantal van 850 000 verzekerden? Is het mogelijk door middel van juridische en/of fiscale constructies nieuwe entiteiten te vormen, waardoor de grens van 850 000 niet wordt overschreden? Kan de regering hierop ingaan?

Artikel 32

Hoe het vereveningsstelsel eruit komt te zien, laat dit wetsvoorstel nog open.

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat voorkomen moet worden dat kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van ondermeer doelmatige zorginkoop ook worden gecompenseerd. Kan de regering dit garanderen?

Daarbij is het van belang dat het stelsel zo beperkt en transparant mogelijk is. Het vereveningsstelsel is cruciaal voor het welslagen van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Voor een zorgverzekeraar moet iedere klant winstgevend kunnen zijn, en mag geen enkele klant op voorhand verlieslijdend zijn.

Onderhavig wetsvoorstel regelt wel de organisatie van de verevening. Daarin is gekozen om de organisatie bij zelfstandige bestuursorganen en de overheid te leggen. Waarom heeft de regering er niet voor gekozen de verantwoordelijkheid te leggen bij de partijen in het veld? Juist in deze situatie waarbij iedere zorgverzekeraar is gebaat bij een goed vereveningsstelsel, om valse concurrentie tegen te gaan en dus de belangen van de partijen niet parallel lopen, kan risicoverevening in een privaat stelsel binnen door de overheid gestelde kaders te verkiezen zijn. Uiteraard stelt de overheid ook dan deelname aan verevening van alle zorgverzekeraars in de wet verplicht. De verwachting is dat de administratieve lasten in zo'n stelsel beperkt worden en de kans groter is dat de Europese Commissie zal vaststellen dat er geen sprake is van staatssteun. De leden van de VVD-fractie vragen de regering hierop uitgebreid in te gaan.

De regering kiest naast een ex ante verevening van de risico's ook voor een ex post verevening. De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat een ex post verevening gevaarlijk is met het oog op de – ook door de regering – gewenste concurrentie tussen verzekeraars. Scherpe inkoop – dat wil zeggen inkoop van zorg van de hoogst mogelijke kwaliteit voor de

laagst mogelijke prijs – wordt met een ex post verevening niet interessant, of op z'n minst minder interessant. Dit is in de ogen van de leden van de VVD-fractie de bijl aan de wortel van het nieuwe zorgverzekerings-systeem. Kan de regering hierop ingaan?

Is het de bedoeling dat de verdeelcriteria van het macrobudget over de toekomstige zorgverzekeraars op dezelfde wijze plaatsvindt als dat eerder met de ziekenfondsen gebeurde? Verwezen wordt naar de procedure van het Onafhankelijk Ziekenfonds Bedrijven tegen de Staat en de uitspraak van de HR op 12 november 2004. Is het waar dat een toetsing van deze verdeelcriteria op hun wetenschappelijke waarde buiten beschouwing pleegt te blijven, en eerder het product is van onderling overleg tussen de ziekenfondsen, het CVZ en de ambtenaren van het ministerie? Is dat wenselijk? Is het waar dat dit verdeelsysteem daardoor een belemmering vormt voor nieuwe toetreders op deze markt?

Artikel 38

De leden van de CDA-fractie hebben geen fundamentele bezwaren tegen controle op de naleving van de wet door de zorgverzekeraars. Sterker nog, die is nodig. Anders ligt het met een overzicht van de voornemens met betrekking tot de uitvoering van deze wet in het lopende kalenderjaar en het daaropvolgende kalenderjaar. Opnieuw constateren deze leden dat de regels voor een uitvoeringsorgaan klakkeloos zijn overgenomen. Hoe verhoudt dit voorschrift zich met de publieke randvoorwaarden als dit artikel om interne en dus gevoelige marktinformatie vraagt? Verder baseren deze leden bovenstaande constatering op de bij ministeriële regeling te stellen nadere voorschriften omtrent de inhoud van het uitvoeringsverslag en de voorschriften die in het bijzonder betrekking op naleving van een in de regeling aan te wijzen gedragscode. Wat is de betekenis van zelfregulering indien de inhoud door de minister kan worden beschreven? De leden van de CDA-fractie vragen de regering de noodzaak hiervan te onderbouwen.

Artikel 39

Is hoeverre is de regering, met het Verbond van Verzekeraars van mening dat de bedrijfstak zelf de verevening kan regelen, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Artikel 40

De wijze van berekening van het percentage van het bijdrage-inkomen is voor de leden van de SGP-fractie nog onvoldoende duidelijk. Over welk deel van het inkomen wordt deze bijdrage precies berekend? Welke onderdelen blijven voorlopig buiten beschouwing? Geldt dit alleen voor de huidige particulier verzekerden of ook voor de ziekenfondsverzekerden?

Artikel 45

De leden van de CDA-fractie hechten sterk aan de functionele scheiding tussen de zorgverzekeringswet en de wet op de zorgtoeslag. In de eerste wet zijn zorginhoudelijke aspecten geregeld, in de tweede worden diegenen van wie de draagkracht voor de premies tekort schiet, gecompenseerd door een zorgtoeslag. Het verbaast deze leden dan ook dat er in het wetsvoorstel een ontwijking-mogelijkheid zit om via de zorgverzekeringswet alsnog inkomenspolitiek te gaan bedrijven. In artikel 45 derde lid kan aan nader te bepalen bestanddelen van het bijdrage-inkomen een afwijkend percentage worden gekoppeld. Deze leden vragen welke de redenen zijn om dit artikel op te nemen. Zij vragen of de regering kan aangeven op welke momenten en

onder welke condities op dit artikel een beroep zou kunnen worden gedaan en met welk doel.

Artikel 46

De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Op welke wijze is ermee rekening gehouden dat de vertaling van de huidige, vrijwillige praktijk van betaling van de helft van kosten van de curatieve zorg (particuliere verzekering) door werkgevers in een wettelijke plicht daartoe, met de stijging van die kosten, de levensvatbaarheid van bedrijven en de vestiging van buitenlandse bedrijven in Nederland negatief beïnvloedt?

Heeft de regering overwogen de werkgeverspremie in te voeren met als startpunt 50% van de kosten, maar dit percentage niet in latere jaren door te trekken om zo te voorkomen dat er voor de helft van de groei van de kosten een automatisch afwentelingmechanisme op het bedrijfsleven ontstaat? Zo ja, waarom is hiervoor uiteindelijk niet gekozen? Zo nee, is de regering met de leden van de VVD-fractie van mening dat hier wel een nadelig effect in het systeem zit ingebakken?

Werkgevers betalen wel mee, maar in hoeverre kunnen ze ook iets bepalen, terwijl op grond van andere wetten zij direct medeverantwoordelijk zijn voor de gezondheid van hun werknemers? Worden werkgevers in het nieuwe stelsel als actoren gezien? Zo ja, wat wordt er – naast het betalen van de helft van de premie – van hen verwacht? Zo nee, waarom niet?

Waarom heeft de regering gekozen voor een volledige inkomensafhankelijke werkgeverspremie? Met het oog op het belang van preventief beleid dat ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid reduceert, ligt een (gedeeltelijke) nominale premie voor de hand. Waarom is hiervoor niet gekozen, zelfs niet in bescheiden vorm, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Artikel 54

Welke dwingende redenen verzetten zich tegen het vergoeden van de gemiddelde schadelast voor 0 tot 18-jarigen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Verder vragen deze leden of kinderen onder de risicoverevening vallen, en of het daarom niet meer voor de hand ligt de rijksbijdrage als vervangende kinderpremies aan de verzekeraars uit te betalen?

Meerdere malen is aangegeven dat dit artikel zich slecht zou kunnen gaan verhouden tot de derde schaderichtlijn. De regering antwoordt de Raad van State dat geen vereveningsbijdrage zal worden uitgekeerd zolang de Europese Commissie zich over het karakter hiervan heeft uitgesproken. Kan dit gevolgen hebben voor de verzekeraars van zware risico's, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Artikel 58

Is dit hoofdstuk getoetst aan het uitgangspunt van vermindering van administratieve lastendruk, zo vragen de leden van de VVD-fractie. Zo ja, wat is de uitkomst van die toetsing geweest?

Artikel 64

De leden van de VVD-fractie bereiken geluiden dat de voorstellen van de regering leiden tot een zeer grote bureaucratische ballast. Een aanzienlijk deel van het wetsvoorstel gaat over het toezicht, CVZ, CTZ, PVK etc. Verzekeraars moeten van tevoren alle polisvarianten voorleggen, het publieke

vereveningssysteem wordt als complex betiteld, etc. Gesteld wordt dat er in de toekomst veel energie gaat zitten in «het bevechten van het systeem». Kan de regering aangeven dat de consument/patiënt/verzekerde centraal staat en toelichten waaruit dat blijkt? Kan de regering daarbij aangeven waarom zij denkt dat de bureaucratische en administratieve lasten acceptabel zijn? Hoe verhouden deze lasten zich tot het huidige systeem?

Artikel 71

Is overwogen het budget voor de beheerskosten van het CVZ te laten betalen door de zorgverzekeraars, zoals dit ook bij De Nederlandse Bank het geval is voor banken, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

Artikel 76

Kan iets concreter dan in het nader rapport worden aangegeven waarin de regering de administratieve lastenverlichting verwacht als gevolg van «de verschuiving van een publiekrechtelijk zorgstelsel met privaatrechtelijke elementen naar een privaatrechtelijk stelsel met publieke waarborgen», zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Stapeling van toezicht zou volgens de regering in de nieuwe Zorgverzekeringswet worden voorkomen. Kan worden aangegeven hoe het nieuwe toezicht zich verhoudt tot dat van het huidige toezicht, met het oog op deze stapeling?

Wordt er daarbij rekening mee gehouden dat ook gestroomlijnd toezicht wel degelijk het effect heeft van een stapeling?

Artikel 79

In het regeerakkoord staat: «In de zorg horen de behoeften van patiënten en cliënten centraal te staan en moet de professionaliteit van medewerkers tot haar recht komen. De administratieve lastendruk, de bureaucratie en overhead in alle onderdelen van de zorg moeten fors omlaag.» Kan worden aangegeven waar de administratieve lastendruk fors omlaag gaat, en waar bovenmatige overhead fors omlaag gaat, gelet op de gedetailleerde voorschriften die dit wetsvoorstel kent, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Artikel 82

De aanmelding als zorgverzekeraar dient gepaard te gaan aan het opsturen van de «modelovereenkomsten» aan het CTZ. Iedere wijziging en iedere nieuwe «modelovereenkomst» dient zo aangemeld te worden. Dit is een administratieve last die thans niet bestaat, noch bij het ziekenfonds, noch bij de particuliere verzekering, noch bij de WTZ. Waarom worden deze eisen gesteld, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Artikel 87

De leden van de CDA-fractie lezen dit artikel zo dat een verzekerde altijd aan in het artikel genoemde instanties elke informatie die deze wensen, moet verstrekken en wel binnen een door de instantie vastgestelde termijn. Deze leden vragen of er ook beperkingen zijn aan de informatie aan enige instantie om te verstrekken, ofwel, wie stelt de noodzaak hiertoe vast.

Artikelen 95 e.v.

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Hoe hangen de boetes die kunnen worden uitgedeeld samen met de boetes op basis van andere wetten, en door andere toezichthouders zoals CTG, NMa en AFM? Hoe verhoudt zich de hoogte van de boetes tot andere boetes?

Artikel 110 e.v.

In het wetsvoorstel is de beroepsprocedure verwoord, zo lezen de leden van de CDA-fractie. Zij vragen of de bezwaarprocedure in de zin van de Algemene Wet Bestuursrecht voor bijvoorbeeld beschikkingen als bedoeld in artikel 95 van toepassing is. Zo ja, op welke wijze staat dit verwoord, en op welke artikelen is dit van toepassing?

Artikel 112

Volgens dit artikel zal het CTZ beoordelen of de zorgverzekeraar wel de juiste gegevens heeft opgegeven in relatie tot het vereveningsfonds, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Zo nee, dan volgt een stevige boete. Men kan daartegen wel in beroep gaan, maar dat schort de betalingsplicht van de boete niet op. Waarom niet?

Artikel 118, eerste lid

De leden van de CDA-fractie vragen de regering waarborgen in te bouwen waardoor de verzekerde tijdig op de hoogte wordt gesteld van het vervallen van de overeenkomst op de wijze omschreven in dit artikel. In hoeverre kan artikel 118 in strijd zijn met het beschermde vrij verkeer van diensten of met artikel 1 Eerste Protocol EVRM?

Artikel 120

De formulering van dit artikel is summier gezien de Europese reikwijdte van de mededingingsregels, zo menen de leden van de CDA-fractie. Zij vragen in dit verband naar een toelichting op de passage uit het Advies van de Raad van State en het Nader Rapport (27 963, nr. 4, blz. 54) waarbij wordt gewezen op de onzekerheid die is ontstaan n.a.v. een arrest over het Duitse ziekenfonds. De regering stelt dat dit arrest zich niet laat doortrekken naar zorgverzekeraars in de zin van dit wetsvoorstel. Deze leden vragen om een onderbouwing van deze opmerking.

De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Kan de regering dit artikel nader toelichten? Er zijn wetgevingsjuristen die dit artikel strijdig en onmogelijk vinden. Wat is de reactie van de regering hierop?

Kan de regering nog eens aangeven waarom de definitiebepaling en de wijze waarop de taken en ondernemingsmogelijkheden van de zorgverzekeraars in onderhavig wetsvoorstel zijn geregeld, leiden tot de stelling dat de conclusies van het arrest AOK Bundesverband zich niet laten doortrekken naar de zorgverzekeraars in de zin van dit wetsvoorstel, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

De leden van de SP-fractie willen graag een reactie van de regering op de suggestie dat met artikel 120, dat een uitzondering bevat op de aansluiting op het Europese mededingingsrecht, mocht het Hof van Justitie van

mening zijn dat de uitvoerders van de wet niet als ondernemingen in de zin van artikel 81 EG aan te merken zijn, een fors integratieprobleem is gecreëerd.

Artikel 122

In dit artikel wordt bepaald dat over 5 jaar de wet geëvalueerd gaat worden. De leden van de SP-fractie zouden graag zien dat bij deze evaluatie niet alleen de kwaliteit van de wet wordt geëvalueerd, maar ook in hoeverre de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de verschillende bevolkingsgroepen is verwezenlijkt. Is de regering voornemens dit te doen? Zo nee, waarom niet? Is de regering op de hoogte van het feit dat in Amerika hiervoor een systeem is opgezet? Zo ja, wat vindt de regering van dit systeem en ziet hij mogelijkheden voor zo'n soortgelijk systeem in Nederland?

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen