

Vergaderjaar 2004–2005

29 763

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

Nr. 7

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 16 november 2004

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag op het voorstel van wet houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Met genoegen constateer ik op vele punten steun voor dit voorstel. De wens van de regering om vanaf 2006 een einde te maken aan de huidige verbrokkelde situatie door het realiseren van één wettelijk verzekeringsregime voor alle ingezetenen van Nederland blijkt breed te worden gedragen.

Graag maak ik gebruik van de mogelijkheid om te trachten de door de verschillende fracties op onderdelen tot uitdrukking gebrachte twijfels en kritiekpunten weg te nemen.

Bij de beantwoording van de vragen heb ik zoveel mogelijk de opbouw van het verslag gevolgd. De leden van vrijwel alle fracties hebben gevraagd om een meer gedetailleerd inzicht in de inkomenseffecten. Omdat dit een groot aantal vragen betreft, waarin steeds naar andere groepen wordt gevraagd is besloten tot het opstellen van een bijlage¹ bij deze nota waarin op een geïntegreerde wijze antwoord wordt gegeven op al deze vragen.

A. ALGEMEEN

I. Inleiding en samenvatting

Naar aanleiding van vragen van de leden van de VVD-fractie over het rechtskarakter van de Zorgverzekeringswet wil ik antwoorden dat het zeker niet de bedoeling is dat de zorgverzekering zoals in de Zorgverzekeringswet voorzien, niet valt onder de definitie van «verzekering» in het Burgerlijk Wetboek (BW). Integendeel, deze verzekering zal daar wel degelijk onder vallen, en dat is ook de bedoeling. Voor een nadere toelichting hierop verwijs ik deze leden naar het antwoord op een gelijksoortige vraag van de leden van de CDA-fractie onder «artikel 3», en natuurlijk ook naar het artikelsgewijze deel van de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Het enkele feit dat de aanspraken uit overeenkomst ontstaan, maakt de basisverzekering nog niet tot een verzekering van privaatrechtelijke aard. Daarvoor is ook nog nodig dat de wederpartij van de verzekeringnemer verzekeringsrisico draagt (dus een privaatrechtelijke verzekeraar is). Aangezien de zorgverzekering door middel van het sluiten van een privaatrechtelijke verzekering tot stand komt en de zorgverzekeraar verzekeringsrisico zal dragen, ben ik van mening dat de zorgverzekering zoals in dit wetsvoorstel voorzien, geen publieke verzekering maar een echte privaatrechtelijke verzekering zal zijn. Dat op grond van artikel 87 ieder de zorgverzekeraar de gegevens dient te verstrekken die voor die verzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of de Zorgverzekeringswet, doet daar niets aan af. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheid die het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) op grond van artikel 93 heeft, om de verzekeraar een aanwijzing te geven. (Zie ook artikel 54 Wtv 1993, dat de Pensioen- & Verzekeringskamer (DNB/PVK¹) ook de bevoegdheid geeft om een aanwijzing te geven); deze verzekeraars worden daarmee natuurlijk geen publiekrechtelijke verzekeraars.) Anders dan de leden van de VVD-fractie menen, is de Algemene wet bestuursrecht (Awb) niet op de zorgverzekeraars van toepassing wat betreft hun verzekeringswerkzaamheden in het kader van de Zorgverzekeringswet. Zij zijn immers voor die werkzaamheden geen bestuursorganen in de zin van die wet. Wel is het zo dat zij – net als iedere burger of organisatie – op grond van de Awb een bezwaar- of beroepsprocedure kunnen starten indien het CTZ hen een aanwijzing, last onder dwangsom of boete heeft opgelegd of indien het College voor zorgverzekeringen (CVZ) hen een lagere vereveningsbijdrage heeft verschaft dan waar ze menen recht op te hebben. Dat komt echter niet doordat de zorgverzekeraars onder de Awb vallen, maar doordat het CTZ (in de toekomst de Zorgautoriteit) en het CVZ – zelfstandig bestuursorganen – onder de Awb vallen.

De vraag naar de verschillen tussen ziekenfonds en zorgverzekeraar hebben de leden van de VVD-fractie ook in het artikelsgewijze deel van hun vragen gesteld. Het antwoord op die vraag is dan ook te vinden onder «artikel 1, onderdelen a en b».

De leden van de VVD-fractie vragen waarom de Ziekenfondswet (Zfw) beter geschikt is om een private uitvoering te realiseren binnen publieke randvoorwaarden dan de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998).

Het antwoord hierop is dat zowel de Zfw als de Wtz 1998 niet geschikt zijn om de doelstellingen van de regering te realiseren en dat daarom een volledig nieuwe verzekeringswet aan u is voorgelegd. Deze verenigt de risicodragendheid van de ziekenfondsverzekering met het privaatrechtelijke karakter van de Wtz 1998 en voegt daar ter wille van de voor een sociale verzekering noodzakelijke solidariteit een verzekeringsplicht aan toe.

De SP-fractieleden erkennen dat het huidige stelsel van centrale aanbodssturing niet goed functioneert, maar plaatsen vraagtekens bij de gereuleerde marktwerking.

Wat betreft de herziening van de sturing heeft het kabinet in het hoofdlijnenakkoord gekozen voor het zo snel als verantwoord is vervangen van het huidige stelsel door vraagsturing. Met het invoeren van vormen van marktprikkels bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders beoog ik invulling te geven aan vraagsturing.

Elke medaille kent twee kanten. Aan het introduceren van meer marktprikkels zijn dus ook risico's verbonden. Op mogelijke nadelen wordt terecht gewezen. Deze nadelen zijn verbonden aan marktfalen. Marktfalen kan leiden tot ongewenst marktgedrag van partijen. Zo kunnen de aanbieders in een markt waar aanbodschaarste heerst, eerder

¹ In de Eerste Kamer ligt het wetsvoorstel «Bepalingen in verband met de fusie van De Nederlandsche Bank N.V. en de Stichting Pensioen- & Verzekeringskamer» (Kamerstukken I 2003/04, 29 411 A). Vooruitlopend op deze fusie wordt in het hiernavolgende daarom, indien van aan werkzaamheden of beleid van de Pensioen- & Verzekeringskamer wordt gerefereerd, steeds gesproken van «DNB/PVK».

suboptimale kwaliteit leveren of hogere prijzen bedingen. In markten die niet afdoende werken, kan daarom extra regulering noodzakelijk zijn. Bovendien is toezicht op de kwaliteit door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), en op marktverhoudingen en marktgedrag door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en het College tarieven gezondheidszorg (CTG)/de Zorgautoriteit onmisbaar. Zonder spelregels en toezicht kan marktwerking mislukken. Regelgeving is noodzakelijk voor het borgen van de publieke belangen en voor het corrigeren van mogelijk marktfalen. De hoeveelheid regelgeving zegt op zich niets over de mate van marktwerking, maar het is goed om zo terughoudend mogelijk te zijn met regelgeving.

Er is al sprake van toezicht, dat bovendien wordt versterkt. Bovendien worden marktprikkels geleidelijk geïntroduceerd. Daarom deel ik niet de vrees van de leden van de SP-fractie dat de negatieve effecten van de introductie van marktprikkels dominant zullen zijn. Ik verwacht dat de kwaliteit van de zorg verbetert en dat de zorg goedkoper wordt. Het initiatief en de verantwoordelijkheid van de veldpartijen wordt immers gestimuleerd. Dat zal leiden tot klantgericht en innovatief gedrag, waardoor de wensen van de zorgvragers beter aan bod komen, onder andere door betere kwaliteit (bij dezelfde prijs) te realiseren. Dat stimuleert ook het bewustzijn dat samenwerking en voortdurende aanpassingen in de organisatie van de zorg nodig zijn om, zowel nu als in de toekomst, te voorzien in de zorgvraag. Rationele bedrijfsvoering resulteert in hogere productiviteit en efficiency, waardoor de zorg goedkoper wordt. Het succes van initiatieven als «Sneller Beter» (cure) en «OpKopZorg» (care) laat zien dat, alleen al via het uitwisselen van kennis, een belangrijke stap wordt gezet bij het vergroten van kwaliteit en doelmatigheid. Grotere doelmatigheid houdt de zorg betaalbaar. Hierdoor wordt de, als gevolg van de vergrijzing noodzakelijke, stijging van de verzekeringspremies beperkt. Dit is belangrijk voor het behoud van het maatschappelijke draagvlak voor de op te brengen solidariteit.

De leden van de fractie van de SP vragen in navolging van de Raad van State hoe effectief voorkomen kan worden dat concurrentie leidt tot risicoselectie, kwaliteitsverlies of onnodige kostenstijgingen.

Risicoselectie wordt in de Zorgverzekeringswet tegengegaan door de combinatie van de vereveningssystematiek en de uitoefening van toezicht door het CTZ (in de toekomst de Zorgautoriteit). Het handhaven van een goed kwaliteitsniveau in de zorg is een aangelegenheid waarvoor de verantwoordelijkheid primair in de medische wereld ligt. Ook hierop wordt toezicht uitgeoefend, en wel door de IGZ. Onnodige kostenstijgingen, ten slotte, worden tegengegaan door de structuur van de zorgverzekering, die erin voorziet dat de betrokken partijen geprikkeld worden om efficiënt te werken. Op alle drie de aspecten die hier aan de orde zijn gesteld, wordt elders in deze nota uitgebreid ingegaan.

De leden van de SGP hebben de vraag gesteld of deze wet alleen is bedoeld om enkele onvolkomenheden te verhelpen of dat er dieper liggende problemen mee worden aangepakt. Tevens vragen deze leden hoe deze wet zich verhoudt tot de andere wetsvoorstellen die de werking van de gezondheidszorg beïnvloeden.

Zoals ik al heb benadrukt, moet de Zorgverzekeringswet vooral worden gezien als noodzakelijke bouwsteen van een stelsel dat sterker dan nu door prikkels op decentraal niveau wordt aangedreven. Om daaruit sociaal gewenste uitkomsten te krijgen, wil ik verzekeraars prikkelen elkaar te beconcurreren op het gebied van zorginkoop en zorgbemiddeling voor hun verzekerden en niet op het selecteren van verzekerden. Dat is niet goed mogelijk als de spelregels voor verzekeraars zodanig uiteen lopen dat de ene groep verzekeraars winst mag maken en mensen mag weigeren en de andere groep die beide zaken niet mag. De

wet beoogt een eind te maken aan dat ongelijke speelveld. Hoofddoel is financiële toegankelijkheid van de zorg – ook op langere termijn – te borgen, onder andere door prikkels tot doelmatigheid te introduceren. Daarenboven maakt de wet een einde aan de situatie dat mensen in vergelijkbare inkomensposities sterk uiteenlopende premies moeten betalen en dat mensen zich, afhankelijk van hun werksituatie, op verschillende manieren moeten verzekeren. Dat zijn voor mij belangrijke aanvullende motieven voor het indienen van deze wet.

Eerder heb ik al betoogd dat de verzekeringswet een bouwsteen is die gezien moet worden in de bredere context van de vernieuwing van het gezondheidszorgsysteem. Naast nieuwe spelregels voor verzekerden en verzekeraars is er ook vernieuwing nodig van de spelregels voor zorgaanbieders. Die zijn nog aan veel beperkingen gebonden door de bestaande wetgeving rond de toelating en rond de tarieven die ze in rekening mogen brengen. Ik ben blij dat de Tweede Kamer inmiddels heeft ingestemd met de vernieuwing van die wetten. Aan het sluitstuk van de vernieuwing (van het gezondheidszorgsysteem) wordt momenteel hard gewerkt: de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Die wet regelt het voor de werking van het door mij beoogde stelsel noodzakelijke toezicht op zowel verzekeraars als zorgaanbieders: de Zorgautoriteit. Voor de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet is de Wet marktordening gezondheidszorg niet nodig. Om verdere stappen te kunnen zetten op het gebied van liberalisering van de prijsstelling van zorgaanbieders en (overige) deregulering van het zorgaanbod is dat wel het geval. Daarvoor is een goed geëquipeerde Zorgautoriteit onmisbaar.

Naar de mening van de leden van de PvdA-fractie lijkt de wet meer op een verzekeringswet dan op een wet op de volksgezondheid. Deze leden merken op dat het geen einddoel van deze wet kan zijn de centrale sturing van de gezondheidszorg te verminderen. Het bevorderen van de volksgezondheid en de gelijke verdeling van gezondheid onder de bevolking zou volgens hen expliciet als hoofddoelstelling in de wet moeten worden opgenomen met als operationele doelstellingen kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg. Min of meer van gelijke strekking is de vraag van de leden van de SP-fractie of ik van mening ben dat er gestuurd zou moeten worden op gezondheidsdoelen om een goede kwaliteit van zorg te krijgen.

De centrale gezondheidsdoelstelling van het kabinet is dat mensen langer in goede gezondheid leven. Aan de hand van de vierjaarlijkse verschijnende Volksgezondheid-toekomst-verkenning (VTV) van het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM) wordt getoetst in hoeverre deze doelstelling is gehaald. Indien een bijstelling van het beleid noodzakelijk is komen de vier hoofdfactoren in beeld die bepalend zijn voor de staat van onze gezondheid: de genetisch/biologische factor, de leefwijze, het zorgsysteem en de fysieke en sociale leefomgeving. Toen uit de laatste RIVM-rapportage bleek dat Nederland op de centrale doelstelling achterop raakt bij de rest van Europa, is ervoor gekozen de leefwijze als aangrijpingspunt te kiezen voor het inlopen van deze achterstand omdat de factor leefwijze binnen het genoemde viertal een relatief zwaar gewicht heeft. In mijn brief *Langer gezond leven* van oktober 2003¹ heb ik uiteengezet hoe een groot effect kan worden bereikt via een gerichte preventieve inspanning op drie terreinen: roken, overgewicht en diabetes. Ik hecht eraan om het bewaken van de algemene gezondheidsdoelstellingen op de bestaande manier voort te zetten en niet te koppelen aan een evaluatie van de Zorgverzekeringswet, omdat dat slechts een instrument is in een veel groter complex geheel. Hoewel de Zorgverzekeringswet dus bijdraagt aan mijn hoofddoelstellingen van beleid, is het daarvan slechts een onderdeel dat natuurlijk specifiek is toegesneden op het verzekeringsstelsel. Met ingang van volgend jaar zal elke derde woensdag van mei de Zorgbalans worden gepresenteerd. De Zorgbalans zal ingaan op de belangrijkste trends uit de

¹ Kamerstukken II, 2003/04, 22 894, nr. 20.

VTV (volksgezondheidsinformatie) en zal informatie geven op macroniveau over onder meer consument- en patiënttevredenheid, de effectiviteit van zorg, patiëntveiligheid, de werking van markten, de kosten van zorg, de financiële positie van zorgaanbieders en de prestaties van zorgverzekeraars.

De leden van de PvdA-fractie vragen of er naast de nominale premie nog andere componenten zijn die de financiële verantwoordelijkheid van de burger vergroten, en welke dat dan zijn. Ook de VVD-fractie heeft gevraagd waar in het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt tot uitdrukking komt en waar die van de zorgverzekeraar. De verantwoordelijkheid van de burger komt in de eerste plaats tot uitdrukking in een plicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. Bij het kiezen van een verzekeraar en de meest geschikte verzekering spelen voor de burger diverse keuze-elementen een rol, zoals de prestatiewijze waarop de verzekeraar de zorgverzekering uitvoert. Naast de nominale premie zijn de mogelijkheid van een eigen risico tot € 500 en de no-claimteruggave de voornaamste financiële componenten. De verantwoordelijkheid van de verzekeraar komt onder meer tot uitdrukking in de acceptatieplicht, de risicodragende uitvoering en de zorgplicht. Doordat verzekerden desgewenst jaarlijks van verzekeraar kunnen veranderen, is er een belangrijke stimulans om de zorgverzekering zo goed mogelijk uit te voeren, tegen een concurrerende nominale premie.

De leden van de PvdA-fractie zijn bezorgd dat de formulering dat de overheid systeemverantwoordelijkheid houdt voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, niet zou inhouden dat de Minister niet direct en volledig is aan te spreken op de uitkomsten van het systeem.

Ik neem die bezorgdheid graag weg. Als het systeem niet de genoemde uitkomsten genereert, dan ben ik daarop aanspreekbaar. Mijn verantwoordelijkheid betekent dan dat ik maatregelen zal nemen om de werking van het systeem bij te sturen. Voor alle duidelijkheid voeg ik hier aan toe dat het hier primair gaat om bijsturing op systeemniveau in de zin van prikkels, regels en toezicht. Ik acht mijzelf niet verantwoordelijk voor het corrigeren van incidenten die in redelijkheid overgelaten kunnen en moeten worden aan het zelfoplossend vermogen van de sector.

De leden van de fractie van de SP vragen hoe voorkomen kan worden dat in het nieuwe zorgstelsel partijen verantwoordelijkheden op elkaar afschuiven.

De neiging om de verantwoordelijkheid bij een ander te leggen wanneer zaken niet zo lopen als zij zouden moeten lopen, kan ik op zichzelf niet wegnemen. De vernieuwing van het zorgstelsel is er echter nu juist op gericht om afwentelingsgedrag te voorkomen en partijen te bewegen hun verantwoordelijkheid te nemen. Juist in het huidige, collectivistische stelsel zijn de mogelijkheden tot afwenteling zeer ruim.

De VVD-fractie vraagt hoe wordt voorkomen dat de voorzichtigheid met de liberalisering van de zorgmarkt de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt frustreert.

Een goede, betaalbare gezondheidszorg is een groot maatschappelijk goed. Het kabinet is van mening dat met een liberalisering van de zorgmarkt en met goede marktregels een marktconstellatie bereikt kan worden met maximale prikkels voor efficiency en innovatie. Het kabinet meent dat met de invoering van de zorgverzekeringswet een belangrijke stap gezet wordt naar verbetering van de werking van de zorgmarkt. Deze wet staat niet op zichzelf. Het kabinet is met de VVD-fractie van mening dat liberalisering van de zorgmarkt noodzakelijk is en dat daar nog veel te veran-

deren staat. Verwezen zij naar de WTG-express, de HOZ en de WTzi die liberalisering van het zorgaanbod mogelijk maken. Met deze wetsvoorstellen ontstaat een dynamiek naar voortgaande liberalisering binnen sociale randvoorwaarden. Het kabinet is van mening dat zorgverzekeraars nu reeds ruimte hebben om goede afspraken met zorgaanbieders te maken en dit te gebruiken om zorgverzekerden naar zich toe te trekken. Met het verdwijnen van het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering worden verzekeraars genoodzaakt om een nieuwe positionering in de markt te kiezen en meer dan nu met elkaar om de gunst van de verzekerden te dingen. Hierbij is sprake van een zichzelf versterkend proces. Waar verzekeraars tegen door de overheid gestelde grenzen aanlopen die gegeven de vraag- en aanbodverhoudingen op de markt niet meer noodzakelijk zijn, heeft de overheid het wettelijk instrumentarium om tot verdergaande liberalisering over te gaan. In dit kader heeft het kabinet de Wet Marktordening Gezondheidszorg in voorbereiding die de Nederlandse Zorgautoriteit in staat zal stellen om het noodzakelijke marktmeesterschap te vervullen.

De leden van de VVD-fractie vragen zich af of het ontbreken van inzicht in de eindsituatie en het beoogde invoeringstraject belastend is voor een succesvolle introductie van het onderhavige wetsvoorstel. De vraag is of het mogelijk is een eindplaatje voor de toekomstige zorgmarkt in te vullen. Marktwerking laat zich überhaupt moeilijk verenigen met blauwdrukken. Het is belangrijk onderscheid te maken tussen einddoel en richting. Ervaringen met andere sectoren, zoals de telecommunicatiemarkt, laten zien dat een eindplaatje zich niet eenvoudig laat voorspellen. De richting, het geleidelijk verantwoord introduceren van marktprikkels, is echter volstrekt helder. Deze richting kan ook prima worden gecommuniceerd. Wel zal enig geduld nodig zijn bij het realiseren van de beoogde resultaten. De introductie van marktprikkels vindt namelijk geleidelijk plaats en wordt stapsgewijs geconcretiseerd op de verschillende zorgdeelmarkten, inclusief invoeringstraject. Deze behoedzame aanpak geeft enerzijds mogelijkheden voor tijdige bijsturing en anderzijds biedt het de betrokken partijen de mogelijkheid zich stapsgewijs aan te passen aan de nieuwe omstandigheden.

De PvdA-leden geven aan te begrijpen dat de kostenbeheersing in de zorg in de toekomst minder centraal aangestuurd zal worden, maar via de zorgverzekeraars tot stand zal komen. Dit is een terechte constatering. Convenanten over kostenbeheersing hebben gedurende de overgangsfase naar sturing door verzekeraars nog een toegevoegde waarde. De huidige convenanten zijn opgesteld omdat de financiële situatie in Nederland zodanig was dat direct ingrijpen noodzakelijk was om er voor te zorgen dat de zorg in de komende jaren betaalbaar blijft. In feite illustreren de convenanten de overgangssituatie; zij kenmerken zich immers door het feit dat er geen sprake is van centrale tariefkortingen, maar van een gezamenlijk genomen verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing. Verzekeraars hebben overigens een belangrijke rol in de uitvoering en zijn mede-ondertekenaar. In de eindsituatie ligt het niet voor de hand om de kosten te beheersen door middel van het opstellen van convenanten met het veld.

Zoals hiervoor aangegeven, zal de beheersing van de kosten voor een groot deel in handen van de verzekeraars komen. Ik houd wel een aantal middelen om – indien nodig – de kosten te beheersen. Hierbij valt te denken aan pakketmaatregelen, de no-claimteruggaveregeling, sturing door middel van het bouwregime op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en beïnvloeding van de prijsvorming op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg)/Wmg.

De vraagstelling van de leden van de PvdA-fractie over het aandeel van restitutiepolissen veronderstelt dat verzekerden in geval van gecontracteerde zorg vrijwel geen keuzemogelijkheid hebben met betrekking tot zorgverleners. Deze veronderstelling vindt naar mijn opvatting geen grond in de huidige situatie in de ziekenfondsverzekering waarbij de ziekenfondsen met betrekking tot iedere verzekerde zorgvorm (ook waar geen contracteerplicht geldt) doorgaans vrijwel alle beschikbare zorgaanbieders hebben gecontracteerd. Het is mij niet bekend dat er bij verzekerden binnen die situatie onvrede zou bestaan over hun keuzemogelijkheden. Ik wil er niet op voorhand van uit gaan dat die situatie straks anders zou komen te liggen. Een wenselijk aandeel van restitutiepolissen in het nieuwe verzekeringsstelsel is niet aan te geven, aangezien de markt dat zal bepalen naar gelang van de omstandigheden die zich in de loop van de tijd zullen ontwikkelen. Ik ben op voorhand niet van plan dit aandeel aan banden te leggen.

De gedachte van de leden van de SP-fractie dat de verzekerden voor het bepalen van hun keuze van een polis afhankelijk zijn van het aanbod van de zorgverzekeraars, lijkt uit te gaan van de veronderstelling dat de fabrikant bepaalt wat de consument moet kopen. In mijn opvatting is er echter sprake van een wisselwerking; uiteraard zal een fabrikant proberen een bepaalde markt voor zijn product te creëren, maar wil hij overleven dan zal hij uiteindelijk toch moeten produceren waar de consument om vraagt. Hiermee heb ik tevens de vraag beantwoord van de leden van de CDA-fractie over ditzelfde onderwerp en de vraag hoe concurrentie meer klantgericht optreden mee zal brengen.

De PvdA-fractie verneemt graag welke onderzoeken aangeven dat een hoge nominale premie noodzakelijk is om de verantwoordelijkheid te verhogen. Zij vragen zich af vanaf welke hoogte van de nominale premie er een voldoende groot keuze- en gedragseffect ontstaat. Ook vraagt de fractie zich af of de huidige particulier verzekerden door hun hogere premie bewuster met zorg om gaan en is zij benieuwd op welke manier hun bewustzijn van kosten zich door de nieuwe wet zal ontwikkelen. Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie 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. Over de premiegevoeligheid van consumenten en de te verwachten gedragseffecten bestaan grosso modo twee theorieën. De ene theorie stelt dat consumenten prijsgevoeliger worden naarmate relatieve premieverschillen tussen verzekeraars toenemen en de andere theorie stelt dat consumenten prijsgevoeliger worden naarmate de premie een groter aandeel heeft in het besteedbare inkomen. Uit het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet blijkt dat de regering zich gesteund voelt door de tweede theorie en zich daarbij mede baseert op het Centraal Planbureau (CPB). In de publicatie «Premiehoogte en concurrentie in het nieuwe zorgstelsel» (november 2001) concludeert het CPB dat «de verschillende noties rondom de invloed van nominale premiehoogte op de prijselasticiteit van consumenten tegenstrijdige aanwijzingen geven». Het CPB gaat ook in op het in 2001 in het Economisch Statistische Berichten (ESB) gepubliceerde onderzoek van Schut en Laske-Aldershof, waarin de theorie van de relatieve verschillen domineert. Hierbij tekent het CPB aan dat «dat onderzoek is gebaseerd op basis van een experiment en dat niet duidelijk is hoeveel gewicht aan dat experiment gehangen kan worden». Op grond van deze bevindingen acht het kabinet de gemaakte keuze voldoende onderbouwd. Niet bekend is of de thans particulier verzekerden louter en alleen door hun nominale premie bewuster met de kosten van zorg omgaan. Mede gecorrigeerd voor sociaal-demografische factoren kent de particuliere

verzekering weliswaar lagere uitgaven per verzekerde, maar dat komt mede door een andere dekking van het pakket en een hoger eigen risico.

De GroenLinks-fractie zet vraagtekens bij de regierol van de zorgverzekeraars. Bovendien stellen deze leden dat concurrentie en samenwerking elkaar tegenwerken. Daarbij vragen zij vooral aandacht voor ketenzorg en de taak die de regering daarbij voor zichzelf ziet weggelegd. De regering zet niet alle kaarten op een andere rol van de zorgverzekeraars. De Zorgverzekeringswet voorziet, samen met de andere wetten zoals Wtzi en Wmg, in het versterken van de rollen van zowel burgers, zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Dit heeft het doel hen aan te moedigen zo doelmatig mogelijk om te gaan met de gezondheidszorg. Zorgaanbieders dienen meer prestatiegericht te gaan werken en krijgen meer mogelijkheden om zorg te bieden die aansluit bij de behoeften en wensen van burgers. Zorgverzekeraars komen in een positie waarin zij zich in onderlinge concurrentie actiever dienen in te spannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders te bedingen. Het gaat dus om meer dan kostenbesparingen, het streven is ook betere kwaliteit bij dezelfde prijs te realiseren. Verzekerden kunnen een andere zorgverzekeraar kiezen als de inhoud en de prijs van het zorgpakket hen meer aanspreekt. Het is daarom vooral de burger (als patiënt en verzekerde) die, gewapend met een grotere keuzevrijheid, partijen in de zorg kan prikkelen tot betere prijs/kwaliteitverhouding. Juist de beoogde sterke oriëntatie op de wensen van de patiënt en verzekerde zal ook stimuleren tot samenwerking. Indien immers een hechtere samenwerking tussen bijvoorbeeld zorgaanbieders in de eerste lijn leidt tot een hogere kwaliteit en/of een doelmatiger zorgverlening en daardoor lagere prijs, zullen verzekeraars dit honoreren bij het contracteren namens hun verzekerden.

De regering acht het tot stand komen van ketenzorg waar dat nodig is, gewenst. Om die reden is bijvoorbeeld samen met de relevante partijen in de eerste lijn een intentieverklaring terzake opgesteld en wordt nu gewerkt aan een gezamenlijk actieprogramma. Bij de introductie van dbc's ontstaan daarnaast nieuwe mogelijkheden voor het bekostigen van ketenzorg, op initiatief van partijen. Ketenzorg (en dus samenwerking) laat zich zeer goed verenigen met marktwerking. Zo kan het voor verzekeraars zeer aantrekkelijk zijn geïntegreerde diabeteszorg voor hun clientèle in te kopen.

De samenwerkingsgedachte in de zorg, bijvoorbeeld bij ketenzorg, past dus binnen het streven naar concurrentie en past binnen de Mededingingswet (Mw). De Mw bevat ook kaders voor samenwerking. Om een en ander te verhelderen, stelde de NMa in oktober 2002 de «Richtsnoeren voor de zorgsector» vast. Deze richtsnoeren geven duidelijkheid over de mogelijkheden voor samenwerkingsvormen in het licht van de Mw. Eerder heb ik dit toegelicht in mijn brief «De toekomstbestendige eerstelijnszorg»¹, die ik 21 november 2003 naar de Tweede Kamer heb gezonden. Op de website «Sneller Beter» is informatie te vinden over de mededingingsrechtelijke aspecten van ketenzorg. Kort samengevat, staat de Mw afspraken over verbetering van de kwaliteit van de zorg in het algemeen toe. Wanneer afspraken verder gaan, zijn de volgende regels van toepassing. De zorgketen mag niet leiden tot exclusiviteit, dat wil zeggen dat slechts bepaalde zorgverleners binnen het geografische gebied van de zorgketen in de keten worden opgenomen. Daarnaast mogen afspraken slechts gaan over pure kwaliteit of administratie. Prijsafspraken zijn vrijwel altijd in strijd met de Mw.

De leden van de SGP-fractie vragen of de verzekeringsplicht wel kan worden gerechtvaardigd. Betekent deze – zelfs nu een mogelijkheid voor

¹ Kamerstukken II, 2003/04, 29 247, nr. 4.

gemoedsbezwaarden is gecreëerd om zich niet te verzekeren – niet een te grote ingreep op de persoonlijke vrijheid?

De regering beoogt met de Zorgverzekeringswet een solidair zorgverzekeringsstelsel tot stand te laten komen. Dat kan alleen met een verzekerings- en acceptatieplicht voor het wettelijk omschreven pakket en met een verbod om de premie naar verzekeringskenmerken te differentiëren. Zonder verzekeringsplicht zouden de goede verzekeringsrisico's zich mogelijk niet verzekeren, met als gevolg dat één van de pijlers van de solidariteit zou worden uitgehold. Overigens kan ik de leden van de SGP-fractie misschien in die zin geruststellen, dat de sanctie op niet-verzekeren daarin ligt dat men een boete krijgt op het moment dat men zich alsnog (dus te laat) verzekert. Zonder zo'n sanctie zou naar mijn verwachting vele verzekeringsplichtigen zich pas verzekeren op het moment dat ze verwachten zorg nodig te hebben, waarmee de beoogde solidariteit alsnog niet zou worden bereikt. Overigens dienen betrokkenen daarnaast uiteraard tijdens de onverzekerde periode opgekomen zorgkosten zelf te dragen. Dat is echter niet meer dan het logische gevolg van het onverzekerd zijn.

Ten slotte wil ik de leden van de SGP-fractie er op wijzen, dat een plicht om zich privaatrechtelijk te verzekeren geen novum is. Zo dienen autobezitters op grond van de Wet aansprakelijkheidsverzekering motorrijtuigen een aansprakelijkheidsverzekering voor met hun auto veroorzaakte schade te sluiten.

De leden van de PvdA-fractie hebben opgemerkt dat er in de Zorgverzekeringswet weinig prikkels lijken te bestaan voor verzekeraars om aan preventie te doen. Zij constateren dat, voor zover verzekeraars die prikkel van nature hebben, deze door de jaarlijkse acceptatieplicht wordt afgezwakt. Ook vragen zij zich af of preventie geen marketinginstrument dreigt te worden in plaats van een middel dat daadwerkelijk bijdraagt aan een verbetering van de volksgezondheid. Zij hebben gevraagd wat ik ga doen om deze dreigingen af te wenden. Over hetzelfde onderwerp hebben de leden van de VVD gevraagd welke prikkel er van de wet uitgaat om meerjarige contracten af te sluiten met het oog op investeringen in preventie.

Er is bij de voorbereiding van de Zorgverzekeringswet nagegaan in hoeverre zorgverzekeraars een bijdrage aan de preventie leveren. Verzekeraars tonen initiatieven op het terrein van de primaire preventie (voorlichting) al of niet ondersteund met faciliteiten of aanspraken via de aanvullende verzekering. De mogelijkheden om de effectiviteit ervan te vergroten, zijn beperkt. Positieve premieprikkels voor goed gedrag zijn niet goed te combineren met een van de hoofdeisen die we aan de wet stellen: het voorkomen van risicoselectie. De mogelijkheid van beloning van goed gedrag, zoals een lage premie bij niet roken of actief sporten, zou deze eis te zeer ondergraven. Omdat verzekerden een jaarlijkse mogelijkheid hebben om van verzekeraar te wisselen, heeft de verzekeraar ook weinig zekerheid dat preventieve inspanningen lonend zijn. De mogelijkheid is overwogen om op het principe van jaarlijks kunnen overstappen een uitzondering toe te staan voor meerjarige, op preventie gerichte polissen, zodat verzekeraars cliënten zodanig aan zich kunnen binden dat investeringen in preventie-inspanningen voor die verzekerden zouden kunnen lonen. Ik schat evenwel in dat, wil deze vorm van preventie werkelijk effectief zijn, de contractperiode minimaal in de orde van grootte van 10 jaar zou moeten liggen. Dit zou te zeer op gespannen voet komen te staan met de wens om de mogelijkheden voor mobiliteit op de verzekeringsmarkt te bevorderen. Op het gebied van secundaire preventie (actieve tijdige opsporing van aandoeningen bijvoorbeeld door middel van screening) is de rol van verzekeraars ook niet vanzelfsprekend aangezien het vaak onduidelijk is of vroege opsporing de kosten van ziekte op korte termijn beperkt.

Dit brengt mij tot de conclusie dat voor de primaire en secundaire preventie een hoofdtaak is weggelegd voor de overheid, zoals dat ook nu reeds het geval is. Voor het bevorderen van een gezonde leefstijl zet ik verschillende beleidsinstrumenten in, waaronder wet- en regelgeving, handhaving en voorlichting. Omdat de effectiviteit gebaat is bij een gerichte en langdurige voorlichting via een brede groep actoren spreek ik ook andere partijen aan op de rol die zij daarin kunnen spelen. Te noemen zijn de lagere overheden, het onderwijs, werkgevers en natuurlijk zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Op het gebied van de tertiaire preventie (het voorkomen van complicaties en verergering van ziekte) zie ik wel een duidelijke rol voor zorgverzekeraars omdat deze vorm van preventie onderdeel uitmaakt van goede kwaliteit van zorg en voor een belangrijk deel onder de dekking van de verzekering valt. Voorbeelden van hoe zorgverzekeraars de tertiaire preventie kunnen versterken, zijn het organiseren van goede ketenzorg voor diabetespatiënten of het maken van afspraken met ziekenhuizen over het terugdringen van percentages wondinfecties of decubitus.

De leden van de PvdA-fractie willen graag een onderbouwing voor de keuze voor decentralisering en deregulering, terwijl bij de werknemersverzekeringen juist ervoor is gekozen de uitkering weer door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) te laten uitvoeren. Zij vragen welke overwegingen daarbij een rol speelden, en of deze ook van belang zouden kunnen zijn voor de ziektekostenverzekeringen. Allereerst constateer ik dat de uitvoering van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de uitvoering van de Zorgverzekeringswet raakvlakken kennen, maar vooral ook hun eigen historie en kenmerken hebben. Een vergelijking is daarom niet gemakkelijk te maken.

Wat betreft de WAO, geldt dat de plannen met betrekking tot de regeling voor gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA) niet uitgaan van een publiek uitvoeringsmonopolie. Werkgevers hebben de mogelijkheid eigen risico-drager te worden of zich privaat te verzekeren. Deze constructie is mede ingegeven door de extra kosten die de overgang op een systeem van kapitaaldekking bij private verzekeraars met zich mee brengt (de zogenaamde «rentehobbel»). Het kabinet verwacht dat deze keuzemogelijkheid bijdraagt aan een efficiëntere uitvoering. Voor de volledig en duurzaam arbeidsongeschikten blijft de uitvoering in handen van het UWV. Hier kan immers weinig winst worden behaald door bijvoorbeeld een betere inzet van reïntegratie-instrumenten. Concurrentie levert dan weinig winst op. Bij het stelsel van ziektekostenverzekeringen is het streven om gereguleerde marktwerking zo effectief mogelijk gestalte te geven. Kern van de zaak is hier dat doelmatigheid moet worden bereikt via een efficiënt werkend zorgaanbod. Geconstateerd is dat het huidige aanbodgerichte systeem dat onvoldoende kan waarborgen. Daarom kiest het kabinet voor een model waarin verzekeraars door onderlinge concurrentie stevig met zorgaanbieders onderhandelen. Ook speelt bij de keuze van de regering een belangrijke rol dat het grootste deel van het Nederlandse zorgveld van oudsher privaat is georganiseerd. Dat maakt een keuze voor een staatsgeleid stelsel minder voor de hand liggend.

Op beide terreinen verwacht het kabinet dat een concurrerende omgeving en een gelijk speelveld (van UWV en particuliere verzekeraars, respectievelijk bij de Zorgverzekeringswet de voormalige ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars) de doelmatigheid van het systeem bevorderen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of het vertrouwen van de regering in gereguleerde marktwerking niet voorbarig is en of de regering kan aangeven in welke mate deelmarkten voor concurrentie in aanmerking komen.

De centrale aanbodssturing wordt waar mogelijk vervangen door geregeleerde marktwerking; niet als doel op zich, maar als middel om te komen tot betere prestaties in de zorg. In deze visie voel ik mij gesteund door de deelmarktonderzoeken die ik tot nog toe heb laten uitvoeren; deels berusten deze deelmarktonderzoeken ook op internationale gegevens. Daarnaast hebben de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), onderzoeksinstellingen zoals het CPB, de Sociaal- Economische Raad (SER) en andere maatschappelijke organisaties op vele onderdelen adviezen uitgebracht die deze beleidslijn ondersteunen. De introductie van marktprikkels gaat op de diverse deelmarkten anders, met verschillende uitkomsten en in verschillend tempo. Op 12 maart 2004 zond ik Uw Kamer de brief «Hoofdpijnen herziening stelsel curatieve zorg»¹. Deze brief bevatte onderstaande tabel die een globale indruk geeft van de ruimte voor de meest vergaande vorm van marktwerking – concurrentie op de markt – op de diverse deelmarkten. Daarbij hanteer ik een tijdshorizon van circa 10 jaar, omdat op die termijn de voorwaarden voor geregeleerde marktwerking waarschijnlijk grotendeels kunnen zijn ingevuld.

Deelmarkt	Eerstelijnszorg	Acute zorg (1e en 2e lijn, waaronder ambulances)	Electieve zorg en (meer complexe) topzorg	Geneesmiddelenzorg
<i>Meer concurrentie op de markt mogelijk?</i>	Ja: grote delen van de eerstelijnszorg	Beperkt	Ja: grote delen van de electieve zorg Beperkt: medisch onderzoek, topreferente zorg etc.	Ja: patentloze geneesmiddelen en niet-unieke patent-geneesmiddelen Beperkt: unieke patent-geneesmiddelen

Uw Kamer wordt met afzonderlijke beleidsvisies geïnformeerd over de uitwerking per deelmarkt. De meest recente visie ontving U op 20 oktober jl. in mijn brief «Liberalisering electieve zorg»². Deze brief betreft de sturing en organisatie van zowel de deelmarkt electieve zorg als van de deelmarkt complexe zorg. Mede op basis van marktanalyses van het Onderzoekscentrum voor financieel en economisch beleid van de faculteit der economische wetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam merk ik, binnen de electieve ziekenhuiszorg, de deelmarkten poliklinische zorg, dagbehandelingen en klinische basiszorg aan als geschikt voor liberalisering. Deze deelmarkten zijn samen goed voor ruim 95% van het volume van de electieve ziekenhuiszorg. Deze deelmarkten zal ik geleidelijk liberaliseren. De deelmarkten gespecialiseerde en complexe klinische zorg acht ik voornamelijk niet geschikt voor liberalisering. Bij deze deelmarkten onderzoek ik de mogelijkheden tot minder vergaande invoering van marktprikkels, zoals onderlinge prestatievergelijking (benchmarking) van instellingen.

De leden van de PvdA-fractie vrezen dat de invoering van een vrijwillig eigen risico bovenop de no-claimteruggaaf de risicosolidariteit uitholt. Ze vragen naar het verschil in premielasten tussen personen met en zonder eigen risico en naar de hoogte van de eigen bijdrages van chronisch zieken.

In de huidige particuliere verzekeringen beperkt het (vrijwillige) eigen risico de risicosolidariteit. Verzekerden die een eigen risico nemen maken gemiddeld duidelijk minder ziektekosten dan personen die geen eigen risico nemen (exacte cijfers zijn niet bekend). Verzekeraars geven verzekerden die een eigen risico nemen daarom een flinke premiekorting; een korting die deels samenhangt met het feit dat burgers zelf de eerste kosten dragen, maar voor een belangrijk deel ook omdat de kans dat verzekerden met een eigen risico minder dan gemiddeld ziektekosten maken.

Indien de premiekorting in het nieuwe stelsel even groot zou zijn als bij de huidige particuliere verzekeringen dan is de stelling van de leden van de

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

² Kamerstukken II 2004/05, 29 800 XVI, nr. 25.

PvdA-fractie juist dat de solidariteit wordt uitgehold. De premiekorting zal echter minder zijn. In de zorgverzekeringswet wordt – anders dan bij de huidige particuliere verzekeringen – gewerkt met een vereveningsstelsel. In dat stelsel ontvangt een verzekeraar een vergoeding afhankelijk van eigenschappen van de verzekerde. Dit stelsel leidt ertoe dat een fors deel van het verschil tussen een persoon die een eigen risico wil nemen en een persoon die dat niet wil al is weggevoerd via het vereveningsmodel. Voor een verzekeraar is het dus niet langer zo, dat personen die een vrijwillig eigen risico willen nemen gunstigere risico's zijn (afgezien van het feit dat ze de eerste rekeningen zelf betalen) dan personen die geen eigen risico willen nemen. De premiekorting zal in de ogen van het kabinet dan ook kleiner zijn bij het nemen van een vrijwillig eigen risico dan in de huidige particuliere markt. Van een ondermijning van de risicosolidariteit is daarmee geen sprake.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook of eerst het eigen risico wordt volgemaakt of eerst de no-claimteruggaaf wordt beperkt. In de wet is geen volgorde geregeld. Voor een burger maakt de volgorde overigens niet uit.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom voor alle jongeren, ongeacht het inkomen van de ouders/verzorgers wordt afgezien van premieheffing. Ook vragen zij naar de hoogte van de bijdrage voor kinderen van ouders/verzorgers met een inkomen boven de ziekenfondsgrens.

Eén van de bezwaren van het huidige verbrokkelde stelsel van ziektekostenregelingen is dat personen die door een inkomenswijziging onder of boven de ziekenfondsgrens uitkomen – afhankelijk van hun huishoudsamenstelling – veel meer of veel minder moeten gaan betalen voor ziektekosten. Het introduceren van premieheffing voor alleen kinderen van ouders/verzorgers met een inkomen boven de ziekenfondsgrens, leidt ertoe dat personen die door een beperkte inkomensverbetering net boven de grens uitkomen, er fors in netto besteedbaar inkomen op achteruit zouden gaan.

Het gedeelte van de rijksbijdrage dat betrekking heeft op kinderen van ouders/verzorgers met een inkomen boven de ziekenfondsgrens bedraagt circa € 0,6 miljard op een totaalbedrag van € 1,5 miljard.

De leden van de PvdA-fractie hebben gewezen op het risico dat de solidariteit van het stelsel kan worden aangetast via kwaliteitsverschillen. Ze hebben daarbij gewezen op de mogelijkheid dat er goedkope polissen gaan bestaan, die zorg verzekeren van slechte kwaliteit, naast dure polissen voor goede kwaliteit. Naar aanleiding daarvan hebben zij gevraagd of ook de goedkoopste polis zorg van voldoende kwaliteit kan dekken en hoe ik dat, mede in het licht van de voor de verzekeraar geldende zorgplicht, denk te garanderen. Deze leden vragen zich met betrekking tot kwaliteit tevens af hoe de samenwerking tussen de IGZ en verzekeraars zal zijn en bij wie de verzekerde kan aankloppen als de geleverde zorg niet voldoende is. De leden van de SP-fractie hebben mij gevraagd na te denken over de mogelijkheid om minimale kwaliteitseisen voor de zorgverlening op te nemen.

Ik deel de vrees van de PvdA-fractieleden niet dat de solidariteit van het stelsel onder druk kan komen via kwaliteitsverschillen. De basiskwaliteit binnen de Nederlandse gezondheidszorg – de kwaliteitsstandaard in termen van veiligheid en effectiviteit van zorgverlening waarop iedereen te allen tijde aanspraak kan maken – is mijns inziens uitstekend gewaarborgd door de wijze waarop ons kwaliteitssysteem functioneert. Dat systeem gaat er vanuit dat de veldpartijen (beroepsgroepen, brancheorganisaties) zelf normen ontwikkelen, waarbij de IGZ toeziet op de naleving van deze kwaliteitsnormen. Innovaties die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek of uit de praktijk van de zorgverlening, zorgen via «best practices» en de verspreiding daarvan voor een voortdurende opwaartse beweging van de kwaliteitsnormen. Bij lacunes in of veroude-

ring van de normstelling vervult de IGZ vanuit haar toezicht een aanjagende rol om deze leemtes te verhelpen. Twee belangrijke kenmerken van de gehanteerde kwaliteitsnormen zijn dus dat ze a) dynamisch zijn en b) dat «state of the art» daarbij maatgevend is. Het beeld dat kwaliteit van sterk uiteenlopende niveaus acceptabel zou zijn spooft niet met de huidige praktijk en zou ik ook niet wenselijk vinden, dit in antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie. Zoals bekend is het beleid (bijvoorbeeld in het kader van het programma «Sneller Beter») er juist op gericht om kwaliteit zichtbaar te maken en «best practices» zo snel mogelijk ingang te doen vinden. Van een specifiek samenwerkingsverband tussen IGZ en verzekeraars is geen sprake. De IGZ oefent haar toezicht uit op de zorgaanbieders en zij maakt de bevindingen openbaar. Daar kunnen verzekeraars bij het inkopen van zorg hun voordeel mee doen. Ook de verzekerde consument krijgt op deze manier inzicht in de geleverde kwaliteit bij aanbieders en verzekeraars, door middel van bijvoorbeeld het «zorgportal» op internet. Als de verzekerde meent dat er zorg van onvoldoende kwaliteit is geleverd, staan hem of haar twee wegen open. De eerste is verhaal halen bij de zorgaanbieder via de wegen die bijvoorbeeld de Wet klachtrecht cliënten zorgsector biedt. De tweede weg is reclameren bij de verzekeraar. De Zorgverzekeringswet voorziet hiertoe in een laagdrempelige mogelijkheid voor de verzekerde om een dergelijk geschil aan een onafhankelijke instantie voor te leggen, analoog aan de bestaande Ombudsman Zorgverzekeringen. Uiteraard kan de verzekerde zich ook tot de burgerlijke rechter wenden.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het daadwerkelijke zorgaanbod op dit moment in de praktijk anders is voor verzekerden in de eerste of tweede klasse en of een dergelijk onderscheid ook in de Zorgverzekeringswet zal ontstaan.

Buiten iedere twijfel moet staan dat er geen onderscheid bestaat in de zorgverlening zelf. Eventuele klasse verzekering heeft geen enkele betekenis voor het kwaliteitsniveau van de verzekerde zorg, maar heeft betrekking op niet zorggerelateerde, aanvullende aspecten, zoals het beschikbaar stellen van een eenpersoonskamer. Dit niet-zorggerelateerde aspect behoort tot het bereik van de aanvullende verzekering.

De leden van de SP-fractie zien graag een verklaring van de woorden «grosso modo». Zij vragen of dit bijvoorbeeld betekent of het pakket voor 2006 nog verder zal worden verkleind. Naar aanleiding van deze vragen merk ik het volgende op. Afgezien van de maatregelen die in de begroting voor 2005 al zijn aangekondigd, heb ik op dit moment geen voornemens om verdere pakketbeperkingen door te voeren. Met het begrip «grosso modo» heb ik op deze beperkte wijzigingen per 1 januari 2005 bedoeld. In antwoord op de vraag of het de bedoeling is pakketbeperkingen ongedaan te maken als uit evaluaties zou blijken dat deze teveel nadelige gevolgen hebben voor de volksgezondheid, merk ik op dat ik nu niet vooruit kan lopen op de eventuele uitkomst van onderzoek naar de uitwerking van de getroffen pakketmaatregelen.

Met betrekking tot de vraag naar de betrokkenheid van de Kamer wijs ik er op dat de Kamer jaarlijks bij de begroting en indien nodig tussentijds geïnformeerd wordt over wijzigingen van het pakket. Dat zal zo blijven. Op die wijze is de betrokkenheid van de Kamer gegarandeerd.

II. Achtergrond van het wetsvoorstel

Het kabinet voorziet dat de zorguitgaven in de toekomst zullen blijven stijgen als gevolg van technologische ontwikkelingen en de toenemende zorgvraag. Om de zorg betaalbaar te houden streeft het kabinet naar een zo efficiënt mogelijke zorg, hetgeen in de ogen van het kabinet wordt bevorderd door de introductie van de Zorgverzekeringswet. In de ogen

van het kabinet is dit – anders dan de leden van de ChristenUnie-fractie lijken te vinden – een logische combinatie.

De leden van de PvdA-fractie vragen om een uitsplitsing van huidige en toekomstige zorgkosten naar AWBZ en curatieve zorg. In onderstaande tabel is de uitgavenontwikkeling zoals gemeld in de Begroting 2005 gesplitst naar AWBZ en curatieve zorg (in mld €).

Kostenontwikkeling	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	groei p/j
<i>AWBZ (niveau)</i>	14,6	16,2	18,4	20,2	21,6	21,9	23,0	24,2	25,5	26,7	7,0%
totale groei t.o.v. 2000		1,7	3,9	5,6	7,1	7,4	8,4	9,7	10,9	12,2	7,0%
w.v. nominaal		0,7	1,5	2,1	2,6	2,9	3,4	3,9	4,6	5,2	3,4%
volume		0,9	2,4	3,5	4,5	4,4	5,1	5,7	6,4	7,0	4,4%
w.v. demografie		0,2	0,4	0,6	0,9	1,2	1,5	1,8	2,1	2,4	1,3%
overige groei		0,8	2,0	3,0	4,0	3,7	4,1	4,5	4,8	5,1	3,4%
maatregelen		-0,1	-0,1	-0,1	-0,4	-0,5	-0,5	-0,6	-0,5	0,5	-0,4%
<i>Curatieve zorg (niveau)</i>	18,1	20,0	22,3	23,6	23,3	23,9	25,2	26,5	27,9	29,4	5,5%
totale groei t.o.v. 2000		1,9	4,2	5,5	5,2	5,7	7,0	8,4	9,8	11,3	5,5%
w.v. nominaal		0,8	1,5	2,3	2,8	3,0	3,5	4,0	4,8	5,5	3,0%
volume		1,1	2,6	3,2	2,4	2,7	3,6	4,3	5,1	5,8	3,1%
w.v. demografie		0,2	0,4	0,6	0,8	1,1	1,3	1,6	1,8	2,1	1,0%
overige groei		1,1	2,4	2,9	3,3	3,9	4,6	5,2	5,6	6,1	3,3%
maatregelen		-0,2	-0,2	-0,4	-1,7	-2,3	-2,4	-2,4	-2,4	2,4	-1,6%
<i>Totaal (niveau)</i>	32,7	36,3	40,7	43,8	45,0	45,8	48,2	50,7	53,4	56,2	6,2%
totale groei t.o.v. 2000		3,6	8,0	11,1	12,3	13,1	15,5	18,0	20,7	23,4	6,2%
w.v. nominaal		1,5	3,0	4,4	5,4	6,0	6,8	7,9	9,3	10,7	3,2%
volume		2,0	5,0	6,7	6,9	7,1	8,6	10,1	11,4	12,7	3,7%
w.v. demografie		0,4	0,8	1,2	1,7	2,2	2,7	3,2	3,8	4,4	1,1%
overige groei		1,9	4,5	6,0	7,4	7,8	8,8	9,8	10,6	11,3	3,4%
maatregelen		-0,2	-0,2	-0,4	-2,2	-2,8	-2,9	-3,0	-3,0	3,0	-1,0%

De leden van deze fractie vragen voorts wat de voornaamste drijfveer is in de stijging van de zorgkosten: technologische ontwikkeling of vergrijzing? Zij vragen om een onderbouwde raming van de invloed van beide factoren op de stijging van de zorgkosten.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat voor het totaal van de uitgaven ongeveer de helft van de uitgavengroei veroorzaakt wordt door nominale en de helft door volumeontwikkelingen.

De volumegroei kent een veelheid aan oorzaken. De demografische component (bevolkingsgroei en vergrijzing) is betrekkelijk eenvoudig te ramen. Het RIVM schat deze groei voor de komende jaren op 1,1% per jaar. De overige volumegroei is veel lastiger in te schatten. Het betreft hier een saldo van arbeidsbesparende technologische ontwikkeling, kostenverhogende nieuwe technologie, sociaal-culturele trends en de effecten van beleid. (Zie voor een uitvoerige uiteenzetting hierover de CPB-studie *Een scenario voor de zorguitgaven 2003–2006*; <http://www.cpb.nl/nl/pub/document/7/doc7.pdf>). In de periode 2000–2009 is hiervoor gemiddeld 3,4% per jaar gereserveerd. Dit is exclusief het drukkende effect van ombuigingsmaatregelen (-1% per jaar).

De leden van de SGP-fractie vragen naar de relatie tussen de verkorting van het aantal ligdagen en de toenemende druk op het systeem van gezondheidszorg. Ook in het verleden is er een combinatie geweest van forse verkorting van het aantal ligdagen en een groter beroep op de gezondheidszorg. Het kabinet voorziet dat door de vergrijzing die druk op de gezondheidszorg nog groter wordt, ondanks een inderdaad te verwachten daling van het aantal ligdagen. De relatief eenvoudige ingrepen zullen meer en meer in dagbehandeling of zelfs poliklinisch gebeuren. De groei per jaar van dergelijke ingrepen is om en nabij de 10%. De ontwikkeling in het aantal opnamen is de laatste jaren nagenoeg

constant. Voor de relatief zwaardere gevallen blijven klinische ingrepen noodzakelijk.

De leden van de VVD-fractie vragen de regering te reageren op de kritiek dat het wetsvoorstel in de uitwerking en concretisering onvoldoende een keuze maakt tussen marktwerking en publieke waarborgen, wat kan resulteren in een onwerkbaar en bureaucratisch systeem.

Bij een zorgverzekering zal altijd sprake zijn van een mix van markt-elementen en sociale waarborgen. Dit wordt ook erkend door de Raad van State.

Naar mijn overtuiging zal de nieuwe zorgverzekering leiden tot betere prestaties. Het samenbrengen van particuliere verzekeringen en ziekenfondsen via de standaardverzekering maakt de zorgverzekeringsmarkt voor verzekerden inzichtelijker en biedt alle verzekerden de mogelijkheid om jaarlijks te kiezen uit het aanbod aan verzekeringen. Bovendien verdwijnen de ongerijmde premie- en inkomenseffecten voor mensen die noodgedwongen van het ziekenfonds naar het particuliere systeem moeten overstappen, of omgekeerd.

De toekomstige verzekeringsmarkt is bovendien homogener, omdat alle verzekeraars zich voortaan aan dezelfde spelregels moeten houden. De spelregels zijn zo ingericht dat verzekeraars worden aangespoord zich in te spannen als contractpartij van zorgaanbieders. Wanneer deze verdeling van verantwoordelijkheden over verzekerden, verzekeraars en aanbieders tot wasdom komt, kan de overheid de huidige – alom bekritiseerde – aanbodregulering verder verminderen, zonder dat burgers hoeven te vrezen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In een transparant en homogeen verzekeringssysteem vormt de risico-dragende verzekeraar het tegenwicht tegen de machtspositie die zorgaanbieders – door hun kennisvoorsprong en marktmacht – ten opzichte van de consument innemen. Tegelijkertijd heeft de consument – doordat de acceptatieplicht in combinatie met risicoverevening is vastgelegd en hij jaarlijks kan wisselen van verzekeraar – de mogelijkheid om te «stemmen met zijn voeten». Een dergelijk systeem, dat gebaseerd is op prikkels voor alle partijen, is in zijn aard weliswaar hybride maar vormt daarmee juist een, ook in internationaal opzicht, zeer afgewogen samenstel van markt-elementen en sociale waarborgen.

De leden van de VVD-fractie vragen voorts wat de mening van het kabinet is 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? Hoe wordt voorkomen dat door wantrouwen tussen de overheid en de deelnemers metersdikke gedetailleerde voorschriften ontstaan?

De voorschriften uit de Zorgverzekeringswet vloeien in belangrijke mate voort uit de sociale waarborgen die op brede steun van de Kamer rusten, zoals is gebleken uit eerder gevoerde beraadslagingen.

Het wetsvoorstel beoogt de directe informatieverplichtingen van zorgverzekeraars en hiermee de indirecte informatieverplichtingen van verzekerden en zorgaanbieders te verminderen. Hiermee neemt de administratieve last van zowel burgers als bedrijven af. De mening dat het wetsvoorstel de markt dicht regelt, kan ik daarom niet delen.

In de memorie van toelichting is de vermindering van administratieve lasten vooralsnog conservatief berekend op € 11 miljoen. Ten opzichte van de € 726 miljoen aan administratieve lasten van de huidige Zfw en Wtz 1998 is dat voorlopig een zeer bescheiden reductie. Uit de invulling van de nadere regelgeving gaat blijken wat de uiteindelijke vermindering van administratieve lasten is. Bij de uitwerking van de nadere regels wordt actief gestuurd op het verminderen van administratieve lasten. De declaratiecasus (het digitaliseren van het berichtenverkeer), het afschaffen

van machtigingen en de modernisering van de jaarverantwoording zijn daar voorbeelden van. Deze maatregelen zijn inmiddels in het kader van de aanpak administratieve lasten in uitvoering. Voor het eind van deze kabinetsperiode verminderen deze drie projecten de administratieve lasten al met bijna € 250 miljoen. Verder wordt de informatievoorziening gestroomlijnd en wordt het principe van «de overheid vraagt niet naar de bekende weg» ingevoerd. Concreet betekent dit dat vanaf 2006 zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet tweemaal dezelfde vraag wordt voorgelegd. Indien dat toch gebeurt, hoeft de instelling niet te antwoorden en kan zij volstaan met een verwijzing. Dit alles betekent dat er meer ruimte wordt geboden aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij zijn er vervolgens verantwoordelijk voor om deze ruimte optimaal te benutten. Ter ondersteuning hiervan wordt het gebruik van het burgerservicenummer (bsn) in de zorg wettelijk geregeld. Dit landelijke, unieke nummer ondersteunt een betrouwbare en doelmatige elektronische uitwisseling van gegevens over zorgconsumenten. Door deze uniformering zal ook de bureaucratische last in de zorgsector afnemen.

De leden van de SP-fractie vragen of het betalen van een hogere nominale premie kan leiden tot meer service dan voor mensen die een polis hebben tegen een lagere premie.

Vooropgesteld moet worden dat de basiskwaliteit onder de Zorgverzekeringwet voor iedereen gegarandeerd is; hierop wordt toegezien door de IGZ (voor de aanbieders) en het CTZ/de ZA (voor verzekeraars). Daarbovenop acht ik inderdaad verschillen in service mogelijk. De ene verzekeraar kan inzetten op een optimale service zoals een klantenservice die 24 uur per dag telefonisch bereikbaar is. Uiteraard kost dat geld en dat komt in de premiehoogte tot uitdrukking. Een andere verzekeraar kan kiezen voor een beperktere service en kan dat dan doen voor minder geld.

De fractieleden van de SP wijzen op een bericht van het ZN-journaal 2004 nr. 43, waaruit blijkt dat het CTZ een onderzoek gaat uitvoeren naar risicoselectie onder zorgverzekeraars. Zij vragen wanneer de uitkomst van dit onderzoek wordt verwacht en of het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) betrokken is geweest bij het instellen van dit onderzoek en wat hiervoor de redenen zijn geweest.

Het CTZ zal het toezicht uitoefenen op de verplichtingen die de Zorgverzekeringwet stelt aan zorgverzekeraars. Om zich beter op dat toezicht voor te bereiden, stelt het CTZ zich voor een soort «nulmeting» te doen: waar zitten mogelijkheden voor risicoselectie en waar worden deze toegepast. Het doel is uiteindelijk bouwstenen voor zijn toezichtuitoefening in de toekomst te verkrijgen zodat de bepalingen in de Zorgverzekeringwet adequaat kunnen worden gehandhaafd. Het onderzoek zal medio 2005 klaar zijn.

III. Consultatie en advies

Voor de wijzigingen waartoe het advies van het College bescherming persoonsgegevens (CBP) op het niveau van de Zorgverzekeringwet zelf aanleiding heeft gegeven, verwijs ik de leden van de fractie van de PvdA korthedshalve gaarne naar de punten 11a, b, c en d van het nader rapport. Uit het daar gestelde zullen de leden van de PvdA-fractie begrijpen, dat ik de mening van het CBP dat onder de Zorgverzekeringwet de privacy van de verzekerden onvoldoende gewaarborgd zal zijn, niet deel. De Zorgverzekeringwet kent een aantal bepalingen op grond waarvan verzekeraars of instanties persoonsgegevens aan elkaar moeten of kunnen verstrekken. Het gaat daarbij vooral om de artikelen 35, 85, 86, 87 en 88. Deze artikelen beperken de mogelijkheid tot uitwisseling van persoonsgegevens tot datgene, dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of de Zorgverzekeringwet. Daarmee wijkt de

formulering niet af van de formuleringen in de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP; zie bijvoorbeeld artikel 21 van die wet, waarvan artikel 86 een lex specialis voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars vormt), welke bepalingen veelal ook in algemene zin regelen dat persoonsgegevens mogen worden uitgewisseld voor zover dat voor een in de WBP genoemd doel noodzakelijk is. De genoemde artikelen van de Zorgverzekeringswet kennen alle de mogelijkheid om bij ministeriële regeling of, in het geval van artikel 85, bij algemene maatregel van bestuur (amvb) nadere regels aan de gegevensverstrekking te stellen, bijvoorbeeld om in te vullen om welke gegevens het precies gaat of om aan te geven aan welke beveiligingseisen elektronische gegevensverstrekking moet voldoen. De privacybescherming zal derhalve juist bij het invullen van die lagere regelgeving werkelijk «handen en voeten» krijgen. Uiteraard zal ook daarbij voldoende aandacht worden geschonken aan het CBP-advies.

De brancheorganisaties van verzekeraars, zo stellen de leden van de PvdA-fractie, hebben met name aandacht gevraagd voor de ondernemingsruimte van verzekeraars. Zij vragen in te gaan op de commentaren die stellen dat de ondernemingsruimte als gevolg van de wettelijke bepalingen te beperkt zou zijn, en willen graag weten of ik hierdoor een belemmerende werking verwacht. Tevens vragen zij of ik de voorstellen vanuit een mededingingsoogpunt aan de NMa heb voorgelegd en zo ja, wat hiervan de uitkomsten waren. Indien dat niet het geval is, acht ik het dan wenselijk om dit alsnog te doen, zo vragen zij. Ik ben van mening dat er voldoende ondernemingsruimte is voor zorgverzekeraars. Het wetsvoorstel geeft de zorgverzekeraars een belangrijke rol. Zij treden op als onderhandelingspartners van de zorgaanbieders, als het gaat over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Zorgverzekeraars kunnen zich op al deze punten onderscheiden van elkaar. Zo kunnen verzekeraars met voorkeursaanbieders afspraken maken over bijvoorbeeld wachttijden en kwaliteit van de geleverde zorg. Ook mogen zij bij de uitvoering van de wet winstbeogend zijn. Door het wegvallen van de grenzen tussen de verschillende verzekeringsvormen strekt de verzekerdmarkt zich voor alle zorgverzekeraars uit tot alle ingezetenen. Dit betekent voor de huidige ziekenfondsen en particuliere verzekeraars die de Zorgverzekeringswet willen gaan uitvoeren, een aanzienlijke uitbreiding van het marktpotentieel. Staan in het onderhavige wetsvoorstel vooral de spelregels en speelruimte centraal voor het verkeer tussen verzekerden en verzekeraars, in de Wtzi en de Wet tot wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres) zijn dat vooral de spelregels en speelruimte voor het verkeer tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De geleidelijke liberalisering van de zorginkoopmarkt die ik voor ogen heb, zal de positie van de verzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders versterken.

Naast het aanmoedigen van eigen verantwoordelijkheid en meer marktprikkels beoogt het verzekeringsstelsel gelijktijdig een stevige verankering te geven aan sociale randvoorwaarden en wordt marktfalen gerepareerd. Een systeem van gereguleerde concurrentie bestendigt dit evenwicht. De vrijheid van ondernemen is dan ook niet onbeperkt. Zo kan, in tegenstelling tot de werkwijze van particuliere verzekeraars, op bestaande markten niet op risico's worden geselecteerd. Ook hebben verzekeraars een wettelijke zorgplicht. Bovendien zal de Zorgautoriteit sectorspecifiek mededingingstoezicht uitoefenen op zorgverzekeraars. Hiermee wordt verhinderd dat de mededinging ten onrechte wordt beperkt.

De NMa is betrokken bij de consultatieronde in het voorjaar van 2004 over de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan dit voorstel van wet. De NMa kon instemmen met de uitgangspunten. Een van de suggesties van de NMa was het vragen van aandacht voor het zekerstellen van het onder

de Mw vallen van de uitvoerders van de Zorgverzekeringswet. Daartoe strekt artikel 120 van de Zorgverzekeringswet. Ook heeft de NMa aandacht gevraagd voor het belang van een adequate informatie-uitwisseling met de Zorgautoriteit.

De leden van de fracties van de PvdA, de SP en GroenLinks hebben vragen gesteld over het toezicht en de controle op de besteding van de premiegelden in de Zorgverzekeringswet. Ook bestaan er zorgen over een gebrek aan democratische controle en het op afstand plaatsen van de Algemene Rekenkamer. Het kabinet heeft nadrukkelijk gekozen voor de inbedding van de sociale ziektekostenverzekering in een systeem van overeenkomsten tussen private partijen. Een centrale rol in het nieuwe stelsel wordt vervuld door de zorgverzekeraars. Deze private verzekeraars kunnen zelf bepalen hoe zij hun werkzaamheden financieren. Naast het vragen van een (nominale) premie van verzekerden, kunnen zij bijvoorbeeld kapitaal van derden of reserves inzetten. Het kabinet ziet in de vrije bestemming van winsten, behaald op het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen, een belangrijke concurrentieprikkel. De verzekeraars concurreren met elkaar om de klandizie van verzekerden, waarmee prikkels zijn ingebouwd voor een doelmatig en kwalitatief goed zorgstelsel. Om de concurrentiebeperkende effecten van de acceptatieplicht tegen te gaan, wordt voorzien in een jaarlijkse vereveningsbijdrage. Omdat het aan de private verzekeraar is om te bepalen met welke middelen hij de uitvoering van zijn zorgverzekeringsovereenkomsten financiert, is in de Zorgverzekeringswet niet bepaald dat de zorgverzekeraar de vereveningsbijdrage dient te gebruiken voor het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen. In het licht van deze bestedingsvrijheid bij de verzekeraar, is het niet zinvol om het CTZ/Zorgautoriteit of de Algemene Rekenkamer met de controle op de recht- en doelmatige besteding van deze gelden te belasten. Dit neemt niet weg dat de borging van de publieke belangen een adequate toezicht- en verantwoordingsstructuur vergt, die in deze wet en in de wettelijke regeling van de Zorgautoriteit is verankerd. Kern is dat de verzekeraar de verplichtingen naleeft die de wet aan hem stelt en dat daarmee de doelen van de wet worden bereikt. Hierbij gaat het onder meer om het nakomen van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. Het toezicht op de naleving van de publieke waarborgen wordt uitgeoefend door het CTZ/Zorgautoriteit. De rapportages van het CTZ/Zorgautoriteit hierover worden met mijn standpunt aan het parlement aangeboden. Aldus legt de Minister transparant verantwoording af over de opzet en werking van de Zorgverzekeringswet. De Algemene Rekenkamer kan te allen tijde deze structuur onderzoeken en daarmee ook aspecten van marktwerking. De democratische controle is in de gekozen systematiek gewaarborgd.

IV. De vormgeving van de verzekering

De leden van diverse fracties stellen vragen met betrekking tot de Europeesrechtelijke houdbaarheid van het voorgestelde nieuwe verzekeringssysteem.

Vooropgesteld zij dat elke wijziging in het stelsel van ziektekostenverzekeringen in elke lidstaat van de EU heden ten dage vragen kan oproepen vanuit het Europees recht en daarom voor nationale overheden een zeker risico in zich bergt. Dit mag geen reden zijn af te zien van welke wijziging in een stelsel dan ook, aangezien dat stolling zou betekenen van historisch ooit neergeslagen systemen. En dat is nooit de bedoeling van het Europees recht geweest. In het algemeen deel van de memorie van toelichting is een uiteenzetting opgenomen over het relevante Europese recht waaruit blijkt dat zowel de huidige stand van zaken als de richting waarin dat zich ontwikkelt, een basis biedt voor de door de regering gemaakte keuzes. Het is deze ontwikkeling van de onderscheiden Europees-

rechtelijke rechtsgebieden van de mededinging enerzijds en de Europese schaderichtlijnen anderzijds in hun onderlinge samenhang die de regering tot de conclusie brengt dat er vanuit Europeesrechtelijk perspectief geen beletselen zijn voor een keuze voor een privaatrechtelijke vormgeving van de zorgverzekering.

In de afgelopen jaren zijn diverse wettelijke verzekeringsregelingen van EU-lidstaten voorwerp geweest van toetsing door het Europese Hof van Justitie. Het beeld dat uit de jurisprudentie opdoemt is, dat, waar sociale doelstellingen in het geding zijn, de vrije markt niet «heilig» is en uitzonderingen op het verbod op overheidsingrijpen in de vrije markt minder restrictief worden geïnterpreteerd dan voorheen¹. In diverse arresten plaatst het Hof sociale waarden doelgericht boven marktwaarden. Waar nodig, zal dat hieronder worden geïllustreerd.

Diverse vragen hebben betrekking op de verhouding van het beoogde zorgverzekeringsstelsel tot de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen, met name de Derde schaderichtlijn (Richtlijn 92/49), en stellen aan de orde welke betekenis in dit verband kan worden toegekend aan de brief van de Europese Commissie van 25 november 2003.

De schaderichtlijnen hebben een tweeledig doel: het creëren van gelijke concurrentievoorwaarden voor verzekeringsondernemingen binnen de EU en de bescherming van verzekerden. Zij gaan uit van het principe van één vergunning voor de hele interne markt, te verlenen door de autoriteiten van de lidstaat van oorsprong, waar het hoofdkantoor van de verzekeraar is gevestigd («single license»). Het is de toezichthouder van dat land die als enige bedrijfseconomisch toezicht mag uitoefenen («home control»). Ten einde het vrij verkeer van schadeverzekeringen binnen de Europese Unie mogelijk te maken, bevatten de richtlijnen onder meer geharmoniseerde regels over de financiële bedrijfsvoering van schadeverzekeraars en de door deze aan te houden solvabiliteitsmarges en reservevorming. De richtlijnen beperken de mogelijkheden tot regulering van het verzekeringsbedrijf voor de lidstaten. Voor onderwerpen die door de richtlijnen zijn geharmoniseerd, hebben lidstaten in principe geen speelruimte meer. Voor onderwerpen ten aanzien waarvan de richtlijnen geen harmonisatiebepalingen bevatten, zijn de lidstaten bevoegd gebleven regels en normen te stellen. Artikel 54 van de Derde schaderichtlijn voorziet in de mogelijkheid ten aanzien van ziektekostenverzekeringen nadere regels te stellen uit hoofde van het algemeen belang. De exceptie neergelegd in artikel 54, eerste lid, is mede in de tekst van de richtlijn gebracht, omdat Nederland bij de totstandkoming van de Derde schaderichtlijn het in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen geregelde arrangement wenste te sauveren.

Over de vraag of artikel 54 voldoende basis biedt om de voor een solidaire verzekering noodzakelijke eisen aan private verzekeraars te kunnen stellen, liepen de meningen in juridische kring in ons land de afgelopen jaren uiteen. In zijn advies uit 2001 waaruit twijfel sprak, benadrukte de Interdepartementale Commissie Europees Recht (ICER) dat een evident en helder toetsingskader ontbrak. Alleen om deze reden al achtte de ICER het raadzaam de Europese Commissie op een geschikt moment te betrekken bij de verdere invulling en vormgeving van de stelselherziening. Na mijn aantreden in 2003 heb ik besloten dat die raad alsnog gevolgd diende te worden. Daarop hebben de consultaties plaats gehad die uiteindelijk hebben geleid tot de brief van de Europese Commissie van 25 november 2003, zulks in antwoord op mijn brief van 8 oktober 2003 waarin de contouren van de beoogde zorgverzekering vrij precies zijn beschreven. In het gevoerde overleg en in mijn brief is niet alleen de acceptatieplicht aan de orde gesteld, maar zijn ook ter sprake gekomen: het voeren van een basispakket, de plicht een door de overheid vastgesteld eigen risico te hanteren (ter voorkoming van moral hazard), een verbod op premie-differentiatie naar leeftijd, geslacht, ziekterisico en andere aan de persoon

¹ Zie voor een overzicht: Prof. Dr. Gijsbert Vonk (bijzonder hoogleraar socialezekerheidsrecht aan de Vrije Universiteit en hoofd van de afdeling Recht & Beleid van de Sociale Verzekeringsbank), Europees sein op groen voor het nieuwe Nederlandse zorgverzekeringsstelsel, SEW, nr. 11, november 2004.

gerelateerde factoren, de deelname aan het risicovereveningssysteem, de zorgplicht, informatieverplichtingen de plicht van onderwerping aan specifiek toezicht en de plicht in bijzondere omstandigheden het presteren in natura op te leggen.

De Commissie erkent in haar brief onomwonden dat de Derde schaderichtlijn Nederland de mogelijkheid geeft wettelijke bepalingen van algemeen belang vast te stellen die bindend zijn voor alle verzekeraars die zich op de Nederlandse ziektekostenverzekeringsmarkt willen begeven. De exceptie van artikel 54 van de Derde schaderichtlijn geldt volgens de Commissie ook in de situatie dat een lidstaat besluit de dekking van de wettelijke sociale ziektekostenverzekering in haar geheel op te dragen aan particuliere verzekeringsondernemingen die een dergelijke activiteit voor eigen risico uitvoeren. Het waarborgen van de gezondheidszorg als een fundamenteel sociaal recht, kan een rechtvaardiging vormen voor de maatregelen die de Nederlandse overheid noodzakelijk acht.

De Commissie geeft in haar brief aan dat de principes waarop de Nederlandse regering het stelsel wil baseren, naar haar oordeel gerechtvaardigd kunnen zijn onder artikel 54, omdat zij noodzakelijk lijken om de legitieme doelstellingen die de regering met het stelsel nastreeft, zeker te kunnen stellen. De Commissie wijst erop dat hoe een toetsing van de noodzakelijkheid uiteindelijk uitvalt, afhankelijk is van de gedetailleerde wettelijke regulering. Twijfel spreekt de Commissie vervolgens slechts uit over een mogelijke verplichting voor verzekeraars zorg in natura aan te bieden. De Commissie geeft overigens ook aan dat het niet gebruikelijk is dat de Commissie een formeel oordeel uitspreekt over concrete wetsvoorstellen. Zij onderstreept dat slechts het Hof van Justitie bevoegd is een concrete nationale regeling aan het Europees recht te toetsen.

Waarom hecht de regering, ondanks het besef dat slechts het Hof uiteindelijk tot oordelen bevoegd is, zoveel waarde aan de opinie die de Commissie op basis van een vrij precieze, zij het niet in gedetailleerde wettelijke termen geëtalende, aanduiding van het beoogde stelsel heeft gegeven? Dat is zo, omdat de Europese Commissie die als hoeder van het Europees Verdrag toeziet of lidstaten de dwingende regels van het Europese recht naar behoren in acht nemen, zich juist wat betreft de naleving van de schaderichtlijnen in de afgelopen jaren zeer actief heeft betoond. Nagenoeg alle uitspraken van het Europese Hof van Justitie inzake de interpretatie van de schaderichtlijnen betreffen zaken die geëntameerd zijn door de Europese Commissie, zaken dus waarin de Commissie een lidstaat voor de Europese rechter heeft gebracht, omdat de lidstaat naar haar oordeel uit de schaderichtlijnen voortvloeiende verplichtingen niet naar behoren had nageleefd. Ik noem de zaken Commissie-België C-206/98, Commissie-Frankrijk C-239/98, en Commissie-Italië C-59/01 en, onlangs, Commissie-Luxemburg C-346/02. Ik acht het uitgesloten dat de Commissie een procedure tot rechtshandhaving voor het Hof zal aanspannen waarin zij een ander standpunt inneemt dan zij in de brief aan de Nederlandse regering heeft gedaan. Ook wanneer een belanghebbende een procedure zou aanspannen waarin aan het Hof mogelijk rechtsvragen worden gesteld, is de opinie van de Commissie van betekenis. In drie van de vier genoemde zaken volgde het Hof de opvatting van de Commissie. De zaak Commissie-Luxemburg is interessant, omdat het Hof een door de Luxemburgse wetgever voorgeschreven bonusmalussysteem voor motorrijtuigenverzekeringen, anders dan de Commissie, niet strijdig achtte met de Derde schaderichtlijn. In antwoord op de vraag van de leden van de SP en een vergelijkbare vraag van de Christen Unie wat de status van de brief van de Europese Commissie is, is mijn antwoord dat deze brief de opvatting van de Commissie weergeeft inzake de «houdbaarheid» in het licht van de

schaderichtlijnen van het in het gevoerde overleg en in mijn brief van 8 oktober 2003 gepresenteerde zorgverzekeringsstelsel. Bij het overleg en de beantwoording van mijn brief zijn de directoraten-generaal sociaal beleid en werkgelegenheid, interne markt, en publieke gezondheid («Sanco») betrokken geweest. De antwoordbrief is bovendien juridisch getoetst door de Juridische Dienst van de Commissie. Op een eindoordeel van het Hof van Justitie in een mogelijk door enige belanghebbende aan te spannen procedure die tot vragen bij het Hof zou kunnen leiden, prejudicieert de brief van de Commissie niet, maar zij geeft wel de grootst mogelijk rechtszekerheid die in het kader van consultaties verkrijgbaar was, gegeven de rol die – als boven vermeld – aan de Commissie toekomt als hoeder van het EG-Verdrag. Met behulp van Europese jurisprudentie is de bewering dat artikel 54 van de Derde schaderichtlijn van toepassing kan zijn op de systematiek van de nieuwe wet, zoals de leden van het CDA vragen, niet te schragen, aangezien daarop specifiek toegespitste rechtspraak ontbreekt. Ik kan, zoals ik heb gedaan, slechts wijzen op de invloed die van opvattingen van de Europese Commissie op die jurisprudentie blijkt uit te gaan.

Het wetsvoorstel werkt de uitgangspunten die aan de Commissie gepresenteerd zijn, getrouw uit. Ik zie, ook gegeven de opvatting van de Commissie daaromtrent, geen aanleiding ieder wettelijk detail aan de Commissie voor te leggen. Ik meen dat de regering hier haar eigen verantwoordelijkheid kan nemen. Wel heb ik besloten, zoals de Commissie ook gesuggereerd heeft, enkele aspecten van de wettelijke regeling te notificeren in het kader van het steunrecht. Ik kom hier nog op terug.

Wat betreft de mogelijkheid de verzekeringsplicht, een van de sociale pijlers in het stelsel, onderuit te halen, heb ik geen zorgen. De schaderichtlijnen staan die plicht niet in de weg. Inzake de mededingingsrechtelijke houdbaarheid van verzekeringsverplichtingen, merk ik op dat de verzekeringsplicht door de overheid wordt opgelegd en daarom niet onder het mededingingsrecht valt. Illustratief is in dit verband *Brentjens*-rechtspraak¹. Daarbij nam het Hof Nederlandse pensioenregelingen in bescherming door ervan uit te gaan dat collectieve arbeidsovereenkomsten buiten het bereik van het Europese mededingingsrecht vallen. De arresten bevatten een systematische verwijzing naar de sociale doelstellingen die op verschillende plaatsen in het EG-verdrag zijn verwoord. Daarbij werd ook specifiek gewezen naar de uitbreiding van de sociale bevoegdheden van de Gemeenschap via het Sociaal Protocol van het Verdrag van Maastricht (thans via het Verdrag van Amsterdam geïncorporeerd in het EG-Verdrag zelf). Qua inhoud en compositie behoren de *Brentjens*-uitspraken tot de meest robuuste arresten uit de geschiedenis van het Europees sociaal recht. Het Hof plaatste sociale waarden doelgericht boven de marktwaarden. En, zo is gebleken, waar deze vorm van redeneren opgaat voor de CAO, doet zij dat zelfs ook voor andere stelsels waarmee sociale doelstellingen zijn gediend. In *Pavlov*² werd de verplichting voor medisch specialisten om aan een Nederlandse pensioenregeling deel te nemen, geoorloofd geacht. In *Cisal*³ stond buiten kijf dat het Italiaanse Nationale Instituut voor Ongevallenverzekeringen een verplichte premie kon opleggen aan een bouwonderneming. Kortom degenen die hoopten zich met een beroep op de vrije-marktregulering van de EG te kunnen onttrekken aan solidariteitsverplichtingen, kregen daarin het recht niet aan hun zijde.

Naar aanleiding van de bij de leden van de PvdA levende opvatting dat een publiekrechtelijke inbedding van de Zorgverzekeringswet een meer solide steun biedt aan het borgen van publieke waarden, wijs ik erop dat de Europese Commissie in haar brief van 23 november 2003 stelt dat ook publiekrechtelijke uitvoeringsorganen die verzekeringsrisico dragen onder

¹ HvJ 21 september 1999, C-115/97 tot C-117/97; HvJ 21 september 1999, C-67/96 (Albany International BV) en HvJ 21 september 1999, zaak C-219/97 (Drijvende bokken), Jur. 1999, I-5751 en volgende.

² HvJ 12 september 2000, zaken C-180/98 tot en met C-184/98, Jur. 2000, I-6451.

³ HvJ 22 januari 2002, zaak C-218/00, Jur. 2002, I-717.

de werkingssfeer van de schaderichtlijnen kunnen vallen. De vraag of die schaderichtlijnen ruimte laten voor het opleggen van de voor de solidariteit van het systeem noodzakelijke verplichtingen, doet zich ook voor in een constellatie van een publiekrechtelijk stelsel dat gekenmerkt wordt door keuzevrijheid, mededinging en het dragen van verzekeringsrisico¹. Ik breng in herinnering dat begin jaren '90 de plannen Dekker en Simons die uitgingen van een zorgverzekering van rechtswege vragen opriepen in het licht van het Europees recht. Ook de «publiekrechtelijke» keuze, zoals de leden van het SGP dat noemen brengt bij eenzelfde verantwoordelijkheidsverdeling (tussen overheid, verzekeraars en zorgaanbieders), onzekerheden en enig risico mee. Doelstelling van de Zorgverzekeringswet is het duurzaam borgen van de financiële toegankelijkheid tot de zorg voor de gehele Nederlandse bevolking. Daartoe bevat de wet een vijftal kern-elementen, te weten de verzekeringsplicht, de acceptatieplicht, een wettelijk omschreven pakket, premiesolidariteit en een stelsel van risico-verevening voor de zorgverzekeraars. Zoals in het algemeen deel van de memorie van toelichting is aangegeven, is het in wetgevendende zin mogelijk om dat langs twee verschillende wegen te realiseren; ten eerste langs de weg van een publiekrechtelijke verzekering met privaatrechtelijke kenmerken, ten tweede langs de weg van een privaatrechtelijke verzekering met publiekrechtelijke randvoorwaarden. Voor de wezenlijke inhoud van de verzekering is de wijze waarop dit is geregeld, lood om oud ijzer. Waar het om gaat, is de richting waarin het gekozen stelsel zich als gevolg van zijn toepassing in de loop der jaren kan ontwikkelen. Een publiekrechtelijk geregelde verzekering draagt het risico in zich steeds publiekrechtelijker te worden, omdat ieder feilen bestreden zal worden met meer regelgeving. Dat is een richting die de regering niet op wenst te gaan, omdat deze fnuikend is voor het eigen initiatief en de eigen verantwoordelijkheid van de bij de zorg betrokken partijen. De Europese regelgeving zorgt ervoor dat er als het ware een natuurlijke rem wordt gelegd op die overmaat aan regelgeving bij een privaatrechtelijk stelsel met publieke randvoorwaarden. Er dient namelijk voor alle maatregelen die inbreuk maken op de marktverhoudingen die volgens het Europese recht in beginsel niet aangetast mogen worden, aangegeven te worden dat zij noodzakelijk zijn en niet zwaarder dan nodig. Deze eisen gelden met betrekking tot alle artikelen van de wet. Daarbij is, zeg ik ook aan het adres van de leden van de VVD dan ook telkens de noodzakelijke afweging gemaakt, waarbij geldt dat het regelen van bepaalde onderwerpen soms een cluster van bepalingen met zich brengt. Ter illustratie het volgende. Het regelen van een acceptatieplicht brengt met zich dat ook aangegeven wordt waarvoor de acceptatieplicht eigenlijk geldt, dat wil zeggen een wettelijke omschrijving van het pakket. Tevens impliceert dit dat premiesolidariteit wordt voorgeschreven, omdat acceptatieplicht voor een wettelijk voorgeschreven pakket geen materiële inhoud heeft wanneer het de zorgverzekeraar vrij staat daar in individuele gevallen een zeer hoge premie voor te vragen. Acceptatieplicht voor zorgverzekeraars noodzaakt tot een vereveningsstelsel om te voorkomen dat een zorgverzekeraar in financiële problemen komt, omdat hij, door de wet gedwongen, vele slechte risico's moet accepteren. Toepassing van een vereveningsstelsel brengt de verplichting met zich dat zorgverzekeraars melden wie bij hen is verzekerd en welke de persoonskenmerken van die verzekerden zijn. De terughoudendheid met regelgeving en de toetsing op noodzakelijkheid waartoe het Europees recht met name in een privaatrechtelijk stelsel noopt, sluiten overigens goed aan bij het beleid van de regering in het algemeen zuinig te zijn met regels.

¹ Vgl. D.J. Drijber en G.R.J. de Groot, Een nieuw stelsel van zorgverzekering. Toetsing aan het gemeenschapsrecht en het internationale recht, advies van de landsadvocaat, Den Haag, 4 december 2002, p. 52.

Vragen naar de Europese houdbaarheid van de zorgverzekering kunnen nooit met absolute zekerheid worden beantwoord, ook al omdat het Europese recht voortdurend in ontwikkeling is. Gezien het bovenstaande, ben ik echter wel van mening dat er voldoende zekerheid is met betrekking tot

deze houdbaarheid. Mocht het Europese Hof van Justitie toch concluderen dat een onderdeel van de wet niet door de Europeesrechtelijke beugel kan, dan zal die bepaling, dan wel de toepassing daarvan, worden aangepast net zoals dat bijvoorbeeld het geval is geweest in de ziekenfondsverzekering naar aanleiding van het arrest van het Europese Hof in de zaak Müller-Fauré waarbij het stellen van de voorwaarde van voorafgaande toestemming voor extramurale zorg in het buitenland niet overeenkomstig de Europese regels werd geacht. Als gevolg daarvan is de uitvoeringspraktijk aangepast in die zin dat de bepaling over voorafgaande toestemming bij het verlenen van niet-gecontracteerde zorg in een andere EU-lidstaat, niet meer wordt toegepast.

Zowel leden van de PvdA-fractie als die van de SP-fractie vragen wat er gebeurt indien het met de Zorgverzekeringswet in te voeren privaatrechtelijke stelsel ooit, bijvoorbeeld ten gevolge van een uitspraak van het Hof van Justitie, teruggedraaid zou moeten worden naar een publiekrechtelijk stelsel.

Daar wil ik het volgende op antwoorden. Thans kent Nederland (in hoofdzaak) een duaal bestel: een publiekrechtelijke ziekenfondsverzekering met diverse privaatrechtelijke elementen voor een deel van de bevolking en particuliere ziektekostenverzekeringen voor een ander deel van de bevolking; ook de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt kent in het algemeen belang publiekrechtelijke regelgeving (de Wtz 1998). Dit duale bestel wordt met de Zorgverzekeringswet vervangen door een privaatrechtelijke zorgverzekering met belangrijke publiekrechtelijke randvoorwaarden. Ik acht het onaannemelijk dat toekomstige generaties een terugkeer naar het duale bestel zouden willen nastreven. De overheid blijft uit hoofde van de Grondwet en internationale verdragen verantwoordelijkheid houden voor een toegankelijke, kwalitatief deugdelijke en betaalbare gezondheidszorg. Het is mogelijk dat de wetgever zich vanuit die verantwoordelijkheid in de toekomst geroepen voelt het wettelijke stelsel van zorgverzekeringen opnieuw te modificeren. Dat zal moeten geschieden op basis van ervaringen die met het nieuwe stelsel worden opgedaan. Theoretisch is niet ondenkbaar is dat het publiekrechtelijke element weer wordt versterkt. Vanuit de Europeesrechtelijke context hebben de lidstaten een vrijheid in gebondenheid om hun stelsel van sociale ziektekostenverzekering naar eigen inzichten in te richten. Zolang op Europees niveau geen sprake is van harmonisatie van de wetgeving inzake de sociale ziektekostenverzekeringen, blijft die vrijheid bestaan. Of en in hoeverre er behoefte zou bestaan het publiekrechtelijke element te versterken, valt thans niet te overzien. Over de gevolgen kan dan ook in algemene zin niet worden gespeculeerd. Evenals thans geschiedt, zal bij iedere modificatie acht moeten worden geslagen op de belangen van de verzekerden en van de verzekeringsinstellingen die bij de uitvoering van de zorgverzekering betrokken zijn. Zonder precedent is een omvorming van een «privaatrechtelijke» zorgverzekering naar een «publiekrechtelijke» zorgverzekering overigens niet. In herinnering moge worden geroepen dat bij de invoering van de Zfw de verplichte privaatrechtelijke ziekenfondsverzekering werd omgevormd tot een (publiekrechtelijke) verzekering van rechtswege.

Ten slotte ga ik hier nog in op de relatie tussen de Zorgverzekeringswet en specifieke EU-onderwerpen: staatsteun, mededingingsrecht en Verordening 1408/71.

Het beoogde risicovereveningssysteem is onlangs ter toetsing aan de Europese Commissie voorgelegd. Zij zal toetsen of dat systeem verboden staatssteun aan de zorgverzekeraars op zal leveren. In de hiernavolgende antwoorden op vragen over het vereveningssysteem, zal dit nog aan de orde komen.

De leden van de SP-fractie vragen, of het voorliggende wetsvoorstel niet bepalingen bevat die kartelgedrag in de hand werken. Dat zou immers leiden tot strijd met het Europese (en Nederlandse) mededingingsrecht. Allereerst wil ik opmerken, dat wettelijke bepalingen die verzekeraars bepaalde verplichtingen opleggen, zoals de door de leden genoemde acceptatieplicht, de verplichting om, indien men vrijwillige eigen risico's wil aanbieden, dat in bepaalde staffels te doen, of het in de polissen verwerken van de no-claimteruggave, niet in strijd met het mededingingsrecht kunnen zijn. Verzekeraars hebben wat betreft de uitvoering van dat soort verplichtingen immers geen keuze. Dit, om een misverstand dat mogelijk naar aanleiding van het op 29 oktober jl. gehouden rondetafelgesprek is ontstaan, weg te nemen. Wat op grond van het mededingingsrecht echter wél verboden is, is dat verzekeraars onderling afspraken maken (kartels), bijvoorbeeld over de premies die zij vragen. Wel mogen zij overigens in gedragscodes afspraken maken die de kwaliteit van hun dienstverlening kunnen vergroten. Naar mijn mening bevat de Zorgverzekeringwet geen bepalingen die tot kartelvorming aanzetten.

De vraag van de leden van de CDA-fractie of de Zorgverzekeringwet zal voldoen aan de voorwaarden die gesteld worden in de Europese socialezekerheidsverordening, nr. 1408/71 dient naar mijn opvatting zonder twijfel bevestigend te worden beantwoord. Dat wordt niet alleen met zoveel woorden gesteld in de brief van de Europese Commissie (25 november 2003, CAB/PvB/D(03)0848), maar blijkt ook uit de uitspraak van het Hof van Justitie in de zaak Commissie vs België (C-206/98, 18 mei 2000). In die uitspraak heeft het Hof vastgesteld dat de Belgische arbeids- en beroepsziekteverzekering, niettegenstaande haar privaatrechtelijke aard, zodanig was ingebed in het totale Belgische socialezekerheidsstelsel dat deze verzekering onder de werking van de Verordening valt. Gevolg van de toepasselijkheid van de Europese sociale zekerheidsverordening is dat personen die verzekeringsplichtig zijn ingevolge de Zorgverzekeringwet, ten laste van de Zorgverzekeringwet bij tijdelijk verblijf of wonen in andere lidstaten zorg krijgen overeenkomstig de in die lidstaat geldende sociale verzekering.

De leden van de CDA-fractie hebben de indruk gekregen dat het privaatrechtelijke karakter van de Zorgverzekeringwet zich niet goed verhoudt met de mededingingsregels van de EU, en dat de mogelijkheid om winst te beogen, zich niet goed verhoudt met de publieke waarborgen. Zij vragen waar de schoen in dezen wringt.

Ik zie hier zelf geen problemen in. Mochten de leden van de CDA-fractie bedoelen te vragen of de Zorgverzekeringwet de zorgverzekeraars aanzet tot verboden kartelgedrag, dan verwijs ik hen naar het antwoord dat ik eerder al op een gelijksoortige vraag van de leden van de SP-fractie heb gegeven. Wat betreft de verhouding tussen de publieke waarborgen en de mogelijkheid om winst te beogen: juist die publieke waarborgen zijn opgenomen om zeker te stellen dat het beogen van winst niet kan leiden tot ondergraving van het sociale karakter van de verzekering.

De leden vragen voorts waarom de regering denkt dat het vereveningssysteem niet valt onder de definitie van staatssteun in de zin van artikel 87 van het EG-Verdrag. Dienaangaande zij opgemerkt dat risicoverevening nodig is om verzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in hun portefeuilles verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's hebben. Een beschikking van de Europese Commissie van 13 mei 2003 (State Aid Nr. 46/2003-Ireland) over risicoverevening in het Ierse private verzekeringsstelsel bevestigt dat risicoverevening, gegeven onder andere de randvoorwaarden van acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie, noodzakelijk is om gelijke verzekeringsrisico's te bewerkstelligen. Uit rechtspraak van het Europese Hof van Justitie volgt dat, wanneer een overheidsmaatregel te beschouwen is als een compensatie die de tegen-

prestatie vormt voor prestaties die de begunstigde ondernemingen hebben verricht om openbaardienstverplichtingen uit te voeren (in het onderhavige geval de uitvoering van de Zorgverzekeringswet met een acceptatieplicht, wettelijk vastgelegde verzekerde prestaties, gelijke premies voor alle polishouders met eenzelfde polis), zodat deze ondernemingen in werkelijkheid geen financieel voordeel ontvangen en de voormelde maatregel dus niet tot gevolg heeft dat deze ondernemingen vergeleken met ondernemingen die met hen concurreren, in een gunstiger mededingingspositie worden geplaatst, een dergelijke maatregel niet binnen de werkingssfeer van artikel 87, eerste lid, van het EG-Verdrag valt (zie ADBHU, Zaak 240/83, punten 3, laatste volzin, en 18, Ferring, Zaak C-53/00, punt 27, en Altmark, Zaak C-280/00, punten 88–94).

Op pagina 24 van de memorie van toelichting staat, dat na invoering van de Zorgverzekeringswet uitgangspunt zal zijn dat de relaties tussen partijen in de gezondheidszorg zoveel mogelijk ontstaan op basis van eigen keuzes, en dat de overheid slechts ter borging van het algemeen belang regelend op zal treden voor zover sprake is van evident onevenwichtige marktverhoudingen. Ik kan de leden van de CDA-fractie geen uitputtend overzicht geven van gevallen waarin van dergelijke evident onevenwichtige marktverhoudingen sprake zal zijn. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een geval waarin de vraag naar een bepaalde vorm van zorg waarvoor geen Wtg-tarief geldt, het aanbod flink overschrijdt en de zorgaanbieders diensgevolge een prijs gaan vragen die verre boven een reële prijs ligt. In dat geval kan de Zorgautoriteit ingrijpen wanneer er sprake is van misbruik van machtspositie. Een zodanig ingrijpen in de marktsituatie is mogelijk in het kader van het EU-recht heeft het Europese Hof van Justitie in de loop der jaren een aantal doelen als doelen van algemeen belang erkend. Voor de Zorgverzekeringswet zijn wat dit betreft van belang consumentenbescherming, het waarborgen van een toegankelijke gezondheidszorg van een goede kwaliteit, en het financieel gezond houden van het verzekeringssysteem. Het is echter zeker niet uitgesloten dat het Hof ook andere doelen van algemeen belang erkent. Het Hof oordeelt immers telkens slechts naar aanleiding van een concrete, aan hem voorgelegde zaak.

De leden van de fracties van het CDA en de SGP stellen verschillende vragen over de voorgenomen opzegging van de ILO-verdragen nrs. 24 en 25.

Dit voornemen vloeit voort uit de invoering van de Zorgverzekeringswet omdat daarin winstbeoogendheid voor de zorgverzekeraars wordt toegelaten terwijl de genoemde ILO-verdragen hier in het kader van voorschriften over de uitvoeringsorganisatie een verbod stellen. Daarnaast geven de genoemde verdragen voorschriften over de omvang van de kring van personen die door een sociale ziektekostenverzekering moet zijn gedekt, en de inhoud van die dekking. Deze voorschriften, maar dan zonder het verbod op winstoogmerk, zijn ook opgenomen in de recentere ILO-verdragen nrs. 102 en 121. Het kenmerkende verschil tussen de verdragen nrs. 24 en 25 en de ILO-verdragen nrs. 102 en 121 is dat de eerste twee beperkt zijn tot bepaalde categorieën van de werkende bevolking (landarbeiders, huispersoneel en werknemers in de industrie en handel) terwijl de laatste twee zich niet beperken tot bepaalde bedrijfstakken.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen waarom de regering risico's neemt dat bepaalde maatregelen, zoals de risicoverevening, in strijd zijn met de Europese regelgeving.

Bij brief van 9 november 2004, IZ-2 532 840, heb ik het vereveningssysteem inmiddels aan de Europese Commissie aangemeld als maatregel die geen steunmaatregel vormt. De overweging daarbij is dat naar het oordeel van de regering een risicovereveningssysteem voor zorg-

verzekeraars en de daaruit voortvloeiende vereveningsbijdragen, zoals dat zal worden geregeld in de Zorgverzekeringswet en onderliggende regelingen, geen voordeel oplevert voor de zorgverzekeraars, maar een compensatie vormt voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang. Om die reden vormt de maatregel geen steunmaatregel in de zin van artikel 87 EG, zodat op dit punt geen strijdigheid bestaat met het EU-recht. De regering is van mening dat evenmin op andere punten risico gelopen wordt met betrekking tot het Europees recht. Ook met betrekking tot die aspecten van de Zorgverzekeringswet waar mogelijk een inbreuk op de principes van het EU-recht zou kunnen worden aangenomen, acht de regering voldoende argumenten aanwezig om zodanige inbreuken gerechtvaardigd te achten. Zowel in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel als elders in deze nota wordt uitvoeriger op deze argumentatie ingegaan.

V. De inhoud van de verzekering

De leden van de PvdA-fractie willen graag weten welke mogelijkheden er in het privaatrechtelijke verzekeringssysteem nog zullen zijn om in te grijpen in contracten.

Na invoering van de Zorgverzekeringswet zal het voor de wetgever, het CVZ of het CTZ (dan wel, in de toekomst: de Zorgautoriteit) niet mogelijk zijn om direct in te grijpen in de zorgverzekeringsovereenkomsten. Dat is nu eenmaal het gevolg van het feit dat zorgverzekeringen overeenkomsten zijn waarbij de Staat, het CVZ of de toezichthouder geen partij is. De wetgever kan echter wel de bepalingen van de Zorgverzekeringswet of de bepalingen in op de Zorgverzekeringswet gebaseerde lagere regelgeving wijzigen. Voor zover het gaat om bepalingen die de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomsten en dus ook in zijn zorgpolissen moet opnemen, bijvoorbeeld de bepalingen over het verzekeringspakket, zal dat ertoe leiden dat de zorgverzekeraar zijn overeenkomsten en polissen moet aanpassen. Of dit ook geldt voor op dat moment reeds bestaande zorgpolissen, zal afhangen van het overgangsrecht dat de wetgever in zijn wijzigingsregelgeving heeft opgenomen. Iets dergelijks geldt ook voor aanwijzingen of andere verzoeken tot aanpassing van de toezichthouder, met dien verstande dat deze uit de aard der zaak vrijwel steeds ook zullen moeten doorwerken in bestaande polissen. Kortom, wetgever en toezichthouder kunnen slechts indirect in zorgverzekeringsovereenkomsten ingrijpen, namelijk via de zorgverzekeraar (waarbij de wetgever regels die de vrijheid van de zorgverzekeraar beperken, overigens wel op grond van het algemeen belang zal moeten kunnen rechtvaardigen).

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 en zorgaanbieders winst mogen maken. Zij voorzien dat premiegelden wegvloeien in de winst en verzoeken de regering in te gaan op de mogelijkheid van non-profit organisaties.

De introductie van uitkeerbare winst is niet noodzakelijk voor de introductie van marktwerking. Wel leidt het winstmotief er toe dat marktgedrag van partijen wordt versterkt. Het winsttoegmerk zet instellingen sterker aan tot rationele bedrijfsvoering, hogere productiviteit en tot klantgericht, efficiënt en innovatief gedrag. Specifieke voordelen van uitkeerbare winst zijn snellere of meer toetreding van nieuwe zorgverzekeraars en zorgaanbieders (dus meer concurrentie) en ruimere toegang tot privaat kapitaal. Wat betreft het eventueel wegvloeien van premiegelden in uitkeerbare winst hecht ik er aan zakelijk om te gaan met het winstbegrip. Waar het om gaat is of we toestaan dat particuliere investeerders risicodragend kapitaal verstrekken aan zorgverzekeraars en aan ondernemingen die zorg willen aanbieden. Dat betekent dat deze kapitaalverstrekkers hiervoor een

vergoeding ontvangen, dividend genaamd. Deze wijze van vergoeding is in essentie niet anders dan een rentevergoeding die banken krijgen voor het verstrekken van een (relatief risicoarme) lening. Verder wijs ik er op dat het winstoogmerk feitelijk al gangbaar is bij de vrije beroepsbeoefenaar die in het eerste en tweede compartiment als zelfstandige ondernemer optreedt (bijv. specialisten, fysiotherapeuten, apothekers). Voor instellingen die niet onder de reikwijdte van de Wet ziekenhuisvoorzieningen vallen (bijv. thuiszorg of kraamzorginstellingen) geldt op dit moment eveneens geen winstverbod. Ook de huidige particuliere verzekeraars zijn al winstgeoriënteerd.

Indien het winstoogmerk wordt toegestaan, hoeft het niet zo te zijn dat elke verzekeraar en instelling van deze mogelijkheid gebruik maakt. De keuze hiervoor hoort tot de eigen verantwoordelijkheid van de instelling. De Duitse ziekenhuismarkt leert dat niet elke organisatie er voor zal kiezen om van deze mogelijkheid gebruik te maken. Sommige instellingen kunnen welbewust voor het non-profit model blijven kiezen en daaraan ook aantrekkingskracht op de markt kunnen ontleen. In de praktijk ontstaat een mix van profit en non-profit organisaties.

De leden van de fractie van de SGP vragen of een verschillende toepassing van winstoogmerk tussen verzekeraars consequenties heeft voor de bijdrage die de verzekeraars als risicoverevening ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds.

Het al of niet toepassen van winstoogmerk heeft geen consequenties voor de bijdrage uit het vereveningsfonds. Deze bijdrage wordt berekend aan de hand van kenmerken van de verzekerde die een indicator zijn van diens gezondheidstoestand.

Private verzekeraars zijn, zo kan ik de leden van de SGP-fractie bevestigen, inderdaad niet verplicht zorgverzekeringen aan te bieden. Het is namelijk niet mogelijk om een private verzekeraar te verplichten om tot een bepaalde verzekeringsmarkt – in casu zou dat de zorgverzekeringsmarkt zijn – toe te treden. Een zorgverzekeraar – dat wil zeggen een private verzekeraar die zorgverzekeringen (in de zin van de Zorgverzekeringswet) aanbiedt en uitvoert – mag daarnaast aanvullende ziektekostenverzekeringen aanbieden en uitvoeren. Zo'n zorgverzekeraar is dan zowel zorgverzekeraar als ziektekostenverzekeraar. Ook mag een private verzekeraar zich beperken tot het aanbieden van niet onder de Zorgverzekeringswet vallende ziektekostenverzekeringen. Daarbij kan het gaan om verzekeringen die een bij een andere verzekeraar gesloten zorgverzekering aanvullen, maar ook mag het gaan om verzekeringen die qua omvang het Zorgverzekeringswet-pakket (meer dan) dekken (al zal voor laatstbedoelde verzekering waarschijnlijk weinig markt meer zijn). Een verzekeraar die louter ziektekostenverzekeringen aanbiedt die niet onder de Zorgverzekeringswet vallen, is echter geen zorgverzekeraar in de zin van de Zorgverzekeringswet.

De leden van de fracties van het CDA, de PvdA, de SP, GroenLinks en de SGP stellen vragen over de werkgebieden van de zorgverzekeraars. In de memorie van toelichting is aangegeven dat zonder nadere voorschriften de door de Zorgverzekeringswet beoogde acceptatieplicht zou kunnen worden ondergraven wanneer zorgverzekeraars in bepaalde verzekeringstechnisch risicovolle gebieden niet zouden werken. Dit risico wordt door de Zorgverzekeringswet weggenomen doordat het risicovereveningssysteem voldoende criteria kent om de zorgverzekeraars een gelijk speelveld te bezorgen. Voorts kent de Zorgverzekeringswet de verplichting dat een zorgverzekeraar zijn werkgebied tot ten minste één gehele provincie uitstrekt om te voorkomen dat «witte vlekken» in het dekkingsbereik van de Zorgverzekeringswet zouden ontstaan. Daaren-

boven kent de Zorgverzekeringswet de verplichting tot landelijk werken voor de grotere zorgverzekeraars.

De leden van de fracties van de VVD en de SGP hebben gevraagd op grond van welke gegevens is gekozen voor het aantal van 850 000 verzekerden, als grens waaronder de verzekeraar desgewenst het werkgebied kan beperken tot een of meer hele provincies. De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd of het mogelijk is om door middel van juridische of fiscale constructies, nieuwe entiteiten te vormen waardoor de grens van 850 000 niet wordt overschreden. De leden van de fractie van de SGP hebben voorts gevraagd hoe een en ander zich verhoudt tot de huidige verzekeraars.

De grens van 850 000 verzekerden is vooral ingegeven door opvattingen van het CPB terzake en de bestaande verhoudingen op de verzekeringsmarkt. Het CPB is van mening dat indien op de langere termijn minstens 4 landelijk opererende verzekeraars overblijven, sprake kan van zijn voldoende concurrentie tussen verzekeraars. Een actief mededingings-toezicht is in de ogen van het CPB dan wel een vereiste. Momenteel zijn circa 20 ondernemingen actief op de zorgverzekeringsmarkt. Het aantal merknamen (labels) in ziektekostenverzekeringen is meer dan 30 omdat sommige ondernemingen meerdere merken hanteren of de administratie van de ziektekostenverzekering voor anderen uitvoeren. Qua aantal verzekerden varieert de omvang van de verzekeraars van zo'n 10 000 tot circa 3 000 000 verzekerden. Momenteel hebben 6 concerns meer dan 850 000 verzekerden; samen omvatten zij ruim 75% van de totale verzekeringsmarkt met een redelijke spreiding over het land. De opvattingen van het CPB voor ogen houdend, ben ik van oordeel dat daarmee voldoende is voldaan aan eisen van concurrentie.

Theoretisch is het niet onmogelijk om de grens te omzeilen door een verzekeringsbedrijf op te delen in verschillende juridische entiteiten. De vraag is evenwel of de voordelen opwegen tegen de nadelen, aangezien dan ook alle verplichtingen op grond van de Zorgverzekeringswet door twee of meer verschillende ondernemingen moeten worden uitgevoerd. Belangrijk nadeel is dat het dan niet mogelijk is financieel voordeel te behalen op grond van schaalgrootte, bijvoorbeeld bij het contracteren van zorg of het investeren in automatiseren en marketing.

De verplichting tot landelijk werken is ingevoerd om zeker te stellen dat er in iedere regio voor de verzekeringsplichtigen wat te kiezen valt. Zorgverzekeraars die proberen hieraan te ontkomen door in één provincie tegen een normale premie een polis aan te bieden met gecontracteerde zorg en in de rest van het land een restitutiepolis tegen een onrealistisch hoge premie, zullen te maken krijgen met de toezichthouder omdat in die situatie kan worden gesteld dat zij zich materieel niet houden aan hun wettelijke verplichting tot landelijk werken.

Aldus wordt naar mijn visie het gevaar van regionale monopolies in voldoende mate tegengegaan omdat een regionaal sterke zorgverzekeraar er altijd voor zal moeten zorgdragen dat hij voldoende concurrerend blijft ten opzichte van andere in zijn regio werkzame zorgverzekeraars. Tegelijk acht ik de mededinging niet gediend met een voorschrift tot landelijk werken voor alle zorgverzekeraars, ongeacht hun grootte. Hiermee zou de toetreding van nieuwe spelers tot de markt belemmerd worden. Overigens is naar mijn mening de discussie over het gevaar van regionale monopolies in hoge mate theoretisch. In de huidige situatie werken vrijwel alle ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars landelijk, ongeacht of zij al dan niet winstoogmerk hebben, terwijl zij daartoe niet verplicht zijn. Er zijn mij geen aanwijzingen bekend waarom deze situatie onder de vigeur van de Zorgverzekeringswet totaal omgekeerd zou zijn.

Landelijk werken houdt overigens niet in dat in het gehele land overal exact dezelfde modelovereenkomsten hoeven te worden aangeboden. De zogenaamde «verre verzekerdenproblematiek» in de huidige ziekenfondsverzekering toont namelijk aan dat het voor de meeste zorgverzekeraars moeilijk is in het hele land zorgaanbieders te contracteren. Daarom laat de Zorgverzekeringswet het aan de zorgverzekeraars over om hun contracteerbeleid af te stemmen op de lokale marktomstandigheden.

De leden van diverse fracties vragen om specifiek in te gaan op de hoogte van de vergoeding waarop een verzekerde die heeft gekozen voor een polis met gecontracteerde zorg, recht heeft wanneer hij toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

De Zorgverzekeringswet voorziet er in dat de zorgverzekeraar tevoren in zijn modelpolissen de vergoeding van de verleende zorg bepaalt. Uit het arrest van het Hof van Justitie in de zaak Müller-Fauré blijkt dat de te verlenen vergoeding echter niet zodanig laag mag zijn dat deze een hinderpaal wordt bij de keuze voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Ik vind het ongewenst voorschriften te stellen over de feitelijke hoogte van de vergoeding. Ten eerste omdat de vergoedingshoogte een element kan zijn waarmee zorgverzekeraars zich in de markt kunnen profileren. Tevens kan een zorgverzekeraar in de wijze waarop hij restitueert, een relatie leggen tussen de hoogte van de restitutie en de kosten die hij heeft gemaakt voor het contracteren van de desbetreffende zorg. Die relatie kan voor alle zorgverzekeraars verschillend zijn.

Overigens is het bepaald niet zo dat aldus voor de verzekerden een schimmige situatie zou ontstaan voor wat betreft hun (restitutie)rechten. Ingevolge artikel 13, tweede lid, Zorgverzekeringswet, is de zorgverzekeraar namelijk gehouden in zijn modelovereenkomst vast te leggen op welke wijze hij de te verlenen vergoeding berekent.

Het wettelijk regelen van de restitutietarieven zou een inbreuk kunnen betekenen op het beginsel dat overheidsmaatregelen ter zake van tariefstellingen van verzekeraars niet zijn toegelaten ingevolge de Europese schaderichtlijnen. Zoals het Europese Hof van Justitie een maal in het arrest Commissie vs. Italië (C-59/01) en andermaal in zijn recente arresten Commissie vs. Luxemburg (C-346/02) en Commissie vs. Frankrijk (C-347/02) heeft uitgesproken, is de enige afwijking van dit beginsel die is toegelaten die, welke is getroffen in het kader van een «algemeen prijscontrolesysteem». Het instellen van een zodanig algemeen prijscontrolesysteem zou haaks staan op het kabinetsvoornemen om het bestaande algemene prijscontrolesysteem in het kader van de Wtg – op overigens gecontroleerde wijze – te beëindigen. Daarenboven zou zo'n algemeen prijscontrolesysteem naar mijn opvatting in Europeesrechtelijke zin noch qua noodzakelijkheid noch qua proportionaliteit kunnen worden gerechtvaardigd, gelet op de omstandigheid dat het hier gaat om de toepassing van een uitzonderingsbepaling van de Zorgverzekeringswet. Er moet immers niet uit het oog worden verloren dat het hier gaat om een vergoedingsmogelijkheid die de wet biedt binnen het model waarbij de verzekerde in beginsel heeft gekozen voor gecontracteerde zorg. Een verzekerde die absolute zekerheid wil hebben dat hij alle kosten van de verzekerde zorg die hij ontvangt van niet gecontracteerde zorgaanbieders vergoed krijgt, zal niet voor een polis met gecontracteerde zorg moeten kiezen maar voor een restitutiepolis voor niet-gecontracteerde zorg. Het is de verzekerde zelf die deze keuze moet maken en daarbij kan hij alle voor hem relevante aspecten betrekken. Zo zal iemand die niet graag wil wachten op restitutie door zijn zorgverzekeraar, zoals wellicht het geval is in de situatie die door de leden van de fractie van de ChristenUnie in dit verband wordt genoemd, een polis met gecontracteerde zorg kunnen kiezen waarbij de zorgverzekeraar de zorgkosten rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaalt. Iemand die geen enkele beperking wenst met betrek-

king tot zorgaanbieders, zal mogelijk een voorkeur hebben voor een restitutiepolis voor niet-gecontacteerde zorg.

De leden van de fracties van CDA, PvdA, VVD, GroenLinks, SGP en ChristenUnie vragen hoe de burger uit een veelheid van aangeboden polissen een overwogen keuze kan maken.

Bij het bepalen van zijn keuze kan de burger steun vinden bij de vergelijkingen die de Consumentenbond maakt van de pakketten van de zorgverzekeraars. De ontwikkeling door de Consumentenbond van de zogeheten «Report Card Verzekeraars» die keuze-informatie over zorgverzekeraars biedt, verdient in dit verband vermelding. Het Ministerie van VWS ondersteunt de ontwikkeling van deze vergelijkende overzichten van de Consumentenbond financieel. Naast informatie over premies en pakketten zal ook de kwaliteit van dienstverlening door de zorgverzekeraars onderdeel uitmaken van deze informatie. En ook wordt informatie over de ervaren kwaliteit, door middel van een tevredenheidsonderzoek onder verzekerden, opgenomen in de «Report Card Verzekeraars». De kwaliteit van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg zal in de nabije toekomst worden toegevoegd, als de contracteervrijheid voor de verzekeraars verder toeneemt.

Vanaf eind 2004 komt de keuze-informatie beschikbaar op de portalwebsite die het RIVM gaat opstarten. De portal wil burgers op maat voorzien van keuze-informatie; de bezoeker bepaalt zelf op welke elementen hij of zij de verzekeraars wil vergelijken. Het RIVM houdt er bij de ontwikkeling rekening mee dat er eenvoudig print-outs gemaakt kunnen worden van deze informatie. Eind 2005 zal ik besluiten over eventuele uitbreiding van de dienstverlening voor burgers met een telefoonlijn en met bestaande fysieke loketten van gemeenten en bibliotheken.

Ik ben dan ook niet bezorgd dat het aanbod van polisvarianten ertoe zal leiden dat de verzekerden door de bomen het bos niet meer zien en daarvoor geremd zouden kunnen worden in hun mobiliteit.

Naar aanleiding van de specifieke vragen van de leden van de fracties van de VVD, GroenLinks en de SGP betreffende acute zorg verduidelijk ik graag nog eens in dit verband, in aanvulling op hetgeen daarover is opgenomen in de toelichting op het wetsvoorstel, de systematiek van de zorgplicht.

De bezorgdheid die blijkt uit de vraagstelling van de aan het woord zijnde leden kan ik volledig wegnemen. Van een onvolledige vergoeding kan geen sprake zijn. Men krijgt ofwel de zorg of vergoeding van de kosten daarvan. Omdat blijkens de vraagstelling de toelichting op dit punt niet geheel duidelijk is, leg ik de situatie hieronder wat meer in extenso uit. Uitgangspunt bij acute zorg is dat het gaat om zorg die een verzekerde in geheel Nederland moet kunnen krijgen, bijvoorbeeld in geval van een verkeersongeluk. De zorgplicht van de verzekeraar omvat ook de acute zorg die verzekerden nodig mochten hebben, ongeacht de plaats waar zich de noodzaak daartoe voordoet.

Een zorgverzekeraar kan dan op drie verschillende manieren invulling geven aan zijn zorgplicht:

1. Hij contracteert nergens in Nederland acute zorg, maar bepaalt dat de verzekerde in dat geval 100% van de zorgkosten gerestitueerd krijgt (artikel 11, eerste lid, onderdeel b, Zorgverzekeringswet).
2. Hij contracteert overal in Nederland acute zorg, eventueel door «mee te liften» met zorgcontracten van andere zorgverzekeraars. De verzekerde krijgt in dat geval de acute zorg in natura aangeboden. De kosten daarvan worden rechtstreeks door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder betaald (artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zorgverzekeringswet). Wanneer een verzekerde geen gecontracteerde zorg wenst, maar zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener, krijgt hij een vergoeding, berekend op een tevoren door zijn zorgverzekeraar

bekendgemaakte wijze (artikel 13, eerste en tweede lid, Zorgverzekeringwet).

3. Hij contracteert op sommige plaatsen in Nederland (bijvoorbeeld in zijn kernwerkgebied) wel zorg en elders in Nederland niet, dan wel hij contracteert sommige zorgvormen wel en sommige zorgvormen niet. De verzekerde krijgt in dat geval wanneer gecontracteerde zorg beschikbaar is, deze in natura aangeboden. De zorgverzekeraar betaalt de kosten daarvan rechtstreeks aan de zorgaanbieder (artikel 11, tweede lid, in verbinding met artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zorgverzekeringwet). Wanneer de verzekerde deze gecontracteerde zorg niet wenst en gebruik wenst te maken van de diensten van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt hij een vergoeding overeenkomstig een tevoren door zijn zorgverzekeraar bekendgemaakte wijze (artikel 13, eerste en tweede lid, Zorgverzekeringwet). Daar waar geen gecontracteerde zorg beschikbaar is krijgt de verzekerde 100% van de zorgkosten gerestitueerd (artikel 11, tweede lid, in verbinding met artikel 11, eerste lid, onderdeel b, Zorgverzekeringwet).

Kortom, wanneer de zorgbehoefte zo acuut is, dat een verzekerde geen mogelijkheid heeft om naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, krijgt hij altijd volledig zijn kosten vergoed.

Wanneer het gaat om niet-acute (voorzienbare) zorg, is de zorgverzekeraar niet gehouden deze overal in Nederland aan zijn verzekerden te leveren wanneer de verzekerde heeft gekozen voor een polis met gecontracteerde zorg. In dat geval dient de zorg op een redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde beschikbaar te zijn. De leden van de fracties van PvdA, GroenLinks, SGP en Christen Unie vragen in verband met de zorgplicht om een nadere invulling van dit begrip. Die nadere invulling acht ik, ofschoon in theoretische zin schijnbaar wenselijk vanuit het oogpunt van de rechtszekerheid, in de praktijk niet te geven. Voor iedere zorgvorm zal immers, in relatie tot de feitelijke gezondheidstoestand van de patiënt en het te verwachten verloop daarvan, een andere, op die patiënt toegesneden norm gelden. Voorts zijn zodanige normen als gevolg van de ontwikkeling in de zorg voortdurend aan aanpassingen onderhevig. Ik kom daarom tot de conclusie dat de Zorgverzekeringwet voor de verzekerden in de praktijk voldoende zekerheid biedt omdat de zorg onmiddellijk dient te worden verleend, met inachtneming van eisen van redelijkheid en billijkheid.

Op grond van de Europese socialezekerheidsverordening en socialezekerheidsverdragen die Nederland met andere staten heeft gesloten, krijgt de verzekerde in een verdragsland zorg met toepassing van de verdragssystematiek (dat wil zeggen zorg overeenkomstig de wetgeving van het zorgverlenende land onder overlegging van een verdragsformulier of de Europese zorgverzekeringskaart).

De kosten van de aldus verleende zorg komen, onder aftrek van eventueel ter plaatse geldende eigen betalingen, voor 100% ten laste van de zorgverzekeraar.

Wenst de verzekerde geen gebruik te maken van de voorgeschreven verdragssystematiek dan is er geen verdragsrecht. De vraag of de verzekerde in dat geval voor vergoeding in aanmerking komt, is afhankelijk van het soort zorgverzekering die hij heeft gesloten. Bij een naturaverzekering is er de mogelijkheid van een beperkte vergoeding (zorg ingeroepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder), bij een restitutieverzekering een vergoeding op basis van het in Nederland gebruikelijke tarief. Diezelfde situatie geldt wanneer de betrokkene zich in een buitenland bevindt waarmee geen verdragsrelatie bestaat. Iemand die niet het risico wil lopen dat hij zelf een deel van de kosten moet betalen, omdat hij ofwel een beperkte restitutie krijgt, ofwel helemaal geen restitutie krijgt omdat de in het buitenland verleende zorgvorm niet onder de dekking van de

zorgverzekering valt, moet worden aangeraden hiervoor een reisverzekering te sluiten.

In het bijzonder de leden van de CDA-fractie, die hierover een vraag stellen, kan ik berichten dat de voorlichtingscampagne die de invoering van de Zorgverzekeringswet zal begeleiden, zich tevens zal uitstrekken tot verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. Naast algemene informatie die zal worden gegeven via onderscheiden media zal juist voor deze groep van personen gerichte informatie worden gegeven. Daarbij zullen de huidige verzekeraars van de betrokkenen, alsmede de Sociale verzekeringsbank die de betaling van pensioenen verzorgt naar in het buitenland woonachtigen, worden ingeschakeld.

De leden van de fractie van de PvdA veronderstellen dat 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 voor gelijkwaardige verzekerden en in hoeverre ik deze vorm van selectie zie als een risico.

Ik heb geen cijfers beschikbaar waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen provincies op basis van gelijkwaardige verzekerden. Overigens acht ik het uitgesloten dat er grote verschillen tussen provincies bestaan in de kosten van zorgaanbieders of van het zorgaanbod in totaliteit, gezien de jarenlange sturing van prijs en beschikbaarheid van zorgaanbod. Kostenverschillen waarop verzekeraars zich zouden kunnen richten, hangen eerder samen met concentraties van dure voorzieningen (zoals academische ziekenhuizen) of van gezondheidsrisico's in bepaalde wijken. Voor deze verschillen wordt bij de risicoverevening gecorrigeerd.

Door de leden van de fracties van de ChristenUnie en de SP wordt uitdrukkelijk gevraagd naar de positie van de verzekerden binnen het stelsel en de mogelijkheden om die positie te versterken. De leden van de PvdA-fractie vragen wat de verwachtingen van de minister zijn ten aanzien van de medezeggenschap van de verzekerden in het toekomstige stelsel.

In wettechnische zin is de positie van de verzekerden verankerd in artikel 29. Daarin wordt gevolg gegeven aan verdragsrechtelijke verplichtingen om in het kader van de sociale ziektekostenverzekering te borgen dat de verzekerden een redelijke mate van invloed hebben op het beleid van de zorgverzekeraars. Daarnaast wordt uiteraard in het kader van het toezicht bewaakt dat de positie van de verzekerden wordt gerespecteerd.

Het belangrijkste element in de invloed van de verzekerde vloeit echter voort uit de omstandigheid dat hij in het nieuwe verzekeringssysteem een sleutelrol heeft. De verzekerde is in het nieuwe systeem degene die door het bepalen van zijn keuzes aangeeft welke spelers het naar zijn mening goed doen en welke niet. Dat geldt niet alleen in zijn keuze voor een zorgverzekeraar, maar net zo goed ook wat betreft de zorgaanbieders.

Wanneer de verzekerde een restitutiepolis heeft, kan hij zelf bepalen van welke zorgaanbieder hij zijn zorg wil ontvangen. Heeft hij een polis met gecontracteerde zorg dan kan hij zijn voorkeur via een omweg kenbaar maken. Contracteert de zorgverzekeraar namelijk met zorgaanbieders die het in de ogen van zijn verzekerden niet goed doen, dan zal hij zijn verzekerden kwijt raken, tenzij hij tijdig andere zorgaanbieders contracteert. Net zo goed als andere spelers op het zorgveld zich laten bijstaan door koepelorganisaties, mag ervan worden uitgegaan dat ook voor de verzekerden koepelorganisaties, zoals patiënten- en consumentenorganisaties, in het geweer zullen komen.

Naar mijn mening is met deze constellatie het belang van de verzekerden in voldoende mate zeker gesteld.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich in verband met het mededingingsrecht af of zorgverzekeraars nu wel of niet ondernemingen

zullen zijn. Onder «artikel 120» zal ik op deze vraag, tezamen met gelijksoortige vragen van de leden van andere fracties, ingaan.

De arresten «Decker» (C-120/95) en «Kohl» (C-158/96). «Smits en Peerbooms» (C-157/99) en «Müller-Fauré en Van Riet» (C-385/99) zijn in artikel 13 van het wetsvoorstel uitgewerkt. Voor een uitleg van de wijze waarop dat is geschied, verwijs ik de leden van de CDA-fractie naar het antwoord op hun vragen over artikel 13, eerste lid.

De leden van de PvdA hebben gevraagd of en zo ja hoe, zorgverzekeraars zorgaanbieders gaan prikkelen tot uitwisseling van best practices en tot innovatieve zorgverlening.

De in deze nota eerder genoemde prikkels voor verzekeraars (risicodragendheid, acceptatieplicht, nominale premie) zullen er naar mijn verwachting ook toe leiden dat verzekeraars zich actiever tegenover zorgaanbieders gaan opstellen om best practices en innovaties in de zorgverlening te verspreiden, als dat tot een efficiëntere zorgverlening en een grotere tevredenheid bij de verzekerden leidt. Zij zullen dit eenvoudigweg doen door hun wensen op dit gebied in te brengen bij de onderhandelingen over de zorginkoop. De mogelijkheden voor verzekeraars om op dit gebied resultaten te bereiken, zullen toenemen naarmate de vrijheid van onderhandelen met zorgaanbieders wordt vergroot (verdere liberalisering van de zorginkoopmarkten).

De leden van de SP fractie vragen zich af of de regering afspraken tussen verzekeraar en ziekenhuis voor het snel helpen van verzekerden als voorrangszorg beschouwt, en hoe de regering wil voorkomen dat als gevolg van dergelijke afspraken verzekerden van andere verzekeraars langer moeten wachten.

Het maken van concrete afspraken over tijdigheid van levering van zorg beschouw ik als een mogelijkheid voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders om zich in positieve zin van elkaar te onderscheiden. Op basis van dergelijke afspraken wordt het voor verzekerden duidelijker op welke resultaten zij hun zorgverzekeraar mogen afrekenen. Overigens dienen alle zorgverzekeraars er voor te zorgen dat de verzekerden hun aanspraken tijdig tot gelding kunnen brengen.

Naar aanleiding van vragen van de leden van de fracties van PvdA en VVD over eventuele toepassing van het artikel dat contracteren van zorg verplicht stelt, herhaal ik wat daarover is gesteld in het algemeen deel van de toelichting bij het wetsvoorstel (bladzijden 32 en 33). Het moet gaan om situaties waarbij de distributie van zorg aan de burgers dan wel de financiële houdbaarheid van het stelsel in gevaar komt. Dat zijn derhalve zodanig uitzonderlijke omstandigheden dat zij een ingreep als hier bedoeld in Europeesrechtelijke zin kunnen rechtvaardigen. Uit het concept van het «Besluit zorgverzekering» dat, mede op verzoek van de leden van de VVD-fractie, bij deze nota is gevoegd, blijkt dat ik vooralsnog geen aanleiding zie om over te gaan tot aanwijzing van zorgvormen die uitsluitend op gecontracteerde basis aan de verzekerden mogen worden aangeboden.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich ten aanzien van het restitutiemodel en niet-gecontracteerde zorg af waar het debiteurenrisico in dit geval zal komen te liggen; bij de zorgaanbieder of toch bij de zorgverzekeraar.

Ongeacht de vraag of er sprake is van een verzekerde met een naturapolis of met een restitutiepolis, is het altijd de zorgaanbieder die het debiteurenrisico draagt voor de door hem verleende zorg. Uiteraard is de mogelijkheid dat de debiteur aan zijn verplichtingen voldoet, groter wanneer die debiteur een zorgverzekeraar is, dan wanneer hij een indivi-

duale burger is. Die situatie zal in het kader van de Zorgverzekeringswet niet anders komen te liggen dan thans het geval is met gecontracteerde zorg aan ziekenfondsverzekerden en niet-gecontracteerde zorg aan particulier verzekerden. Van een verhoogd risico in dit verband als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet behoeft dan ook naar mijn mening geen sprake te zijn.

De leden van de fractie van de PvdA vragen wat er gebeurt als de zorgverzekeraar zijn bemiddelingsplicht niet goed vervult of, in samenspraak met de andere zorgverzekeraars, de Treeknormen oprekt zodat goede en tijdige zorgverlening in het gedrang komt.

In de eerste plaats geldt uiteraard dat een zorgverzekeraar die handelt zoals de genoemde leden bedoelen, in conflict komt met zijn verzekerden. Die zullen over de wijze waarop hun zorgverzekeraar zijn zorgplicht vervult, een klacht kunnen indienen bij een onafhankelijke geschillencommissie en, desgewenst, bij de burgerlijke rechter. Daarenboven geldt uiteraard dat een zorgverzekeraar die in algemene zin handelt zoals de vragenstellers bedoelen, zijn zorgplicht niet naar behoren uitvoert. Hij zal hierop worden aangesproken door de toezichthouder (CTZ, later de Zorgautoriteit). Dat kan uitlopen op een aanwijzing door de toezichthouder en, in uiterste instantie, bestuursdwang of openbare kennisgeving van datgene wat naar het oordeel van de toezichthouder niet deugt aan het functioneren van de zorgverzekeraar, eventueel met vermelding van de toegepaste sancties. Ten slotte geldt dat samenspraak tussen zorgverzekeraars verboden is op grond van de Mw wanneer afspraken die ten doel hebben de kwaliteit van de zorgverlening te faciliteren, omslaan in afspraken die leiden tot onderling afgestemd gedrag strekkende tot benadeling van de consument. De Nma ziet erop toe dat zulke afspraken niet worden gemaakt dan wel worden bestraft.

De leden van de CDA- en GroenLinks-fracties hebben vragen betreffende de plicht tot het afsluiten van een zorgverzekering en het mogelijk nalaten daarvan.

Onder de Zorgverzekeringswet zullen burgers (ingezetenen en degenen die onderworpen zijn aan de Nederlandse loonbelasting) wettelijk verplicht zijn binnen vier maanden nadat zij verzekeringsplichtig zijn geworden, een zorgverzekering af te sluiten.

De regering is van mening dat de verplichting een zorgverzekering af te sluiten, past in de huidige maatschappij waarin burgers hun eigen verantwoordelijkheid dienen te nemen. Ik ben mij er van bewust dat niet iedereen in staat is hieraan te voldoen. Er zijn kwetsbare mensen in onze samenleving, zoals mensen met een psychiatrische aandoening of dak- en thuislozen, aan wie het niet altijd kan worden verweten dat zij zich niet hebben verzekerd. Daarom is in het wetsvoorstel de bepaling opgenomen dat indien het niet sluiten van een zorgverzekering niet verwijtbaar is, er geen sanctie zal worden opgelegd. Zorgverzekeraars zullen bij het alsnog afsluiten van een zorgverzekering moeten vaststellen of iemand al of niet verwijtbaar niet verzekerd is geweest. Dit gebeurt op basis van beleidsregels van het CVZ.

Als het nalaten van het afsluiten van een zorgverzekering echter wel verwijtbaar is, krijgt die persoon bij het alsnog afsluiten van de verzekering een boete opgelegd gelijk aan 130% van de nominale premie gedurende de onverzekerde periode met een maximum van vijf jaren.

De leden van de CDA-fractie vragen verder hoe voorkomen kan worden dat mensen nalaten zich te verzekeren. In het verlengde hiervan geven deze leden aan in de centrale registratie van data een mogelijkheid te zien om het onverzekerd zijn tot een minimum te beperken. Dit mede in het licht van oninbare vorderingen voor verzekeraars en zorgaanbieders. Zij zien verschillende mogelijkheden dit te bewerkstelligen. Verder vragen de

leden van de CDA-fractie naar de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden.

De Zorgverzekeringswet voorziet niet in een opsporingsdienst die nagaat of alle verzekeringsplichtigen wel een zorgverzekering hebben. Pas als iemand een zorgverzekeraar vraagt een zorgverzekering af te sluiten, kan blijken dat die persoon nog geen zorgverzekering heeft afgesloten. Personen die zich niet hebben (laten) verzekeren, zullen tijdens de onverzekerde periode zelf hun zorgkosten moeten dragen. Daarnaast krijgen ze een boete op het moment dat zij alsnog een zorgverzekering sluiten. Dat is noodzakelijk, omdat te veel mensen zich anders pas zouden verzekeren op het moment dat zij zorg nodig hebben, wat de solidariteit zou ondermijnen. Daarnaast zet ik in op het goed en tijdig informeren van de bevolking; niet alleen direct via de media maar eveneens met hulp van belangenorganisaties.

Voor de verzekering van kinderen is geen nominale premie verschuldigd. Ik verwacht daarom dat vrijwel alle kinderen – met uitzondering van kinderen wier ouders gemoedsbezwaren hebben – door hun ouders verzekerd zullen worden. Omdat in de toekomst per verzekeringsplichtige een zorgverzekering zal worden afgesloten, is het inderdaad mogelijk om de kinderen bij een andere zorgverzekeraar te verzekeren dan de ouders. De vragen van de leden van de CDA-fractie over gemoedsbezwaarden heb ik samengevoegd met de vragen die de leden van de SGP-fractie over dit onderwerp hebben. Die worden verderop in deze nota beantwoord.

De leden van de CDA- en de GroenLinks-fractie vragen een overzicht met een schatting van het aantal mensen dat op dit moment onverzekerd is. Daarbij geven de leden van de fractie van het CDA aan dat zij zich rekenschap geven van het feit dat er op dit moment geen verzekeringsplicht bestaat voor mensen die niet ziekenfondsverzekerd zijn of verzekerd zijn op grond van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren. Tevens vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de regering de mening deelt dat een verzekering van rechtswege voor deze groepen minder risico's met zich mee zou brengen en hoe de regering gaat voorkomen dat kwetsbare burgers tussen wal en schip gaan vallen indien zij zorgkosten maken terwijl zij geen verzekering hebben afgesloten. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)¹ geeft een schatting van het aantal onverzekerden in 2002 van 259 000 mensen. Dat is 1,5% van de Nederlandse bevolking. Wanneer de trend van de afgelopen jaren doorzet, kan dat aantal in 2004 zijn opgelopen tot 300 000 mensen oftewel 1,8% van de bevolking.

Thans bestaat de groep onverzekerden voor een relatief klein gedeelte uit mensen die zich niet willen verzekeren, zoals gemoedsbezwaarden. Daarnaast zijn er rijke mensen die de kosten van medische zorg als die zich voordoet, zelf willen en kunnen betalen. Het is mogelijk dat daklozen en verslaafden niet verzekerd of niet ingeschreven zijn bij een ziekenfonds als bijstandsgerechtigden. Met de invoering van de Koppelingswet zijn niet rechtmatig in ons land verblijvenden (illegalen) uitgesloten van sociale verzekeringen waaronder de sociale ziektekostenverzekeringen. Verder kan het mensen betreffen die op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt zijn aangewezen maar geen verzekering hebben afgesloten of mensen die wegens wanbetaling uit een particuliere ziektekostenverzekering zijn gezet.

Er is in de praktijk geen wezenlijk verschil tussen de verzekeringssituatie bij de Zorgverzekeringswet en een verzekering van rechtswege zoals die in de ziekenfondsverzekering aan de orde is. Bij de ziekenfondsverzekering moet iemand die van rechtswege verzekerd is zich inschrijven bij een ziekenfonds alvorens aanspraak op zorg bestaat. Als iemand dat nalaat

¹ Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 2003.

wordt bij alsnog inschrijven een verhoogde nominale premie opgelegd in relatie tot de «achterstallige» periode.

Bij de Zorgverzekeringswet geldt dat iemand verzekerd moet zijn voordat aanspraak op zorg bestaat. Wie dat te laat doet, krijgt een boete in relatie tot de «achterstallige» periode.

Bij de Zorgverzekeringswet zal, net zoals dat bij de ziekenfondsverzekering van nu het geval is, goede voorlichting ertoe moeten leiden dat indien mensen handelingsonbekwaam zijn of niet in staat zelf hun belangen te behartigen, iemand anders voor deze mensen een zorgverzekering sluit. Die voorlichting zal onder meer worden gegeven aan patiëntenverenigingen, leden en medewerkers van instellingen zoals dak- en thuislozenopvang.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen waar de kosten neerdalen voor geleverde zorg aan onverzekerde patiënten.

Zorgaanbieders zullen kosten in rekening brengen bij degenen aan wie de zorg is verleend. Een deel van de onverzekerden zal de kosten van genoten medische zorg zelf betalen. Alleen mensen met een inkomen beneden het sociaal minimum kunnen een beroep doen op bijzondere bijstand. Of daar een ontwikkeling in zal zijn en in welke richting, kan ik op dit moment niet voorspellen.

Als ziekenhuizen, ondanks inspanningen de kosten te verhalen op onverzekerde zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten, kunnen zij een beroep doen op de Wtg-beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Deze regeling stelt ziekenhuizen in staat om in overleg met de ziektekostenverzekeraars in hun budget een post voor oninbare vorderingen op te nemen. Deze post is bedoeld om er onbetaalde rekeningen uit te financieren. Zorgaanbieders die meer dan evenredig financieel worden getroffen bij het verlenen van medische zorg aan illegalen kunnen een beroep doen op de Stichting Koppeling.

Te laat verzekeren levert een verzekeringsplichtige volwassene op het moment dat hij zich alsnog verzekert, een boete op (artikel 95 van de Zorgverzekeringswet). De leden van de CDA-fractie spreken daarnaast van een «verhaalplicht». Het is mij niet helemaal duidelijk wat zij daarmee bedoelen. Indien zij daarmee bedoelen dat een zorgaanbieder de kosten van de zorg die hij heeft verleend tijdens een onverzekerde periode op de patiënt mag te verhalen, dan is dat juist. Zoals hiervoor al opgemerkt, moet een onverzekerde zelf zijn kosten dragen. De zorgaanbieder heeft het recht om alle kosten van de door hem verleende zorg op de niet-verzekerde te verhalen, ook als het om een groot bedrag gaat. Of van de niet-verzekerde inkomensafhankelijke bijdrage is geheven, is daarbij van geen belang. Hetzelfde geldt voor zorgkosten, gemaakt voor onverzekerde kinderen, jonger dan achttien jaar. In de praktijk zal de zorgaanbieder in dat geval echter veelal de ouders aanspreken.

Verzekert de verzekeringsplichtige zich alsnog, dan krijgt hij een boete van 130% van de (nominale) premie over de periode dat hij ten onrechte niet verzekerd was, maar met een maximum van vijf jaar. Ook daarvoor is niet van belang of hij over die periode inkomensafhankelijke bijdrage heeft betaald. Aangezien voor de verzekering van kinderen, jonger dan achttien jaar, geen premie verschuldigd is, zal indien het verzekeringsplichtige kind op het moment dat het alsnog wordt verzekerd jonger is dan achttien jaar, geen boete verschuldigd zijn. Dit om te voorkomen dat ouders die hun kind niet hebben verzekerd en dat graag alsnog zouden willen doen, daar met het oog op de boete van afzien. De vraag van de leden van de CDA-fractie heeft mij overigens tot de conclusie gebracht dat op dit punt de tekst van artikel 95 verwarring kan wekken. Bij nota van wijziging zal expliciet worden geregeld dat voor kinderen jonger dan achttien jaar die alsnog verzekerd worden, geen boete wordt opgelegd.

Indien de zorgverzekeraar, zonder dat regelgeving van de overheid daartoe aanleiding geeft, de invulling van het verzekeringspakket ten nadele van de verzekerde wijzigt, bestaat het recht de zorgverzekeringsovereenkomst op te zeggen. Overeenkomsten, en derhalve ook verzekeringsovereenkomsten, dienen echter wel met inachtneming van de eisen van redelijkheid en billijkheid te worden uitgevoerd. Dat zal bijvoorbeeld betekenen dat indien de verzekerde krachtens de overeenkomst voor een bepaalde vorm van zorg naar vele zorgaanbieders mag, louter het vervangen van één van die zorgaanbieders door een nieuwe onvoldoende grond zal zijn voor opzegging. Dat kan anders liggen indien de verzekerde voor die vorm van zorg slechts naar twee zorgaanbieders mag. Dit in antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie.

De leden van de fractie van de PvdA vragen zich af waarom niet is geregeld dat verzekerden, nadat ze één jaar bij een bepaalde verzekeraar verzekerd zijn geweest, op ieder gewenst moment naar een nieuwe verzekeraar over kunnen stappen.

Hiervoor is gekozen met het oog op de zekerheid en de uitvoerbaarheid voor de zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar die een zorgverzekering sluit, moet ervan kunnen uitgaan dat de verzekering ten minste een jaar duurt. Dat is onder meer van belang met het oog op de omvang van zijn zorginkoop. Bovendien heeft de zorgverzekeraar indien de verzekering gedurende een kalenderjaar eindigt, een hoop extra administratieve lasten. In dat verband kan onder andere gewezen worden op de afwikkeling van een vrijwillig eigen risico en de no-claimteruggave. Kortom, het is heel redelijk van de verzekerde te verlangen dat hij telkens een jaar bij zijn verzekeraar blijft. Dit is echter anders, indien de verzekeraar gedurende het jaar de verzekering ten nadele van de verzekerde wil wijzigen. In dat geval kan de verzekerde wél gedurende het jaar opstappen, tenzij de verslechtering het gevolg is van nieuwe regelgeving van de overheid.

De leden van de fracties van het CDA en de SGP stellen een aantal vragen over de gemoedsbezwaarden. Voor een goede beantwoording van deze vragen is het nodig eerst uit te leggen wat er gebeurt indien iemand gemoedsbezwaren tegen de AWBZ-verzekering heeft en wat er geregeld is voor iemand die wegens gemoedsbezwaren niet verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet is.

Op grond van artikel 5.1, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen (Kamerstukken I 2003/04, 29 529 A), welke wet naar verwachting net als de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 in werking zal treden, is geregeld dat de Sociale Verzekeringsbank (SVB) op verzoek een persoon met gemoedsbezwaren tegen één of meer volksverzekeringen of werknemersverzekeringen kan ontheffen van de verplichtingen die op grond van die wetten en de Wfsv aan die persoon zijn opgelegd. De AWBZ is één van deze volksverzekeringen. Is men van de uit de AWBZ voortvloeiende verplichtingen vrijgesteld, dan betaalt men in plaats van AWBZ-premie, een even hoge premieervangende belasting. De belastingbedragen worden op een spaarrekening gezet, waarvan iemand die ook gemoedsbezwaren tegen de AOW heeft, na het bereiken van de 65-jarige leeftijd zich bedragen kan laten uitkeren (artikel 48 AOW).

In artikel 2 van de Zorgverzekeringswet is geregeld dat niet verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet is, degene die wegens gemoedsbezwaren van de uit de AWBZ voortvloeiende verplichtingen is vrijgesteld. Iemand die van de verzekeringsplicht voor de Zorgverzekeringswet is vrijgesteld, zal geen zorgverzekering sluiten en is dus is uiteraard ook geen (nominale) premie verschuldigd. De gemoedsbezwaarde is ook geen inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd, want die wordt geheven van verzekeringsplichtigen. In artikel 57 Zorgverzekeringswet is echter geregeld, dat in plaats daarvan belasting wordt geheven, ter hoogte van het bedrag van de inkomensafhankelijke bijdrage die de gemoedsbezwaarde

verschuldigd zou zijn geweest indien hij wel verzekeringsplichtig zou zijn geweest. Net als voor de inkomensafhankelijke bijdrage zal, doordat artikel 57, tweede lid, Zorgverzekeringswet, naar artikel 46 Zorgverzekeringswet verwijst, gaan gelden dat indien de gemoedsbezwaarde loon of bepaalde uitkeringen geniet, de werkgever respectievelijk de uitkeringsinstantie deze belasting volledig aan de gemoedsbezwaarde vergoedt (over die vergoeding is overigens vervolgens wel weer loonbelasting verschuldigd, maar dat geldt ook voor de vergoeding die verzekeringsplichtigen ontvangen). Van «dubbel pakken» (eenmaal omdat de gemoedsbezwaarde zijn eigen zorgkosten betaalt en nog een keer omdat hij inkomensvervangende belasting betaalt) is dus geen sprake.

In het voorgaande is al aangegeven, dat de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen wordt geheven. Daarbij is het niet van belang of zo'n verzekeringsplichtige zich daadwerkelijk verzekerd heeft. Ook van een verzekeringsplichtige die zich ondanks de plicht daartoe niet heeft verzekerd, wordt de bijdrage derhalve geheven. Hier is derhalve sprake van verplichte solidariteit. Gegeven dit uitgangspunt, zou het niet redelijk zijn de bijdragevervangende belasting die van gemoedsbezwaarden wordt geheven, te schrappen, zo wil ik de leden van de SGP-fractie antwoorden. Ook ben ik van mening, dat het bedrag van de vervangende belasting niet op een spaarrekening dient te worden gezet, maar net als de inkomensafhankelijke bijdragen in het Zorgverzekeringsfonds dient te worden gestort. Ook dit hangt samen met het uitgangspunt van verplichte solidariteit, die overigens in wezen – door de vergoedingsplicht van werkgevers en bepaalde uitkeringsinstanties – uiteindelijk van de werkgevers (en uitkeringsinstanties) wordt gevraagd. Er is geen reden om van een werkgever minder solidariteit te vragen omdat hij een of meer gemoedsbezwaarden in dienst heeft.

In antwoord op de vragen van de SGP-fractie over de financiële verschillen voor gemoedsbezwaarden onder het huidige en onder het toekomstige stelsel het volgende. Gemoedsbezwaarde werknemers onder de ziekenfondsgrens zullen weliswaar de bijdragevervangende belasting moeten betalen, maar omdat deze volledig door hun werkgever gecompenseerd wordt, heeft de werknemer wat dit betreft dus uiteindelijk geen kosten (met uitzondering van het feit dat zij, net als iedereen, loonbelasting over de vergoeding van de werkgever zullen moeten betalen). Gemoedsbezwaarden boven de ziekenfondsgrens zullen zich op dit moment niet verzekerd hebben. In de toekomst zullen zij zich ook niet hoeven te verzekeren, maar zijn zij wel de bijdragevervangende belasting verschuldigd. Indien zij een werkgever (of een bepaalde uitkering) hebben, krijgen zij het bedrag van die belasting volledig vergoed.

Zoals gezegd, hoeft een gemoedsbezwaarde geen (nominale) premie te betalen. Weliswaar heeft hij dan ook geen recht op een zorgtoeslag, maar omdat de zorgtoeslag de (nominale) premie slechts gedeeltelijk compenseert, heeft hij wel degelijk een voordeel. Omdat het voor mensen die geen echte gemoedsbezwaren hebben, maar zich vanwege dit financiële voordeel niet willen verzekeren, onaantrekkelijk te maken de weg van de gemoedsbezwaren bewandelen, is de vrijstelling van de Zorgverzekeringswet-verzekeringsplicht gekoppeld aan de vrijstelling, wegens gemoedsbezwaren, van de uit de AWBZ voortvloeiende verplichtingen. Dat betekent inderdaad dat gemoedsbezwaarden die wel zijn vrijgesteld van – bijvoorbeeld – de uit de AOW en Algemene nabestaandenwet (Anw) voortvloeiende verplichtingen, maar zich niet hebben laten vrijstellen van de uit de AWBZ voortvloeiende verplichtingen, inderdaad ook verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet zullen zijn. Dit in antwoord op de vraag van de leden van de SGP-fractie.

Aan de leden van de CDA-fractie kan ik ten slotte nog melden dat ik niet van plan ben mensen die zich – al dan niet wegens gemoedsbezwaren en of ze nu een inkomen boven of onder de ziekenfondsgrens hebben – niet

verzekeren, op te sporen. Omdat slechts verzekerden recht hebben op een zorgtoeslag, hebben deze mensen echter dan uiteraard ook geen recht op die toeslag. Men zou zich kunnen afvragen of het voor een gemoedsbezwaarde dan niet veel eenvoudiger is om zich niet van de verzekeringsplicht te laten vrijstellen, maar om zich gewoon, als verzekeringsplichtige, niet te verzekeren. Het antwoord daarop is dat dat inderdaad eenvoudiger is, maar dat dat tot problemen leidt indien iemand op zijn bezwaar terugkomt. Een verzekeringsplichtige die zich dan alsnog wil verzekeren, wordt namelijk met de bestuurlijke boete wegens te laat verzekeren geconfronteerd. Een gemoedsbezwaarde die van de verzekeringsplicht is vrijgesteld, heeft echter vier maanden na de doorhaling van die vrijstelling (waarmee hij alsnog verzekeringsplichtig wordt) om zich te verzekeren, zonder dat hij een boete kan krijgen.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af hoeveel capaciteit en kosten het beoordelen van de redelijkheid van de boete voor het niet-verzekerd zijn het CVZ kwijt zal zijn.

Op grond van artikel 95, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet wordt de voorbereiding en de uitvoering van boetebeschikkingen namens het CVZ door de zorgverzekeraars verricht. De regering heeft in het algemeen deel van de toelichting reeds gesteld het wenselijk te vinden dat het CVZ het geven van de boetebeschikkingen aan de zorgverzekeraars mandateert. Bezwaren tegen boetebeschikkingen zal het CVZ zelf behandelen om de rechtszekerheid en de rechtsgelijkheid te waarborgen. CVZ zal dus alleen capaciteit nodig hebben om dergelijke bezwaren te behandelen. Op voorhand is niet in te schatten om hoeveel zaken het zal gaan.

Het CVZ heeft mij bij brief (14 oktober 2004, kenmerk V&U/24 091 159) geïnformeerd over het door CVZ beoogde beleid met betrekking tot het opleggen van boetes bij verwijtbaar niet voldoen aan de verzekeringsplicht. CVZ geeft in deze brief aan dat de overtreding van de verzekeringsplicht niet verwijtbaar is, als die overtreding, gelet op de persoonlijke toestand van de overtreder, deze niet valt aan te rekenen. Het kan daarbij gaan om persoonlijke of huiselijke omstandigheden waardoor de overtreder onder zodanige psychische druk staat, dat hij niet in staat is zijn zaken op adequate wijze te behartigen. Te denken valt aan ernstige ziekte of overlijden van partner of kinderen. Ook kan de geestelijke toestand van de overtreder zelf zodanig zijn dat de gedraging hem niet kan worden toegerekend. Dit laatste betreft bijvoorbeeld een psychiatrische of psychogeriatrische aandoening die het hem belette tijdig een zorgverzekering te sluiten.

Door de leden van de fracties van het CDA, de PvdA, de VVD, de SP, GroenLinks, SGP en ChristenUnie zijn verschillende vragen gesteld over de door de Zorgverzekeringswet geopende mogelijkheid voor collectieve contracten. Eigenlijk weerspiegelen de vragen de doelstelling die de regering voor ogen heeft met de mogelijkheid van collectieve contracten en tegelijk de zorgen die daarbij bestaan om te voorkomen dat door collectieve contracten de door de Zorgverzekeringswet beoogde premie-solidariteit in het gedrang komt.

In de eerste plaats geldt dat de regering het eens is met de leden van de fracties van het CDA, de PvdA en de VVD dat collectieve contracten op zich een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan een geïntegreerd preventie- en verzuimbeleid door een koppeling van de ziektekostenverzekering aan verzekeringen tegen samenhangende risico's zoals loondoorbetaling en reïntegratie van werknemers bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. Verder geldt dat een collectief beter dan een individu tegenover een zorgverzekeraar «een vuist kan maken» en daardoor bijvoorbeeld een betere service kan bedingen. De omstandigheid dat daardoor voor groepen van verzekerden bijvoorbeeld snel medische zorg in het buitenland of medische zorg buiten de klassieke kantooruren kan worden gere-

geld, acht ik geen bezwaarlijke ontwikkeling. Integendeel, eerder zie ik zo'n ontwikkeling een bijdrage leveren aan een versterking van de effectiviteit in de zorgverlening. Dat alles uiteraard zolang het voordeel voor de een niet wordt verworven door het ontstaan van een nadeel voor een ander.

Tegelijk moet voorkomen worden dat collectiviteiten de door de Zorgverzekeringswet beoogde premiesolidariteit in gevaar brengen. Gemiddeld genomen, beoogt het vereveningssysteem ervoor te zorgen dat er geen wezenlijk verschil in verzekeringsrisico bestaat tussen groepen van personen. Een groep jonge werknemers zou na toepassing van de verevening een zelfde verzekeringsrisico op moeten leveren als een groep bejaarde diabetespatiënten. Wanneer dan toch voor de ene groep een lagere premie wordt toegepast dan voor een in omvang vergelijkbare groep andere personen, dan heeft dat er alle schijn van dat die anderen, zoals de leden van de CDA-fractie stellen, bijdragen aan de eerstbedoelde collectiviteit. Om dit door de regering niet gewenste verschijnsel te voorkomen, is bepaald dat een eventuele premiekorting voor collectiviteiten louter gerelateerd mag zijn aan de omvang van het collectief en dat voor iedere variant van een collectiviteit met een zelfde omvang een zelfde premiekorting dient te gelden. Deze bepaling staat inmiddels bekend als het «etalageartikel». Naar verwachting leidt deze bepaling ertoe dat de gegeven premiekortingen in de praktijk een afspiegeling zullen zijn van aan de omvang van het collectief gerelateerde administratieve en inkoopvoordelen. Daarmee wordt voorkomen, zoals de regering wenst, dat premiekortingen voor collectiviteiten worden gefinancierd door individuele polissen. De regering heeft op zich begrip voor het bezwaar dat is geuit dat deze bepaling de stimulans voor het sluiten van collectiviteiten zou verminderen. Een unaniem voorstel voor een alternatief heeft de regering echter niet ontvangen. Door ZN is weliswaar voorgesteld het etalageartikel te schrappen en in plaats daarvan een maximum te stellen aan de premiekorting. Over de gewenste hoogte van dat maximum bestaan echter, zoals ook bleek bij het door uw Kamer georganiseerde rondetafelgesprek, grote verschillen van inzicht. Die hoogte zou zo ingesteld dienen te zijn dat enerzijds een voldoende marktprikkel ontstaat en anderzijds kruissubsidiëring van individuele polissen naar collectiviteiten voorkomen wordt. Onzekerheid over het laatste zou, zoals de leden van de VVD-fractie voorstellen, kunnen worden ondervangen door middel van toezicht. Een dergelijke oplossing zou als nadeel hebben dat het toezicht zou worden verzaamd op een punt waar de regering nu juist – ten opzichte van de situatie in de Zfw – meer afstand wil nemen. Immers, een inhoudelijke toetsing op verboden kruissubsidie brengt met zich mee dat de toezichthouder zich gaat bemoeien met de vraag of een lagere premiestelling in een bepaalde polis al of niet het gevolg is van een doelmatiger uitvoering.

Naar mijn opvatting zal het verschijnsel «collectieve verzekering» in de Zorgverzekeringswet een slag anders liggen dan dat het geval is in de huidige particuliere verzekering. Waar het thans nog zo is dat het voordeel van een collectieve verzekering deels voortvloeit uit een relatief gunstige samenstelling van de verzekerdenpopulatie, haalt een collectieve verzekering in de Zorgverzekeringswet zijn voordeel uit de omvang van het collectief. Dat vergt in verzekeraarsland een omslag van risicoselectie naar zorgorganisatie. Deze omslag impliceert dat op een aantal vragen van de leden van de PvdA-fractie over de uitwerking van de collectieve verzekeringen in de Zorgverzekeringswet het antwoord niet gegeven kan worden, omdat zal moeten worden afgewacht welke ontwikkelingsrichting de «collectieve verzekeringen nieuwe stijl» zullen gaan. Overigens kunnen ook onder het «etalage-artikel» voordelen uit een effectiever verzuim- en reïntegratiebeleid, samenhangend met collectiviteiten, worden «teruggedeven» aan werknemers en werkgevers. Die voordelen horen echter thuis

in de sfeer van de eerdergenoemde verzekeringen van samenhangende risico's van loondoorbetaling en reïntegratie.

Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid om bij amvb regels te stellen om te voorkomen dat met collectieve contracten afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de zorgverzekering. Terecht stellen de leden van de ChristenUnie-fractie dat de uitwerking nog onduidelijk is. Er is namelijk ook nog geen uitwerking. Om de eenvoudige reden dat nu nog niet is te voorzien of en zo ja hoe er eventueel met collectieve contracten afbreuk aan het sociale karakter van de zorgverzekering zou worden gedaan. Mocht dat evenwel aan de orde komen, dan kan op grond van deze delegatiebepaling snel worden ingegrepen. Alleen al de omstandigheid dat door het mogelijke gebruik van deze bepaling het aantasten van het sociale karakter van de zorgverzekering feitelijk zinloos is, geeft mij vertrouwen dat toepassing ervan nooit nodig zal blijken. De leden van de CDA-fractie geven aan dat zij in voorkomend geval graag het ontwerp van een zodanige amvb voorgehangen willen zien alvorens die inwerking treedt. Daartegen heb ik geen bezwaar.

De mogelijkheid van collectieve contracten neemt niet de keuzevrijheid van de individuele verzekeringsplichtige weg. Niemand kan worden gedwongen om tegen zijn zin mee te doen aan een collectief contract. Het individuele keuzerecht dat is verankerd in de Zorgverzekeringwet, kan een burger ook niet worden ontnomen door middel van een collectieve arbeidsovereenkomst. Wel kan het meedoen aan een collectief contract aantrekkelijk worden gemaakt. Dat kan, zoals hiervoor uiteengezet, doordat bij de zorgverzekeraar gunstige voorwaarden worden bedongen. Dat kan ook doordat bijvoorbeeld een werkgever zodanige voordelen ziet in het collectief onderbrengen van zijn gehele personeel bij een zelfde zorgverzekeraar, dat hij het ervoor over heeft een tegemoetkoming te geven in de kosten van de nominale premie die de deelnemers aan de collectieve verzekering verschuldigd zijn.

Een nadeel van een collectieve verzekering blijft altijd dat die op enig moment kan eindigen wanneer de deelnemer geen deel meer uitmaakt van het collectief. Een collectieve verzekering voor werknemers eindigt doorgaans bij het einde van het dienstverband. Dat kan zijn door pensioenering van de werknemer, door het intreden van invaliditeit of door ontslag. In dat geval is de betrokkene gedwongen een andere verzekering te zoeken. In de praktijk van de huidige particuliere verzekering blijkt dat niet altijd mogelijk. Daarom is erin voorzien dat de betrokkenen kunnen terugvallen op de solidariteit van de Wtz 1998. In de nieuwe situatie zullen betrokkenen kunnen terugvallen op de solidariteit van de Zorgverzekeringwet. De betrokkene moet door iedere zorgverzekeraar geaccepteerd worden voor elk van de door die zorgverzekeraar gevoerde zorgverzekeringsvarianten. Die zorgverzekeraar kan ook de zorgverzekeraar zijn die de collectieve verzekering voert waar de betrokkene zojuist is uitgegaan. Die acceptatieplicht geldt niet voor een eventuele aan de collectieve verzekering gekoppelde aanvullende verzekering. Wanneer die eindigt als gevolg van het verlaten van het collectief, zal de betrokkene een andere aanvullende verzekering moeten zoeken.

De leden van de CDA-fractie en de leden van de SGP-fractie stellen de mogelijkheid van een voorhangprocedure aan de orde voor de amvb waarin de inhoud en de omvang van de te verzekeren zorg en diensten nader worden geregeld. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de wijze van betrokkenheid van het parlement bij de beslissing over de inhoud en de omvang van de prestaties.

In antwoord hierop merk ik op dat de Zorgverzekeringwet geen wettelijke voorhangprocedure met betrekking tot deze amvb kent. Met het niet opnemen van een voorhangprocedure zijn de aanwijzingen van de regelgeving gevolgd. De Zorgverzekeringwet geeft immers invulling aan het

primaat van de wetgever, aangezien de hoofdzaken van de zorg en diensten bij wet worden geregeld. Hiervoor verwijs ik naar artikel 10 van de Zorgverzekeringswet. Voor een wettelijke voorhangprocedure bestaat dus geen grond. De gelaagdheid waarvoor gekozen is, kan niet worden gemist, maar geeft slechts invulling aan dat wat al bij wet is geregeld. Al sinds jaar en dag wordt het parlement betrokken bij wijzigingen van het pakket. Het parlement wordt telkens vooraf schriftelijk geïnformeerd over beleidsvoornemens met betrekking tot het wettelijke pakket. Op deze wijze kan telkens in een debat met het parlement overeenstemming over het beleid bereikt worden.

Wat betreft de parlementaire betrokkenheid bij de amvb die met ingang van 1 januari 2006 ter invulling van de Zorgverzekeringswet moet worden vastgesteld, heb ik gemeend dat het van belang is dat het parlement nu al op de hoogte wordt gesteld over de inhoud van het aansprakendeel daarvan. Een concept van dit ontwerp is daarom bij deze nota naar aanleiding van het verslag gevoegd.

De leden van de CDA-fractie vragen of met de amvb verzekeraars niet in detail de modelovereenkomst voorgeschreven krijgen. In antwoord hierop deel ik mede dat uitgangspunt bij de Zorgverzekeringswet is dat de centrale overheid verantwoordelijk blijft voor de aard, inhoud en omvang van het pakket. De aard, inhoud en omvang van het verzekerde pakket worden dan ook bij wettelijk voorschrift vastgesteld. Uitgangspunt bij de vaststelling daarvan is op dit moment het ziekenfondspakket uitgebreid met de zorg die uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet overkomt. Dat betekent niet dat alle gedetailleerde regels van die wetten worden gekopieerd. De Zorgverzekeringswet gaat immers uit van functiegerichte omschrijvingen. Dat wil zeggen dat niet meer wordt geregeld bij wettelijk voorschrift wie de zorg verleent en waar die wordt verleend. Het is bij het functiegerichte systeem de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om daarover afspraken te maken met de verzekerde in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dit geldt ook voor de procedurele voorwaarden, zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten.

De regering is van mening dat het bij wettelijk voorschrift regelen van de aard, inhoud en omvang van de zorgaanspraken juist in overeenstemming is met de publieke voorwaarden. Daarbij gaat het om de voorwaarde dat de zorgverzekeringsovereenkomst, de privaatrechtelijke overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde, niet meer maar ook niet minder biedt dan wat ingevolge de Zorgverzekeringswet verzekerd dient te zijn. Het nader invullen van de aanspraken staat los van de vrije tarieven. Daar moet dan ook geen verband tussen gelegd worden.

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat medisch-inhoudelijke argumenten doorslaggevend zijn voor de samenstelling van het pakket. Naar aanleiding van de vraag hoe het pakket wordt vastgesteld en hoe de waarborgen voor de verzekerde voor kwalitatief verantwoorde en toegankelijke zorg veilig worden gesteld, merk ik het volgende op. Bij de samenstelling van het pakket zijn de criteria van de commissie-Dunning uitgangspunt. Medisch-inhoudelijke argumenten, zoals de vraag of de zorg noodzakelijk is en of de behandeling werkt zijn daarbij inderdaad doorslaggevend. Overigens zijn dat niet de enige overwegingen die gehanteerd dienen te worden. Evenzeer is van belang het antwoord op de vraag of de zorg niet voor eigen rekening kan komen. Een zorgvuldige afweging van deze argumenten, waarbij ook het CVZ als pakketbeheerder een belangrijke rol vervult, zal leiden tot het antwoord op de vraag welke zorg in welke omvang onderdeel zal uitmaken van het verzekerde pakket. In de Zorgverzekeringswet zelf is vastgelegd op welke prestaties de wet betrekking heeft. De wet en de daarop gebaseerde regelgeving bevatten daardoor de neerslag van deze afweging. Uw Kamer is bij die afweging door middel van overleg met mij betrokken.

Vervolgens is ook de uitvoering van belang. Deze omvat de veiligstelling van kwalitatief verantwoorde en toegankelijke zorg. De Zorgverzekeringswet legt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de zorgverzekeraar. Deze dient immers in de verzekeringsovereenkomst tussen hem en de verzekerde de wijze waarop hij invulling geeft aan zijn zorgplicht, te concretiseren. Hij kan daarbij uitgaan van gecontracteerde zorg en van niet-gecontracteerde zorg. Indien hij kiest voor gecontracteerde zorg, zal hij er voor dienen te zorgen dat de verzekerden zorg wordt geboden van een verantwoord niveau. Ook dient hij dan zijn contracteerbeleid zo in te richten dat de toegang tot de zorg is gewaarborgd. Hij kan ook kiezen voor een polis die voorziet in vergoeding van de kosten. Indien de polis voorziet in levering van gecontracteerde zorg, heeft de zorgverzekeraar een directe rol bij de kwaliteit van die zorg. Bij het inkopen van zorg dient de zorgverzekeraar zich ervan te vergewissen dat de zorg die hij inkoopt, goede zorg is. De verzekerde mag daar ook vanuit gaan. Indien de polis voorziet in niet-gecontracteerde zorg, is er alleen een relatie tussen de verzekerde en de zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet verantwoorde zorg leveren en voldoen aan de eisen die de Wet Big en de Kwaliteitswet zorginstellingen stellen. De verzekerde moet er zelf op letten dat hij zich voor zijn zorg wendt tot een goede zorgverlener. Overigens zal de zorgverzekeraar, indien hij desgevraagd bemiddelt bij het verkrijgen van zorg, er voor moeten zorgen dat de zorg waarop de bemiddeling is gericht, ook kwalitatief van goede aard is.

De leden van de CDA-fractie hebben goed begrepen dat in de Zorgverzekeringswet de omvang van het verzekerde standaardpakket overeenkomt met het huidige ziekenfondspakket, aangevuld met enkele onderdelen vanuit de AWBZ. Bij deze onderdelen gaat het om de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het eerste jaar klinische ggz. Deze leden vragen verder op welke wijze de verschillende zorgvormen worden begrensd.

De verschillende zorgvormen worden begrensd door in de functiegerichte omschrijving wat betreft de inhoud en omvang van de zorg zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de huidige omschrijvingen daarvan. De huidige omschrijving neemt in de regel als maat bepaalde beroepsbeoefenaren. Daarvoor wordt, zoals uit bijgevoegd ontwerp blijkt, ook gekozen in de nog te treffen amvb. Volledigheidshalve merk ik op dat het noemen van beroepsbeoefenaren niet betekent dat uitsluitend zij de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering verlenen. Dat is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde. Zij maken daarover afspraken in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere zorgaanbieders zijn en hoeven zelfs in het geheel niet de beroepsbeoefenaren zijn die in de bepaling genoemd worden. Het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving kadert dus slechts de inhoud en omvang van de zorg in.

Zoals ik hiervoor al heb gesteld, worden de grenzen van de verschillende zorgvormen, wat inhoud en omvang betreft, gesteld door de centrale overheid bij wettelijk voorschrift. De leden van de CDA-fractie hebben verder gevraagd welke gevolgen de overheveling van de op genezing gerichte ggz heeft op het inkomensbeleid, het werkgeversdeel en de zorgtoeslag. In de Zorgverzekeringswet is rekening gehouden met een overheveling van € 1,8 mld voor de ggz. Dit bedrag is meegenomen in de berekeningen voor de inkomensafhankelijke bijdrage, de zorgtoeslag en de inkomenseffecten.

Naar aanleiding van een vraag van de leden van de CDA-fractie over de mogelijkheid voor de burger om zich te verzekeren voor een kleiner pakket dan het standaardpakket, bevestig ik dat in de Zorgverzekeringswet een bepaling is opgenomen (artikel 11, vierde en vijfde lid, Zorgverzekeringswet) die verzekerden de gelegenheid biedt om de vormen van

zorg waartegen zij bezwaren hebben, niet onder de dekking van hun zorgverzekering te laten vallen. Ter voorkoming van aantasting van de solidariteit in de Zorgverzekeringswet vloeit uit die beperking van het pakket echter geen korting voort op de door de verzekerde verschuldigde premie. Verder vragen de leden van de CDA-fractie of er mogelijkheden zijn om voorrang voor bepaalde groepen te creëren bij het verkrijgen van zorg. De verzekerde zorg dient binnen een redelijke termijn aan de verzekerde te worden geleverd. Wat in de verschillende situaties waarin iemand zorg nodig kan hebben een «redelijke termijn» is, is uitgelijnd in de zogenoemde «Treeknormen». Het is niet toegestaan om zorgverzekeringen aan te bieden krachtens welke, tegen een hogere (nominale) premie, extra snel zorg zal worden geleverd. Dat komt doordat het een zorgverzekeraar slechts is toegestaan de premie te differentiëren naar gelang de verzekerde prestaties of de keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders (dit laatste zal overigens, zoals ik in deze nota onder «artikel 17» toezeg, bij nota van wijziging worden geëxpliciteerd). De snelheid waarmee de zorg wordt geleverd is dus geen grond waarop de premie mag worden gedifferentieerd. Dit is slechts anders indien de snelle zorg zou worden verleend door andere zorgaanbieders (preferred providers) dan de zorgaanbieders die de zorg wat minder snel verlenen. In dat geval is immers sprake van verschillende zorgaanbieders, zodat een zorgverzekeraar die enerzijds een zorgverzekeringsvariant met zorg van die preferred providers en anderzijds een variant met zorg van die andere zorgaanbieders aanbiedt, twee varianten van de zorgverzekering aanbiedt die naar keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders verschillen. Overigens zal hij in dat geval wel, net als voor de standaardvariant, iedere verzekeringsplichtige die woont in een provincie waar hij de snelle variant aanbiedt, dienen te accepteren.

De leden van de fracties van de SGP en de ChristenUnie zijn het er op zich mee eens dat verzekeringsplichtigen die gewetensbezwaren hebben tegen sommige van vormen van zorg, deze door middel van een aantekening op de zorgpolis buiten het verzekerde pakket kunnen houden. Daar staat echter geen reductie van de (nominale) premie tegenover. Zij zijn van mening dat hierdoor de desbetreffende gewetensbezwaarden toch mee moeten betalen aan zorg waar zij ethische bezwaren tegen hebben, en vragen in wezen, premiereductie alsnog mogelijk te maken. Kenmerk van een verplichte, sociale verzekering is de solidariteit die van alle verzekeringsplichtigen – in casu in grote trekken alle inwoners van Nederland – gevraagd wordt. Dat betekent dat verzekeringsplichtigen ook – via hun premie – meebetalen aan vormen van zorg waar zij nooit aanspraak op zullen kunnen maken. Zo betalen mannen mee aan verloskundige zorg en betalen vrouwen mee aan de behandeling van prostaatkanker. Ik ben van mening dat hetzelfde dient te gelden voor verzekeringsplichtigen die op bepaalde vormen van zorg geen aanspraak *willen* maken. Het gaat hierbij immers wel om zorg die, met instemming van het parlement, onder het wettelijk te verzekeren pakket wordt gebracht. Zorg waarvan de wetgever derhalve vindt, dat deze verzekeringswaardig is. De solidariteit die van de bevolking gevraagd wordt, brengt vervolgens met zich dat iedereen premie betaalt voor het gehele pakket, ook als men van bepaalde onderdelen van dat pakket geen gebruik wenst te maken en dat, desgewenst, op de polis heeft laten aantekenen. Daarbij komt dat het niet aan mij is om de gewetensbezwaren te beoordelen. Een christen kan bezwaar hebben tegen bepaalde onderdelen van het wettelijke pakket, een moslim kan bezwaren hebben tegen andere onderdelen, en een niet-gelovige kan om eigen, hem regarderende redenen bezwaren hebben tegen weer andere onderdelen. Om te voorkomen dat de overheid de ernst van gewetensbezwaren moet wegen, is in artikel 11 Zorgverzekeringswet geregeld dat de verzekeringnemer welk onderdeel van het pakket dan ook kan laten uitsluiten, zonder dat getoetst wordt of aan die uitsluiting werkelijk gewetensbezwaren ten grondslag

liggen. Indien tegenover de uitsluiting echter een premiereductie zou mogen staan, zou het te aantrekkelijk worden om die vormen van zorg waaraan men naar eigen inschatting (voorlopig) geen behoefte heeft, uit te laten sluiten, ook al heeft men helemaal geen gewetensbezwaren tegen die zorg. Zo zouden bijvoorbeeld alle mannen er belang bij krijgen om verloskundige zorg en kraamzorg uit te sluiten. Dat zou de bijl zetten aan het in de Zorgverzekeringswet verankerde systeem, dat uitgaat van één wettelijk pakket, waarvoor iedere volwassene premie betaalt. Ik vertrouw erop dat ik de leden van de fracties van de SGP en de ChristenUnie hiermee voldoende duidelijk heb uiteengezet, waarom ik het niet wenselijk acht tegenover de mogelijkheid van het uitsluiten van bepaalde vormen van zorg de mogelijkheid van premiereductie te zetten.

De leden van de fractie van de PvdA vragen om een nadere onderbouwing van de pakketkeuze op basis van de trechter van Dunning. Zowel het huidige ziekenfondspakket als de onderdelen die de afgelopen twee jaar zijn geschrapt, zouden op basis van deze criteria dienen te worden beoordeeld. Zij vragen tot slot wat betreft het criterium «wat voor eigen rekening kan komen» integraal aan te geven hoe «betaalbaar» uitpakt voor gezonde, gemiddelde en chronisch zieke burgers. In antwoord op de vragen van deze leden deel ik het volgende mede.

Zoals ik in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel heb geschetst, heb ik voor de pakketsamenstelling aansluiting gezocht bij criteria van de commissie-Dunning. Ik heb hiervoor gekozen omdat op deze wijze de gelijke toegang en de solidariteit in de zorg worden gewaarborgd. In de afgelopen periode zijn de criteria van de commissie Dunning gehanteerd bij nieuwe behandelingen en bij de zorg die uit het pakket is verwijderd. De consequentie hiervan is dat het verzekeringspakket steeds meer betrekking zal hebben op zorg waarvan de noodzakelijkheid, de werking en de effectiviteit zijn aangetoond. Dit betekent tevens dat een voortdurende toetsing van het verzekerde pakket geboden is. Ik heb aangegeven dat dit een taak is voor het CVZ. Daarmee wordt uitvoering gegeven aan het verzoek dat leden van de PvdA-fractie aan mij hebben gedaan. Met betrekking tot de vraag om aan te geven hoe «betaalbaar» uitpakt voor gezonde, gemiddelde en chronisch zieke burgers, merk ik het volgende op. De leden van de PvdA-fractie passen dit criterium op een andere wijze toe dan de commissie-Dunning voor ogen stond. De commissie-Dunning stelde voor dit criterium mede te betrekken bij de beoordeling van de vraag of een bepaalde vorm van zorg onderdeel diende te zijn van het zorgverzekeringspakket. Vanuit deze invalshoek van de commissie-Dunning bezien, geldt dat de onderdelen van de curatieve zorg die zijn uitgesloten, niet voldoen aan dat criterium. Dit betekent niet dat de belasting in individuele gevallen niet onevenredig kan zijn. Voor de oplossing van eventueel daardoor ontstane problemen heeft het kabinet gekozen voor compensatiemogelijkheden buiten de verzekering. Ik wijs hierbij op de buitengewone lastenaftrek, de tegemoetkoming buitengewone uitgaven en de bijzondere bijstand. Met behulp daarvan kan, kijkend vanuit de situatie van de betrokken burger, worden beoordeeld hoe de eventuele samenloop van maatregelen uitpakt.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de rol van het CVZ met betrekking tot het pakket. Het CVZ wordt de pakketbeheerder bij de Zorgverzekeringswet. Dat houdt in dat het CVZ beoordeelt of nieuwe ontwikkelingen in de zorg binnen de wettelijke omschrijving van de verzekerde zorg vallen. Het CVZ hanteert daarbij criteria als: hoe is de stand van de wetenschap en praktijk en geldt de zorg in het betrokken vakgebied als verantwoorde en adequate zorg?

Het oordeel van het CVZ kan er toe leiden dat het CVZ mij adviseert het te verzekeren pakket te wijzigen. Of dit advies wordt overgenomen, is niet aan het CVZ, maar aan mij, in voorkomend geval in overleg met het parlement.

De leden van de SP-fractie vragen wat de handvatten in de Zorgverzekeringwet zijn om principiële keuzes te maken over de inrichting van het pakket en het formuleren van wat nu passende zorg is. In de memorie van toelichting zijn uitvoerig de principiële gronden aangegeven om bepaalde vormen van zorg in het verzekeringspakket op te nemen of er juist uit te laten.

In artikel 10 is geregeld over welke zorg de Zorgverzekeringwet gaat. Voorts is in artikel 11, derde lid, geregeld dat bij of krachtens amvb artikel 10 nader wordt ingevuld.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen waarom het criterium van «noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteiten en noodzaak van collectieve financiering» niet in de Zorgverzekeringwet zelf is neergelegd.

Terecht merken deze leden op, dat dit criterium het criterium is op grond waarvan wordt vastgesteld of bepaalde zorg tot het wettelijk te verzekeren pakket moet behoren. Op grond van dit criterium zal de nadere inhoud en omvang van de te verzekeren zorg, binnen de in artikel 11 juncto 10 Zorgverzekeringwet gegeven hoofdlijn voor de te verzekeren zorg, worden geregeld. Artikel 11, derde lid, Zorgverzekeringwet bepaalt dat de inhoud en omvang van het te verzekeren pakket bij of krachtens amvb nader geregeld wordt. In het kader van de opstelling van de hoofdlijnen van die amvb heeft het criterium dan ook een grote rol gespeeld. Ook zal het een rol blijven spelen bij eventuele verdere invulling bij ministeriële regeling of bij de interpretatie van de door de wetgever gegeven regels, bijvoorbeeld door het CVZ in het kader van zijn taak als pakketbeheerder, of door de verzekeraar in het kader van de precieze vormgeving van zijn modelovereenkomst.

Op zich zou het, gezien het primaat van de wetgever in formele zin, wenselijk zijn het criterium in de Zorgverzekeringwet zelf te verankeren. Echter, het criterium bestaat uit beleidsmatige deelcriteria die te weinig concreet zijn om een werkelijke juridische waarde te hebben. Voor verschillende vormen van zorg wordt het criterium dan ook op verschillende wijze geoperationaliseerd. Om die reden is ervan afgezien het criterium in de Zorgverzekeringwet zelf te regelen. Het criterium keert echter in verschillende gedaanten in de amvb op grond van artikel 11 terug.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen hoe de eis dat de behoefte aan een bepaalde vorm van zorg slechts op grond van zorginhoudelijke criteria wordt vastgesteld (artikel 14 Zorgverzekeringwet) zich verhoudt tot de globale omschrijving van de zorgplicht (artikel 11 Zorgverzekeringwet).

Bij of krachtens artikel 11 wordt het te verzekeren pakket geregeld. Dat wil zeggen dat geregeld wordt welke vormen van zorg onder de dekking van de verzekering vallen. Daarmee is echter nog niet bepaald, op welke vorm van zorg de verzekerde in een individueel geval, gezien zijn zorgbehoefte, precies aangewezen is. Die laatste vraag mag, zo wordt in artikel 14 bepaald, alleen op grond van zorginhoudelijke criteria worden beantwoord. Voor een nadere uiteenzetting van de verhouding tussen de artikelen 10, 11 en 14, Zorgverzekeringwet verwijs ik de leden van de fractie van de Christen Unie graag naar het gedeelte waarin de artikelsgewijze vragen van de diverse fracties worden beantwoord (onder «artikelen 10, 11 en 14»).

Op de bladzijden 39 en 40 van het algemeen deel van de toelichting zijn de zorgvormen genoemd die ingevolge internationale verdragen waarbij Nederland partij is, opgenomen dienen te zijn in het pakket van de sociale ziektekostenverzekering. Waarom, zo vragen de leden van de SGP-fractie, zijn die zorgvormen niet expliciet genoemd in de Zorgverzekeringswet. Dat komt omdat voor de Zorgverzekeringswet gekozen is voor een globale, functie gerichte omschrijving van de verzekeringsaanspraken. Die biedt ruimte voor een zo efficiënt mogelijke wijze van leveren van de verzekerde zorg en een dynamische ontwikkeling van de inhoud van die zorg. Overigens zal de genoemde leden uit het bij deze nota gevoegde concept Besluit Zorgverzekeringswet duidelijk worden dat de zorgvormen die in de memorie van toelichting zijn genoemd, inhoudelijk alle zijn opgenomen in de wettelijke aanspraken. Daarbij moet wel bedacht worden dat een deel van de in de verdragen beschreven aanspraken is opgenomen in de AWBZ.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de SGP-fractie of toepassing van het criterium «noodzakelijke zorg» op in het ziekenhuis uitgevoerde vrijwillige abortussen betekent dat niet aan dat criterium is voldaan, deel ik het volgende mede.

Bij abortussen die vallen onder het ziekenfondspakket, gaat het om abortussen om medische redenen. Dit betekent dat aan het noodzakelijkheids-criterium is voldaan. Ziekenhuizen voeren in het algemeen geen abortussen uit om niet medische redenen, omdat er in Nederland speciale abortusklinieken zijn en de financiering van deze zorg via een subsidie-regeling is geregeld.

De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd waarom gekozen is voor de functiegerichte verzekeringsrechten. Ik heb gekozen voor een functiegericht systeem omdat dat een van de instrumenten is dat de mogelijkheid biedt om meer keuzemogelijkheden, beleids- en beslissingsruimte en meer concurrentieprikkels in het stelsel in te voeren. De functiegerichte omschrijving maakt mogelijk dat de zorgverzekeraar in samenspraak met de verzekerde bepaalt op welke wijze invulling wordt gegeven aan de verzekeringsaanspraken. De zorgverzekeraar heeft hiermee een middel om zich ten opzichte van andere zorgverzekeraars te profileren. De verzekerde heeft wat te kiezen. Ook in de onderhandelingen met zorgaanbieders geeft een dergelijk systeem meer mogelijkheden voor de zorginkoop. Het niet vastleggen welke zorgaanbieder een bepaalde aanspraak dient te leveren, draagt daardoor bij aan een vergroting van de flexibiliteit van het zorgaanbod. Daarmee kan ook uitvoering worden gegeven aan de bijvoorbeeld door de RVZ aanbevolen taakherschikking.

De wettelijke vastlegging van het verzekeringspakket biedt de waarborg dat de functiegerichte omschrijving geen negatieve invloed heeft op de huidige verrichtingen. De rechten van de verzekerden veranderen niet. Alleen de invulling daarvan komt veel dichterbij de verzekerde terecht. De verzekerde krijgt weer iets te kiezen, zonder dat daarvoor ingewikkelde constructies, via subsidiëring nodig zijn.

Zoals uit de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel duidelijk zal zijn geworden, verandert de zorgplicht niet door de invoering van functiegerichte aanspraken. In de huidige situatie houdt de zorgplicht in dat de zorgverzekeraar door middel van het contracteren van zorgaanbieders die de als aanspraak geregelde zorg kunnen leveren, waarborgt dat de verzekerde zijn recht op goede zorg en binnen een aanvaardbare termijn geldend kan maken. In de Zorgverzekeringswet is dat niet anders. Wel kan de zorgverzekeraar en ook de verzekerde kiezen voor een vergoeding van kosten (restitutie). In dat geval krijgt de zorgplicht een andere invulling. De verzekerde heeft dan recht op snelle vergoeding van de gemaakte kosten. Ook kan de verzekerde een beroep doen op zijn zorgverzekeraar om te bemiddelen bij het vinden van een zorgaanbieder.

Evenals de invoering van functiegericht omschreven aanspraken, is de introductie van diagnose behandeling combinaties (dbc's) een instrument om te komen tot meer marktprikkels. Het systeem van dbc's zorgt er immers voor dat meer transparantie ontstaat en dat zorgaanbieders kunnen worden afgerekend op hun presteren. Conflicten van een verzekerde met zijn zorgverzekeraar dienen aan de geschillencommissie of de burgerlijke rechter te worden voorgelegd. Het gaat immers om geschillen over de nakoming van een privaatrechtelijke overeenkomst.

Op de vraag van de leden van de fractie van GroenLinks, waarom voor functiegerichte verzekeringsrechten is gekozen, ben ik in het voorgaande reeds ingegaan. Met de functiegerichte rechten worden echter, zo kan ik deze leden geruststellen, geenszins de voorbehouden handelingen van de arts of de medisch specialist losgelaten. De functiegerichte rechten brengen met zich, dat het aan de zorgverzekeraar – en, door middel van de keuze van verzekeraar en zorgverzekeringsvariant, vervolgens aan de verzekeringsplichtige – is, om te bepalen door welke zorgaanbieders bepaalde zorg geleverd worden. Echter, in de Wet Big staat dat bepaalde handelingen – te weten de zogenoemde voorbehouden handelingen – alleen door bepaalde beroepsgroepen mogen worden verricht. De Wet Big blijft gewoon gelden. Dus moet er bijvoorbeeld geopereerd of bestraald worden, of is een tetanusinjectie nodig, dan mag dit alleen worden gedaan door de beroepsgroepen die daar op grond van de Wet Big toe bevoegd zijn. Een zorgverzekeraar zal ervoor moeten zorgen dat zijn zorgverzekeringen in de verlening of vergoeding van dergelijke voorbehouden handelingen door bevoegde zorgverleners voorziet, aangezien hij anders niet aan zijn zorgplicht voldoet, hetgeen met zich brengt dat zijn verzekeringen geen zorgverzekeringen zullen zijn in de zin van de Zorgverzekeringswet. Slechts voor niet voorbehouden handelingen kan de zorgverzekeraar er derhalve voor kiezen ook hulp van niet-reguliere zorgaanbieders in te schakelen. Daarbij geldt ingevolge de Wet Big echter wel steeds, dat ook die niet-reguliere zorgaanbieders bij hun werkzaamheden de gezondheid van de patiënt niet mogen schaden (art. 96 Wet Big). Is de zorgaanbieder een zorginstelling, dan geldt wat betreft de daarvoor werkzame beroepsbeoefenaars niet alleen het voorgaande, maar dient de instelling zelf aan de eisen in de Kwaliteitswet zorginstellingen te voldoen. De leden van de fractie van GroenLinks vragen voorts nog, of de in artikel 14 neergelegde regel, dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg, slechts op grond van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord, niet ook moet gelden voor de beantwoording van de vraag door wie die zorg wordt verleend, en waar. Zoals uit het voorgaande kan worden afgeleid, volgt uit de Wet Big al dat zorginhoudelijke criteria wel degelijk van belang zijn voor de vraag wie bepaalde zorg mag en dus zal verlenen. Echter, anders dan in het geval van artikel 14, zijn ook andere criteria van belang. Heel vaak zal het immers zo zijn, dat meerdere hulpverleners een bepaalde behandeling mogen verrichten en ook werkelijk goed kunnen verrichten. In dat geval gaan andere aspecten dan zorginhoudelijke criteria een rol spelen. Het gaat daarbij onder andere om de vraag of de verzekerde op grond van zijn zorgpolis naar een gecontracteerde zorgaanbieder moet. Ook zal de afstand tussen het woonhuis van de verzekerde en de plaats waar een zorgaanbieder werkt een rol spelen, alsmede hoe snel de zorgaanbieder de verzekerde kan helpen.

Ook de leden van de SP-fractie stellen een aantal vragen over de functiegerichte omschrijving. De leden van de SP-fractie en ook de leden van de fractie van de SGP vragen of de functiegerichte omschrijving de transparantie voor verzekerden aanzienlijk vermindert. Ik denk niet dat dat het geval zal zijn. Het stelsel van de functiegerichte aanspraken is zo ingericht dat verzekerden weten op welke zorg zij recht

hebben. De invoering van functiegerichte omschrijvingen verandert daaraan niets. De wetgever blijft daarvoor verantwoordelijk. De bedoeling van dit systeem is wel dat de zorgverzekeraar de mogelijkheid krijgt om te komen tot concretisering. De zorgverzekeraar kan daarbij de afweging maken welke nadere regels nodig zijn. Het gaat dan om zaken als: moet ik voorafgaande toestemming opleggen, is een verwijzing in alle gevallen noodzakelijk, hoe vrij kan ik de verzekerde laten bij het kiezen van de zorgverlener?

Uiteraard moeten de verzekerden de mogelijkheid hebben om polissen te kunnen vergelijken. Met het oog hierop is in het wetsvoorstel voorzien in een transparantietaak voor het CTZ. Om de burger in staat te stellen een bewuste keuze te maken, is in het wetsvoorstel geregeld dat een zorgverzekeraar alle varianten van de zorgverzekering die hij op de markt wil brengen, in modelovereenkomsten vast dient te leggen. Deze dient hij aan de (aspirant) verzekerden en aan het CTZ beschikbaar te stellen. Het CTZ heeft op grond van artikel 82 een transparantietaak die het verzekerden mogelijk maakt de polissen onderling te vergelijken.

Indien de kwaliteit van de gecontracteerde zorg niet goed is, ligt er in de eerste plaats een taak voor de aanbieder. Hij dient immers verantwoorde zorg te leveren. De IGZ ziet daarop toe. Indien de IGZ vaststelt dat een instelling niet voldoet aan de voorwaarde dat sprake dient te zijn van verantwoorde zorg, dient de instelling haar zorgverlening aan te passen. Voor de zorgverzekeraar is dat vervolgens een gegeven. Indien de polis voorziet in gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar door de zorginkoop een directe rol bij de kwaliteit van de zorg. Voor de zorgverzekeraar ligt er, zoals ik heb aangegeven in de memorie van toelichting, ook een belang. Door zorg in te kopen die hoog scoort op het punt van de kwaliteit, kan hij zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Het CTZ ziet toe op de uitvoering van de wet. Daarbij staat de borging van de publieke belangen voorop. Vanuit die invalshoek heeft het CTZ een rol, indien zorgverzekeraars tekortschieten in hun rol van zorginkoper en zorgcontracteren die niet kan worden beschouwd als «goede» zorg. De zorgverzekeraars moeten als zij zorg inkopen, kunnen beoordelen of de zorg van voldoende kwaliteit is. Er is immers ook een wisselwerking tussen prijs en kwaliteit van de dienstverlening. De zorgverzekeraar zal er overigens voor dienen te zorgen dat hij beschikt over voldoende kennis van de zorg. Ook indien hij niet kiest voor gecontracteerde zorg, zal hij moeten beoordelen, of de zorg die een verzekerde wenst, behoort tot de verzekerde zorg en zo ja, of de verzekerde daarop is aangewezen. De zorgverzekeraar kan daarbij eventueel ook gebruik maken van de kennis die bij het CVZ in zijn hoedanigheid van pakketbeheerder aanwezig is. In het nieuwe systeem is de rol van de IGZ belangrijk. Dat is ook nu al het geval. Ik verwacht niet dat de rol van de IGZ zal toenemen. Een versterking van de IGZ vanwege de invoering van de Zorgverzekeringswet is dan ook naar mijn oordeel niet noodzakelijk.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering in te gaan op de omvang van het verzekerde standaardpakket in relatie tot het aanvullende pakket en daarmee samenhangend op de balans tussen de omvang van de gegarandeerde noodzakelijke zorg in de standaardverzekering en de niet noodzakelijke zorg in de aanvullende verzekering en of een ruimhartig doorschuiven van zorg naar het aanvullend pakket niet de toegankelijkheid van de basiszorg in de weg zal staan.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de kosten voor gezondheidszorg die buiten het basispakket vallen zullen uitvallen.

De leden van de SP vragen of nieuwe mogelijkheden, voorzieningen wellicht ter beteugeling van kostenstijgingen alleen in de aanvullende verzekering komen.

De leden van de Christen Unie vragen of de regering het waarschijnlijk acht dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid zullen nemen ten

aanzien van de verzekering van voorzieningen die voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf komen.

De regering heeft besloten dat het pakket van de Zorgverzekeringswet in grote trekken overeenkomt met het pakket dat op grond van de Zfw en de Wtz 1998 verzekerd is. Anders dan het pakket van de Zfw en de Wtz 1998 zullen in het pakket van de Zorgverzekeringswet ook de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het eerste jaar klinische ggz worden opgenomen. Deze onderdelen van de ggz-zorg zullen van de AWBZ worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Door deze beslissing over het pakket van de Zorgverzekeringswet wordt de omvang van de zorgvoorzieningen waarvan de regering vindt dat die voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerden zelf kunnen komen, niet groter. In de balans die de leden van de CDA-fractie bedoelen, treedt dan ook met de invoering van de Zorgverzekeringswet geen wijziging op. Daarbij moet worden aangetekend dat het aanvullende pakket, in vergelijking met het standaard verzekerde (Zfwen Zvw-)pakket, maar een zeer beperkt deel van de zorgkosten vertegenwoordigt. In de hierna volgende tabel zijn de kosten van de aanvullende verzekering over 2003 opgenomen.

Kosten Zfw-verzekerde Zfw-pakket en aanvullende verzekering, cijfers 2003

	Uitgaven per verz. (euro)	%	Aantal verz in milj	Uitgaven in miljarden euro
Kosten Zfw-pakket	1 571,91	94,3%	10,2	16
Kosten aanvullende verzekering	94,88	5,7%	9,35	0,89
Totaal	1 666,79	100,0%		

Het antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie of een beperkte omvang van het verzekerde pakket en een ruimhartig doorschuiven van zorg naar het aanvullende pakket, de toegankelijkheid van de basiszorg in de weg zou kunnen staan, hangt af van het door de verzekeraars gevoerde acceptatiebeleid. In de aanvullende verzekeringen is immers geen sprake van een acceptatieplicht. De kosten voor gezondheidszorg die buiten het basispakket vallen, zullen variëren naar de inhoud van de aanvullende verzekering. Het is aan verzekeraar en verzekerde welke aanspraken zij hierin opnemen en wat de bijbehorende premie bedraagt.

Niettemin is in de uitgangssituatie voor de Zorgverzekeringswet zowel sprake van een zeer beperkt kostenaandeel van de aanvullende verzekering (zie hierboven) als van een zeer brede verzekeringsgraad. In de huidige ziekenfondsverzekering heeft ruim 90% van de verzekerden een aanvullende verzekering (zie onderstaande tabel).

Percentage Zfw-verzekerden met een aanvullende verzekering

	2001	2002	2003
percentage Zfw-verzekerden met een aanv. verz.	92,40%	91,70%	92,10%
wv via collectief contract	8,30%	10,90%	11,30%

Bron: Vektis

De dekking van de aanvullende verzekering kan sterk uiteenlopen. Op basis van gegevens over 2002 geeft de hieronder geplaatste tabel weer hoe vaak (in procenten) bepaalde zorg via de aanvullende verzekering (aanvullend) werd gedekt.

Dekking in aanvullende verzekering	2002
Paramedische hulp	88,3%
Tandheelkundige hulp	85,7%
Hulpmiddelen	90,0%
Hulp in buitenland	83,5%
Alternatieve geneeswijzen	85,7%
Totaal	91,70%

Bron: Vektis

De beperkingen ten aanzien van het ziekenfondspakket per 1-1-2004 (o.a. anticonceptiepil en eerste negen behandelingen fysiotherapie) hebben geleid tot pakketuitbreidingen en nieuwe producten. De helft van de ziekenfondsen heeft het aantal aanvullende pakketten in 2004 uitgebreid. Een verzekerde kan daardoor nu per ziekenfonds kiezen uit gemiddeld 4 pakketten.

Zoals gezegd zal met de invoering van de Zorgverzekeringswet de omvang van de zorgvoorzieningen die voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerden kunnen komen, niet veranderen. Op basis van de ervaringen in de Zfw voorzie ik dan ook geen wijziging in de toegankelijkheid van zorgvormen die in de aanvullende verzekering zijn ondergebracht.

De leden van de CDA-fractie vragen of het mogelijk is het standaardpakket te verzekeren bij de ene en het aanvullende pakket bij de andere verzekeraar en menen dat afstemming tussen beide pakketten noodzakelijk is. De leden van de PvdA-fractie vragen of basispolis en aanvullend pakket onafhankelijk van elkaar bij verschillende verzekeraars kunnen worden afgenomen en wat de voor- en nadelen van het onafhankelijk verkopen zijn. De leden van de GroenLinks-fractie vragen welke bezwaren de regering heeft tegen het verbieden van koppelverkoop. Ook de leden van de SGP-fractie vragen of koppelverkoop in het nieuwe stelsel nog mogelijk is.

De Zorgverzekeringswet heeft betrekking op de zorgverzekering en niet op de overige verzekeringen die zorgverzekeraars aanbieden. In dat verband heeft het kabinet er ook niet voor gekozen om eisen stellen aan de vormgeving van een aanvullend pakket of de samenhang tussen zorgverzekering en aanvullend pakket wettelijk te regelen. Een verzekeraar is vrij om een polis voor een aanvullend pakket aan te bieden en is volledig vrij in de bijbehorende verzekerde aanvullende zorg. Hij kan dit aanbieden aan enkel de verzekerden die reeds de zorgverzekering bij hem afnemen, maar ook breder. Het is dus mogelijk dat een verzekerde bij de ene verzekeraar de zorgverzekering afsluit en bij één of meerdere andere verzekeraars aanvullende dekkingen.

Onafhankelijke verkoop kan het voordeel hebben om daarmee nieuwe verzekerden aan te trekken met een beperkt maar aantrekkelijk aanvullend

pakket. Dit biedt eventueel een entree om de dienstverlening aan de verzekerde verder uit te breiden. Een nadeel kan zijn, dat aanzienlijke synergie mogelijk is indien aanvullende verzekering en zorgverzekering sterk complementaire zorg bevatten en de verzekeraar hierover bijvoorbeeld specifieke arrangementen met een zorgaanbieder is overeengekomen.

Het kabinet heeft koppelverkoop niet willen verbieden. Dit zou een inbreuk zijn op de vrijheid van private ondernemingen ten aanzien van een volledig private verzekeringspolis. Het kabinet verwacht dat koppelverkoop de voor marktwerking noodzakelijke verzekerdenmobiliteit niet in de weg zal staan. Verplichte ont koppeling zou zelfs kunnen leiden tot een versterkte risicoselectie in de aanvullende verzekering. In een gekoppeld verzekeringsproduct vertegenwoordigt de aanvullende verzekering slechts een beperkt deel van de kosten; deze hoeven bovendien niet persé gecorreleerd te zijn aan de kosten voor het deel waarvoor acceptatieplicht geldt (denk bijvoorbeeld aan de tandartsverzekering). Bij een separaat verzekeringsproduct ligt risicoselectie meer voor de hand.

De leden van de CDA-fractie vragen of er sprake zal zijn van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering in het kader van de overgangsregeling en vragen naar de mogelijkheden om te allen tijde ook een goede toegang tot de aanvullende verzekering te waarborgen. Is er een acceptatieplicht van bijvoorbeeld jongeren tot 18 jaar binnen de aanvullende verzekering en wanneer is er sprake van behoud van rechten voor bijvoorbeeld ex-militairen, ex-gedetineerden, terugkerende «expats» en vergelijkbare groepen.

In dat verband vragen zij tevens welke beperkingen er gelden bij het meenemen van een aanvullende verzekering naar een andere maatschappij. Is de regering met hen van mening dat ook voor aanvullende verzekering mobiliteit gemakkelijk gemaakt moet worden. De leden van de CDA-fractie vragen de regering te bevorderen dat er een gedragscode wordt opgesteld in verband met mogelijke risicoselectie wanneer mensen met een kwetsbare gezondheid willen veranderen van aanvullende verzekering of een uitbreiding van hun aanvullende verzekering willen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de verzekeraars op basis van het mededingingsrecht in staat gesteld zullen worden een convenant af te sluiten over de verzekerbaarheid van aanvullende kosten.

De leden van de VVD-fractie vragen of er een koppeling is in het wetsvoorstel tussen basispakket en aanvullende verzekering en of dit de mobiliteit sterk belemmert.

De leden van de SP-fractie vragen of ik erken dat, indien er bijvoorbeeld door een erfelijke belasting meer kans is op gebitsproblemen en er de noodzaak is tot aanvullende verzekering, het moeilijker wordt om over te stappen naar een nieuwe verzekeraar.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering van mening is dat de kosten die niet in de Zorgverzekeringswet zijn opgenomen ook door bijvoorbeeld een chronische zieke op bijstandsniveau zelf gedragen kunnen worden.

De leden van de Christen Unie vragen naar de consequenties van het niet-koppelen van basisverzekering en aanvullende verzekering voor de verzekering van chronisch zieken en gehandicapten.

Er zal geen sprake zijn van acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering, noch wettelijk een koppeling tussen basispakket en aanvullende verzekering. Hierboven is reeds aangegeven dat het kabinet er niet voor heeft gekozen om de verhouding tussen zorgverzekerings- en aanvullend pakket wettelijk te regelen. Naast de genoemde inhoudelijke overwegingen zou een dergelijke wettelijke regeling op gespannen voet staan met de Europese schaderichtlijnen; de aanvullende verzekering maakt immers per definitie geen deel uit van het wettelijk stelsel van sociale

zekerheid. A fortiori geldt deze onmogelijkheid van een wettelijke regeling voor de aanvullende verzekering ook voor het opleggen van een acceptatieplicht. Wel zijn zorgverzekeraars bezig om een gedragscode te ontwikkelen ten aanzien van de acceptatie voor aanvullende verzekeringen en zij verwachten op korte termijn deze code ook te kunnen presenteren. Deze zal bijvoorbeeld betrekking kunnen hebben op de overgangssituatie om te organiseren dat huidig particulier verzekerden met een brede dekking bij hun huidige verzekeraar worden geaccepteerd voor een zorgverzekering en een aanvullende verzekering met samen genomen dezelfde dekking. Ook kan deze betrekking hebben op ziekenfondsverzekerden. Wanneer zij nu reeds over een aanvullende verzekering beschikken, hoeft deze in beginsel niet geraakt te worden door de invoering van de zorgverzekering en kan deze worden gecontinueerd. Dit zou dan ook kunnen gelden voor mensen met een kwetsbare gezondheid, voor een chronisch zieke op bijstandsniveau, een gehandicapte en voor iemand met gebitsproblemen.

In het algemeen hanteren verzekeraars geen of lichte acceptatievoorwaarden bij algemene aanvullende verzekeringen en zwaardere selectie-eisen bij specifieke(re) dekkingen, zoals tandartsverzekering. Dit laatste is om te voorkomen dat mensen zich pas gaan verzekeren als zij kosten gaan maken. Bovenstaande gedragslijn is ook begin dit jaar door verzekeraars gehanteerd bij de beperkingen van de aanspraken Zfw. Hiervan heb ik verslag gedaan in mijn brief van 11 juni 2004 (Kamerstukken II, 2003/04, 29 200, XVI nr. 252).

Uit onlangs uitgevoerd onderzoek op basis van door het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus MC in 2003 en 2004 uitgevoerde enquêtes blijkt dat in 2004 10% van ziekenfondsverzekerden van zorgverzekeraar veranderd is. Weigering voor de aanvullende verzekering blijkt in de praktijk niet veel voor te komen; circa 1% in percentage van wel-overgestaptten, dus 0,1% van het totaal.

Uit het uitgevoerde onderzoek komt wel naar voren dat een grotere groep van verzekerden die wel hebben overwogen om van verzekeraar te veranderen het vermoeden heeft dat zij vanwege hun situatie (leeftijd of gezondheid) niet geaccepteerd zullen worden. De omvang van deze groep bedraagt ca 1% van alle verzekerden.

Voor deze groepen van verzekerden is het wenselijk dat inzichtelijk wordt gemaakt welke verzekeraars welke acceptatievoorwaarden hanteren. Aan verbetering van de transparantie van de verzekeraarsmarkt wordt gewerkt. Op het moment wordt door De Consumentenbond met financiële steun van VWS de «Report Card Zorgverzekeraars» ontwikkeld. Eind 2004 is deze Report Card voor het eerst beschikbaar voor alle verzekerden in Nederland.

Ook voor de structurele situatie zijn zorgverzekeraars de mogelijkheden aan het verkennen van acceptatie voor aanvullende verzekeringen. Het kabinet acht het een goede ontwikkeling indien private partijen op een vrije markt initiatieven ontwikkelen om binnen de grenzen van het mededingingsrecht, en gestuurd door bijvoorbeeld imagoverbetering of maatschappelijke verantwoordelijkheid, risicosolidariteit te organiseren. Ik acht dit nadrukkelijk een vrijheid en verantwoordelijkheid van private partijen. Vanzelfsprekend zijn hier grenzen aan. Zo kan van een individuele verzekeraar niet zomaar verwacht worden dat hij een verzekerde een uitbreiding van een aanvullende verzekering aanbiedt die dekking geeft voor kosten waarvan reeds met volledige zekerheid bekend is dat de verzekerde deze zal maken. In dit geval is geen sprake meer van onzekerheid en risico. Indien een verzekerde van zorgverzekeraar wil veranderen, dan gaat de aanvullende verzekering niet automatisch mee. Het is afhankelijk van de polisvoorwaarden van de oude verzekeraar of de aanvul-

lende verzekering gehandhaafd blijft en het is afhankelijk van de nieuwe verzekeraar of hij ook een vergelijkbare aanvullende verzekering aanbiedt.

De leden van de PvdA-fractie vragen bij wie de verzekerde een klacht kan indienen wanneer de kwaliteit van de gecontracteerde zorg niet voldoende is.

Bij gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar door de zorginkoop een directe rol bij de kwaliteit van die zorg. Een zorgverzekeraar zal zich er van vergewissen dat de zorg die hij inkoopt, in principe kwalitatief goede zorg is. Het contracteren van zorg door zorginkoop houdt meer in dan enkel het afspreken van een prijs. Ook het kwaliteitsaspect speelt daarbij een belangrijke rol. Indien een verzekerde van oordeel is dat de kwaliteit van de zorg die zijn verzekeraar heeft gecontracteerd, niet voldoende is, kan hij een klacht indienen bij zijn verzekeraar.

Nalatig medisch handelen speelt in de relatie tussen arts en patiënt. In die gevallen zal de patiënt de behandelend arts dienen aan te spreken indien hij een schadevergoeding verlangt.

De verzekeraar dient buiten de arts-patiëntrelatie te blijven.

De leden van de fractie van GL zien in de koppeling van de aanvullende verzekering aan de basisverzekering een ernstige belemmering voor onder meer chronisch zieken en gehandicapten om van verzekeraar te veranderen. Zij vragen inzicht in de omvang van deze groepen met en zonder aanvullende verzekering en uitgesplitst naar inkomen. De leden van de fractie van de SP vragen zich af hoe vrij verzekerden zijn bij het veranderen van verzekeraar als zij weten dat zij voor de aanvullende verzekering mogelijk niet geaccepteerd worden.

Over de acceptatie voor de aanvullende verzekering bestaat een aantal beelden die niet sporen met de werkelijkheid. Deze beelden beïnvloeden de conclusies die getrokken worden over de gevolgen die bijvoorbeeld de koppeling van de aanvullende verzekering aan de basisverzekering met zich brengt voor de keuzevrijheid van verzekerden. Zo wordt vaak gesproken over dé aanvullende verzekering. Er bestaat echter niet één aanvullende verzekering. Aanvullende verzekering is een begrip dat hoofdzakelijk gekoppeld is aan de bestaande ziekenfondsverzekering en aan de standaardverzekering ingevolge de Wtz 1998. In de huidige particuliere ziektekostenverzekeringen komen aanvullende verzekeringen niet voor. Wel bieden particuliere ziektekostenverzekeraars soms afzonderlijke te verzekeren modules aan; zo kan vaak een afzonderlijke verzekering voor tandheelkundige hulp worden afgesloten of voor alternatieve geneeswijzen. De meeste ziekenfondsen bieden hun verzekerden in een afzonderlijke rechtspersoon (een particuliere ziektekostenverzekeraar) aanvullende verzekeringen. Daarin bestaat een grote variëteit. Vrijwel altijd bieden deze aan de ziekenfondsen gelieerde verzekeraars een zogenoemde «basis-» aanvullende verzekering aan die, zoals het woord al zegt, een basis vergoeding biedt voor onder meer de kosten van aanspraken als beperkte tandheelkundige hulp, een beperkt aantal behandelingen fysiotherapie en orale anti-conceptiva. Voor deze basis aanvullende verzekering geldt veelal geen selectiebeleid. Wanneer de verzekerde een ziekenfondsverzekering afsluit wordt hij vaak zonder selectie voor de basis aanvullende verzekering geaccepteerd. Voor de meer uitgebreidere dekkingen zoals een uitgebreide tandheelkunde verzekering vindt veelal wel selectie plaats. In dat geval zal de verzekeraar bijvoorbeeld een bewijs van de verzekerde vragen, afgegeven door de tandarts, waarin de status van het gebit wordt aangegeven. Als gevolg hiervan is merendeel van de huidige ziekenfondsverzekerden thans ook aanvullend verzekerd, in ieder geval voor de basis aanvullende verzekering. Het door de leden van de GL-fractie gevraagde overzicht met de omvang van specifieke groepen met en zonder aanvullende verzekering en uitgesplitst naar inkomen kan

het kabinet echter niet bieden omdat de benodigde gegevens niet beschikbaar zijn. Overigens is het wel mogelijk dat een verzekeraar, na beoordeling van het risico, de premie hoger vaststelt dan wel de dekking pas na verloop van een wachttijd laat ingaan of een uitsluiting voor bepaalde kosten in de polis opneemt. Wanneer iemand bijvoorbeeld jarenlang zijn gebit verwaarloosd heeft en op het moment waarop hij verwacht kosten bij de tandarts te gaan maken besluit om zich daarvoor (aanvullend) te verzekeren dan zal de verzekeraar, die dan weet dat hij met aanzienlijke kosten zal worden geconfronteerd, daarmee in de premie- of verzekeringsvoorwaarden rekening houden. Vanuit verzekeringstechnisch oogpunt is dit een geaccepteerde situatie. Het kabinet streeft ernaar met verzekeraars zodanige afspraken te maken dat bij de overgang naar de basisverzekering per 1 januari 2006 de personen die al een aanvullende verzekering hebben deze kunnen voortzetten. Daarmee wordt bereikt dat het merendeel van de ziekenfondsverzekerden die thans een bewuste keuze hebben gemaakt om zich aanvullend te verzekeren ook vanaf 1 januari 2006 hun aanvullende verzekering behouden. Tot deze groep behoren de meeste van de in de vraag van de GL-fractie genoemde categorieën van personen.

Het kabinet verwacht dat na de invoering van de Zorgverzekeringswet een aantal verzekeraars, om veelal zorginhoudelijke overwegingen, zal kiezen voor een koppeling tussen de basis en de aanvullende verzekering. Een ander deel van de verzekeraars zal aan die koppeling niet hechten. Ten slotte is bepaald niet uitgesloten dat er verzekeraars zijn die zich uitsluitend zullen richten op het aanbieden van aanvullende verzekeringen. De markt zal er dus na 1 januari 2006 naar verwachting anders uitzien en daarmee dus ook de mogelijkheden voor verzekerden om te kiezen voor wel of niet een gekoppelde aanvullende verzekering. Vanwege het risico van onvoldoende stemmen met de voeten zal de Zorgautoriteit de ontwikkelingen in de markt wel nauwkeurig volgen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de effecten van de aanvullende verzekering in de overzichten van de inkomensgevolgen zijn opgenomen.

Door de introductie van de Zorgverzekeringswet verandert er voor de huidige ziekenfondsverzekerden niets bij de aanvullende verzekering. Die aanvullende verzekering blijft in stand, er is voor 2006 geen overheveling uit het basispakket voorzien en de premie voor de aanvullende verzekering is en blijft los staan van de premie van de Zfw respectievelijk Zorgverzekeringswet.

Bij het bepalen van de inkomenseffecten hoeft bij ziekenfondsverzekerden derhalve geen rekening te worden gehouden met effecten die optreden bij de aanvullende verzekering.

Bij particulier verzekerden is het beeld divers. Sommige particuliere verzekeraars kennen een ruimer pakket dan de Zfw. Andere verzekeraars kennen een basispakket overeenkomend met de Zfw en daarnaast aanvullende verzekeringen. Bij het bepalen van de inkomenseffecten van de huidige particuliere verzekerden is de premie in het kader van de Zorgverzekeringswet afgezet tegen de premielasten bij een particuliere verzekering waarbij de premielasten van zorgvormen die niet tot het huidige Zfw-pakket behoren, zo goed mogelijk buiten beschouwing gelaten zijn.

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 de leden van de CDA-fractie zich af 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 op welke rechten de patiënt heeft op een second opinion en op verweer tegen een beslissing van zijn verzekeraar.

Op basis van artikel 11 wordt geregeld waar de verzekerde recht op kan hebben, indien het verzekerde risico zich voordoet. De verdere invulling van deze rechten vindt plaats in de modelovereenkomst, de zorgverzekeringsovereenkomst en daarmee in de zorgpolis. In dit verband heeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid om te regelen voor welke vormen van zorg hij een vorm van toetsing wil. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld voor sommige vormen van medisch-specialistische zorg een verwijzing door een andere zorgaanbieder voorschrijven of bepalen dat voor vormen van zorg voorafgaande toestemming van de verzekeraar nodig is. De verzekeraars kunnen aan deze bevoegdheid om verwijzing of voorafgaande toestemming voor bepaalde vormen van zorg voor te schrijven, een verschillende invulling geven. Indien een verzekeraar naar de mening van zijn verzekerden in te veel gevallen verwijzing of toestemming vooraf eist, zullen verzekerden uitkijken naar een andere verzekeraar die dergelijke vereisten minder vaak voorschrijft.

Deze bevoegdheid die verzekeraars hebben om voor bepaalde zorgvormen een vorm van toetsing voor te schrijven, laat onverlet de bescherming die artikel 14 biedt. Bij de beoordeling of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, dient de verzekeraar uitsluitend zorginhoudelijke criteria te hanteren. Hierbij is het de verzekeraar dus op grond van artikel 14 verboden zorg te weigeren om bijvoorbeeld financiële redenen.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de CDA-fractie merk ik op dat de verzekerde in het kader van de Zorgverzekeringswet, net als nu in de ziekenfondsverzekering, recht zal hebben op een second opinion. Een vraag om een second opinion zal zich vooral voordoen indien de patiënt twijfels heeft over de gestelde diagnose.

De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast welk recht een verzekerde heeft op verweer tegen een beslissing van zijn verzekeraar.

De zorgverzekering die in dit wetsvoorstel wordt geregeld, is een privaatrechtelijke verzekering die tot stand komt door het sluiten van een overeenkomst tussen een burger en een zorgverzekeraar. Voor geschillenbeslechting bij een privaatrechtelijke overeenkomst is de burgerlijke rechter bevoegd. Dit houdt in dat een verzekerde het geschil met zijn verzekeraar kan voorleggen aan de kantonrechter of aan de rechtbank. Of de verzekerde zich tot de kantonrechter of de rechtbank dient te wenden, hangt af van de hoogte van zijn vordering op de verzekeraar. Aan deze burgerlijke rechtsbescherming zijn nadelen verbonden. Zo is de toegang tot de rechter kostbaar, procederen bij de rechtbank moet veelal met gebruikmaking van deskundigen en de termijnen kunnen soms lang zijn. Om deze nadelen te ondervangen en om de belasting van het rechterlijke apparaat zo beperkt mogelijk te houden, bevat het wetsvoorstel een laagdrempelige mogelijkheid voor de verzekerde om geschillen met zijn zorgverzekeraar aan een onafhankelijke instantie voor te leggen. Daartoe verplicht artikel 113 de zorgverzekeraars om aangesloten te zijn bij een onafhankelijke geschillencommissie die klachten van verzekerden over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet in behandeling neemt.

Vele partijen vragen hoe in de Zorgverzekeringswet geschillen over de rechten uit het verzekering (in de Zfw worden deze «verstrekkingen-geschillen» genoemd) worden opgelost.

De relatie tussen de verzekeringnemer/verzekerde en de zorgverzekeraar is een contractuele. Dat betekent dat indien een verzekerde van mening is dat de zorgverzekeraar de zorgverzekeringsovereenkomst verkeerd uitvoert doordat deze hem ten onrechte zorg (of, bij een restitutiepolis, vergoeding daarvan) onthoudt, hij de zaak voor kan leggen aan de civiele rechter. Anders dan de leden van de CDA-fractie veronderstellen, zijn zorgverzekeraars geen bestuursorganen, zodat de publiekrechtelijke

rechtsbescherming van de Awb hier niet op van toepassing is. Doorgaans wordt de gang naar de civiele rechter als hoogdrempeliger ervaren dan (na bezwaar) de gang naar de beroepsrechter. Dit omdat aan de civiele procedure hogere kosten verbonden zijn dan aan een procedure bij de administratieve rechter. Voorts is er verschil in de procedure zelf. Waar de civiele rechter lijdelijk is en slechts oordeelt op basis van hetgeen partijen aan hem voorleggen, kan de administratieve rechter zelf actief aan rechtsvinding doen, bijvoorbeeld door partijen te bevragen indien zij niet uit zichzelf met argumenten komen. De regering heeft zich dit gerealiseerd. Daarom heeft zij in artikel 113 van de Zorgverzekeringswet een laagdrempelige voorprocedure voorgeschreven: zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat hun verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de verzekering – waaronder ook eerderbedoelde verstrekkingengeschillen vallen – aan een onafhankelijke instantie kunnen voorleggen. In de memorie van toelichting is opgenomen, dat de verzekeraars bijvoorbeeld de reeds bestaande Ombudsman Zorgverzekeringen als onafhankelijke instantie zouden kunnen aanwijzen. Het is zo'n onafhankelijke instantie uiteraard toegestaan om, al dan niet op instigatie van de verzekeringnemer of verzekerde, advies van het CVZ te vragen. Het CVZ zal, nu hij pakketbeheerder is, vooral goed kunnen adviseren of een bepaalde vorm van zorg waarop de verzekerde recht meent te hebben, ook werkelijk onder het wettelijk te verzekeren pakket valt. Dat is echter slechts een deelaspect van de totale vraag, want als dat zo is, moet ook nog nagegaan worden (en dat kan het CVZ niet) of de verzekerde, gezien zijn zorgbehoefte, op de desbetreffende vorm van zorg is aangewezen. Het gaat mij, mede in het licht van de toekomstige, privaatrechtelijke verhoudingen, te ver om te regelen dat verplicht advies aan het CVZ moet worden gevraagd. De mogelijkheid het geschil voor te leggen aan de onafhankelijke instantie geeft de verzekeringnemer en de verzekerde naar mijn mening al voldoende laagdrempelige bescherming. De verzekeraar zal zich doorgaans naar het oordeel van de instantie voegen. Wellicht ten overvloede merk ik nog op, dat de verzekeringnemer of verzekerde ook altijd nog de civiele rechter kan benaderen. Artikel 17 van de Grondwet bepaalt immers dat niemand tegen zijn wil kan worden afgehouden van de rechter die de wet hem toekent.

De door de leden van de PvdA-fractie gevraagde vergelijking van de rechtsbescherming op grond van de Zfw met de rechtsbescherming van de Zorgverzekeringswet ziet er derhalve als volgt uit. Bij een geschil op grond van de Zfw zal de verzekerde in bezwaar komen bij het ziekenfonds (dat een bestuursorgaan is). Gaat het om een verstrekkingengeschil, dan is het ziekenfonds indien het het bezwaar geheel of op onderdelen wil afwijzen, verplicht het advies van het CVZ in te winnen voordat het zijn beslissing op het bezwaar geeft. Is de verzekerde het met de beslissing op bezwaar niet eens, dan kan hij in beroep bij de administratieve rechter. Bij een geschil op grond van de Zorgverzekeringswet zal de verzekeringnemer of verzekerde, eventueel na een interne klachtprocedure bij zijn verzekeraar te hebben doorlopen, zijn geschil kunnen voorleggen aan de onafhankelijke instantie waarbij zijn zorgverzekeraar is aangesloten. Is de verzekeringnemer of verzekerde het niet eens met de uitspraak van de onafhankelijke instantie, dan kan hij zijn zaak voorleggen aan de civiele rechter.

In het algemene deel van de memorie van toelichting heb ik aangegeven dat de consequenties voor de rechterlijke macht onderscheiden zijn. In relatie tot de huidige ziekenfondsverzekering en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren zal naar verwachting een vermindering optreden van de belasting van de rechterlijke macht, omdat er een verschuiving plaatsvindt van een beroep op de relatief laagdrempelige administratieve rechter naar een beroep op de relatief hoogdrempelige civiele rechter (de onafhankelijke instantie zal de zaken vaak afvangen). In relatie tot de huidige particuliere verzekeringsmarkt treedt geen

verschil op. Ook in de huidige situatie beperkt de Ombudsman Zorgverzekeringen daar de belasting van de civiele rechter. Alles bijeen genomen, ontstaat daarom een verlichting voor de rechterlijke macht. Met betrekking tot de vraag van de leden van de PvdA-fractie hoe groot ik de kans schat dat zorgverzekeraars de geschillenprocedure weigeren en direct kiezen voor een privaatrechtelijke procesgang merk ik nog op dat in het wetsvoorstel de aansluiting bij een onafhankelijke geschilleninstantie verplicht is gesteld. Zorgverzekeraars kunnen zich niet aan deze verplichting onttrekken. De toezichthouder in dezen, CTZ (later de Zorgautoriteit), zal daarop toezien.

De leden van de CDA-fractie vragen 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. De leden 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 CDA-fractie hechten terecht een groot belang aan de centrale positie van de verzekerden in het zorgstelsel en vragen zich af hoe het kabinet er voor zorgt dat verzekeraars zich als goed verzekeraar blijven gedragen.

De Zorgverzekeringswet biedt een aantal belangrijke voorwaarden die de centrale positie van de verzekerden waarborgen. De belangrijkste daarvan zijn de acceptatieplicht en het verbod op risicoselectie, de zorgplicht van de verzekeraar en de invloed van verzekerden op het beleid van de verzekeraar. Dat, gekoppeld aan de keuzevrijheid van de verzekerden, die feitelijk inhoudt dat een verzekerde jaarlijks van verzekeraar kan veranderen, vormt een systeem waarin de keuzevrijheid maar vooral ook de invloed van de verzekerden op het feitelijk gedrag van verzekeraars in hoge mate is verankerd. De Zorgautoriteit ziet er op toe dat een verzekeraar deze wettelijke verplichtingen ook daadwerkelijk nakomt. De concrete vormgeving van het toezicht op de Zorgverzekeringswet wordt op dit moment uitgewerkt. Een van de aspecten die daarbij aan de orde is, is de mogelijkheid van de toezichthouder om een telefonische meldlijn in te stellen ter toetsing van het feitelijk handelen van verzekeraars. Zo kan eenvoudig worden vastgesteld waar, in de beleving van de verzekerden, een verzekeraar zich mogelijk niet of niet geheel conform de wet gedraagt. Daarnaast kan worden vastgesteld of de verzekeraar de wijze waarop hij de uitvoering van de wet in de polis heeft weergegeven, naleeft. De geschillenregeling, waaraan verzekeraars dienen deel te nemen, zal op dat gebied ook een belangrijke signaalfunctie kunnen vervullen. Ten slotte zal een verzekerde die het met de beslissing van een verzekeraar op een voorgelegd geschil niet eens is, bij de burgerlijke rechter zijn gelijk kunnen halen. Daarmee ontwikkelt zich jurisprudentie die mede bepalend zal zijn voor het goed (blijven) handelen van verzekeraars bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en in het bijzonder de uit die wet voortvloeiende verplichtingen.

De leden van de fractie van de PvdA lijken de mening toegedaan dat de rechtspositie van de verzekerde in het toekomstige systeem zwakker is dan in de Zfw. Immers, in een publiekrechtelijk stelsel rust op zorgverzekeraars immers nog de verplichting van een zorgvuldige voorbereiding en motivering.

Inderdaad is het zo dat zorgverzekeraars, die in een publiekrechtelijk stelsel bestuursorganen zouden zijn en uit dien hoofde onder de Awb zouden vallen, hun beschikkingen zorgvuldig zouden moeten voorbereiden en motiveren (artt. 3:2 en 3:46 tot en met 3:50 Awb). Maar dat wil niet zeggen dat in de Zorgverzekeringswet voorziene privaatrechtelijke zorgverzekeraars, die voor de uitvoering van de zorgverzekering geen bestuursorgaan zullen zijn, bij hun beslissingen onzorgvuldig kunnen zijn of af kunnen zien van het motiveren ervan. Immers, de bepalingen van het

BW zijn op de zorgverzekeringsovereenkomsten van toepassing. Artikel 6:2, eerste lid BW, leidt ertoe dat de partijen bij de zorgverzekeringsovereenkomst verplicht zijn zich jegens elkaar te gedragen overeenkomstig de eisen van redelijkheid en billijkheid. Dat betekent dat een zorgverzekeraar die een verzoek van een verzekerde onzorgvuldig afhandelt of ongemotiveerd afwijst, bij de onafhankelijke klachteninstantie waaraan de verzekeringnemer of verzekerde zijn verzekeringsgeschied kan voorleggen, weinig kans zal maken. Overigens loopt een zorgverzekeraar die zijn verzekerden onzorgvuldig behandelt, daarnaast natuurlijk het risico zijn verzekerden aan andere zorgverzekeraars te verliezen.

De leden van de PvdA vragen naar de effecten van ramingsfouten op de financiering. Wat gebeurt er met de nominale premie indien de werkgeversbijdrage op grond van een te optimistische raming te laag wordt vastgesteld?

De overheid zal jaarlijks een inschatting maken van de kostenstijging voor het komende jaar. De werkgeverspremie zal zodanig worden vastgesteld dat 50% van de geraamde macropremielast door werkgevers wordt opgebracht. Indien na afloop van het jaar mocht blijken dat de overheid die bijvoorbeeld 1% te laag heeft ingeschat, zal de werkgeversbijdrage voor het volgende jaar ceteris paribus op 50,5% van de dan te verwachten macropremielast worden vastgesteld. Op deze wijze wordt voorkomen dat afwijkingen tussen ramingen en realisaties ertoe leiden dat werkgevers over een reeks van jaren gemiddeld minder (of meer) dan 50% van de macropremielast opbrengen.

Indien op deze manier bewerkstelligd wordt dat de werkgeversbijdrage uiteindelijk altijd 50% van de kosten dekt, wordt automatisch de andere helft van de kosten via de nominale premie en de rijksbijdrage opgebracht. Uiteraard kan in enig jaar meer dan de helft van de kosten via deze weg gedekt worden, maar dit wordt een jaar later gecorrigeerd.

Indien zowel de overheid als de verzekeraars de kostenontwikkeling bijv. 1% te laag inschatten, leidt dit er toe dat de werkgeversbijdrage 49% van de kosten dekt en de rijksbijdrage en de nominale premie 50%. De resterende 1% van de kosten wordt dan via het exploitatieresultaat van verzekeraars gedekt. Omdat verzekeraars dit een jaar later vergoed krijgen via een hogere werkgeversbijdrage, worden nominale premie en rijksbijdrage verder niet beïnvloed.

Indien alleen VWS de kosten te laag inschat, zullen verzekeraars hun nominale premie hoger vaststellen dan waar VWS vanuit gaat. Een jaar later wordt dit dan gecorrigeerd, zodat de burger over een reeks van jaren uiteindelijk geen andere nominale premie betaalt dan zonder de ramingsfout het geval zou zijn geweest.

Bij de rijksbijdrage, waarmee 5% van de kinderprijzen wordt gedekt, geldt overigens geen nacalculatie. Dit betekent dat een ex ante te laag ingeschatte rijksbijdrage ertoe leidt dat de nominale premie door verzekeraars iets hoger moet worden vastgesteld. Gelet op het beperkte belang van deze financieringsbron, zullen ramingsfouten slechts een zeer beperkte invloed hebben op de nominale premie.

Verder vragen de leden van de PvdA naar de effecten van ramingsfouten op de zorgtoeslag. In dat verband is artikel 3, tweede lid, van de Wet op de zorgtoeslag van belang. Daarin wordt bepaald dat de minister van VWS in de maand april aan de hand van het CEP vaststelt of de standaardpremie afwijkt van het werkelijke gemiddelde van de premie. Indien hij een afwijking constateert van € 25 of meer, stelt hij de standaardpremie voor dat jaar opnieuw vast.

De leden van de GroenLinks-fractie vrezen dat een hoge nominale premie leidt tot een forse lastenverlichting voor hoge inkomens. Zij vragen hoe dit wordt voorkomen.

Bij bepaalde groepen burgers met hoge inkomens resulteren positieve effecten uit de introductie van de Zorgverzekeringswet en de bijbehorende compensatiemaatregelen. Die positieve effecten komen niet tot stand omdat de nominale premie zo hoog is, maar juist omdat de nominale premie voor hen lager kan zijn dan in het huidige stelsel. Het is ook zeker niet zo dat alle personen met een hoog inkomen er (fors) op vooruitgaan. Alleenstaanden zonder kinderen met een 2 x modaal inkomen of tweeverdieners met een relatief hoog inkomen ondergaan, zoals tabel 6 in de toelichting bij het wetsvoorstel aangeeft, juist een negatief inkomenseffect. Positieve effecten doen zich voor bij huishoudens met een hoog inkomen en kinderen (omdat de kinderpremie wegvalt) en bij paren met AOW en een hoger pensioen (omdat de premie van de huidige Wtz-polis fors is).

De voordelen voor huishoudens met een hoger inkomen en kinderen danwel paren met AOW en een hoger pensioen zijn moeilijk weg te nemen, omdat er geen specifieke maatregelen zijn die deze groepen treffen (en andere groepen ongemoeid laten).

De leden van de GroenLinks-fractie vragen ook hoe de jaarlijkse inschatting van de totale zorgkosten wordt gemaakt. De raming van de macrozorguitgaven komt net als nu tot stand op basis van inzichten van het ministerie van VWS, die weer mede zijn gebaseerd op informatie die het ministerie ontvangt van onder andere het CVZ. De raming van de nominale premie wordt net als nu opgesteld door het CPB. Op basis van die raming wordt in de eerste maanden van een jaar de zorgtoeslag uitgekeerd. Als de werkelijke nominale premies hoger blijken uit te vallen, wordt de zorgtoeslag aangepast, als de correctie meer dan € 25 op jaarbasis bedraagt.

De leden van de PvdA-fractie en van de fractie van de ChristenUnie vragen waarom niet is gekozen voor een grotendeels inkomensafhankelijke premie in plaats van een nominale premie. In de toelichting op de Zorgverzekeringswet is aangegeven waarom het kabinet heeft besloten tot introductie van een nominale premie voor iedere verzekerde vanaf 18 jaar. Een belangrijk aspect daarbij is dat de kosten van de zorg aldus beter zichtbaar worden voor burgers. Het hanteren van een inkomensafhankelijke premie is minder transparant en biedt niet het gewenste inzicht in de hoogte van de zorgkosten.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de onderbouwing en verwachte toekomstige ontwikkeling van de verdeling 50–45–5 tussen inkomensafhankelijke premie, nominale premie en rijksbijdrage. Verder vragen zij naar het criterium achter de 45% die aan nominale premies zal worden opgebracht. Het aandeel van 50% dat werkgevers gaan betalen, is bepaald in het Hoofdlijnenakkoord. Dit aandeel komt grosso modo overeen met het aandeel dat werkgevers onder het huidige stelsel betalen. De hoogte van de rijksbijdrage is bepaald op het aantal kinderen vermenigvuldigd met de helft van de geraamde nominale premie voor volwassenen. De verhouding tussen nominale premie en rijksbijdrage zal derhalve gaan verschuiven als er meer of minder kinderen komen.

De leden van de PvdA hebben gevraagd naar de grens voor de inkomensafhankelijke bijdrage. De grens voor de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet bedraagt op basis van de huidige ramingen € 30 798, de maximale inkomensafhankelijke bijdrage bedraagt derhalve € 1836 (5,96% x € 30 798). De grens voor de inkomensafhankelijke bijdrage is gelijk aan de geraamde premiegrens zoals die voor de Zfw zou zijn indien de Zfw niet zou worden vervangen door Zorgverzekeringswet. Deze leden vragen hoe de werkgeversbijdrage voor de Zorgverzekeringswet zich verhoudt tot de werkgeversbijdrage voor Zfw en particuliere verzekeringen. De ramingen voor de werkgeversbijdrage zijn voor de Zfw

gebaseerd op gegevens van het CPB. Hetzelfde geldt voor de opbrengst van de inkomensafhankelijke bijdrage. De bijdrage van de werkgevers voor particulier verzekerde werknemers is berekend door het aantal werknemers plus gezinsleden met een inkomen boven de loongrens Zfw te vermenigvuldigen met een gemiddelde werkgeversbijdrage. Uit onderzoek¹ is gebleken dat dit gemiddelde gelijk is aan de helft van de particuliere premie. De werkgeversbijdrage bedraagt in het nieuwe stelsel 50% van de premielast. Daarbij moet bedacht worden dat echte werkgevers circa 30% betalen en de overige 20% betaald wordt door mensen die zelf de werkgeversbijdrage betalen (bijvoorbeeld zelfstandigen en 65-plussers).

Deze leden vragen tevens naar de precieze bijdrage voor de afgelopen drie jaar. Een dergelijk overzicht is niet voorhanden.

De leden van de PvdA-fractie vragen om een vergelijking van de gemiddelde kosten die werkgevers maken voor werknemers in verschillende inkomensgroepen met de huidige en toekomstige regelgeving. Ook vragen de leden van de PvdA-fractie en de ChristenUnie-fractie een beoordeling van het verzoek om inspraak van werkgevers in uitvoering van de Zorgverzekeringswet.

De exacte berekeningen die gevraagd worden, kunnen niet voor alle groepen geleverd worden omdat de werkgeversvergoeding bij niet-ziektenfondsverzekerden in het huidige stelsel heel divers is. In hoofdlijnen kan wel een antwoord worden gegeven.

Voor werknemers met een ziekenfondsverzekering zal de werkgeversbijdrage dalen, van 6,75% naar 5,96%.

Voor werknemers met een particuliere verzekering is het beeld divers en afhankelijk van de samenstelling van het huishouden. Veel werkgevers geven niet alleen een nominale vergoeding voor de werknemer zelf, maar ook voor zijn (niet verdienende) partner en kinderen. Uitgaande van gemiddelden, is het beeld dat werkgevers meer zullen gaan betalen voor alleenstaande werknemers en minder voor een werknemer met een niet-verdienende partner en kinderen. Bij werknemers met alleen een niet-verdienende partner of alleen kinderen (en een partner met een ziekenfondsverzekering) blijft de werkgeversbijdrage gemiddeld genomen ongeveer gelijk.

Rekening houdend met het bovenstaande, blijven werkgevers macro grosso modo hetzelfde betalen als in het huidige stelsel.

Inspraak van de werkgevers bij de uitvoering van de wet kan uiteraard geen betrekking hebben op de kernelementen verzekeringsplicht, acceptatieplicht en wettelijk omschreven pakket. Deze zijn wettelijk vastgelegd ter wille van de rechtszekerheid van de justitiabelen. Mogelijkheden tot eigen invloed kan een werkgever vinden in de door de Zorgverzekeringswet voorziene optie voor collectieve contracten. In dat verband kunnen werkgevers voordelen behalen door in samenhang met de door de Zorgverzekeringswet geregelde ziektekostenverzekering arrangementen tot stand te brengen die strekken tot een effectieve bestrijding van verzuim arbeidsongeschiktheid.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de PvdA-fractie met betrekking tot de belasting- en premieheffing over de werkgeversbijdrage, merk ik op dat op dit punt in feite op macro-niveau de bestaande situatie wordt voortgezet. Immers, voor ziekenfondsverzekerden geldt dat de procentuele werkgeverspremie bij de werknemer belast wordt. En ook bij particulier verzekerden maakt een eventuele werkgeversbijdrage in de premiekosten deel uit van het belastbaar inkomen van de werknemer. Deze heffingen worden meegenomen in de berekening van de compensatie van de inkomenseffecten die samenhangen met de introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel.

¹ Stichting voor Economisch onderzoek der Universiteit van Amsterdam, Onderzoek werkgeversbijdrage particuliere ziektekostenverzekeringen, 2002.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoeveel bepaalde groepen aan inkomensafhankelijke premie gaan betalen. Zelfstandigen gaan 5,96% betalen van hun inkomen tot een maximum. Zowel dit premiepercentage als de premiegrens liggen in de buurt van de in de Zfw gebruikelijke bedragen. Uitkeringsgerechtigden en deeltijders betalen de inkomensafhankelijke bijdrage in naam, maar hoeven deze niet zelf te voldoen. AOW-ers gelden als hun eigen werkgever en betalen derhalve zelf de inkomensafhankelijke premie. Voor AOW-ers zonder aanvullend pensioen geldt echter dat via de netto-netto-koppeling hun inkomen zo wordt vastgesteld dat ze daar niets van merken. Alleen de premie over het aanvullend pensioen komt daadwerkelijk ten laste van deze groep. Dat is overigens in de huidige Zfw ook al het geval. Voor andere uitkeringsgerechtigden betaalt de uitkeringsinstantie in het algemeen de inkomensafhankelijke premie. Voor deeltijders wordt de inkomensafhankelijke premie betaald door de werkgever. Niet-werkende partners betalen geen inkomensafhankelijke premie omdat zij geen inkomen hebben.

De leden van de SGP fractie vragen naar de verhouding tussen nominale en procentuele premies in andere landen. Ieder land maakt bij de vormgeving van het zorgsysteem een eigen afweging, rekening houdend met eigen waarden, tradities en instituties. Veel Europese landen hebben hun inkomenssolidariteit vormgegeven via een inkomensafhankelijke premie. Daarbovenop gelden soms relatief hoge nominale eigen bijdragen als burgers hun zorg eenmaal ontvangen. Nederland kiest er voor om de inkomenssolidariteit deels via de fiscale route te realiseren, en deels via de zorgtoeslag. Overigens kent ook Zwitserland individuele nominale premies, van gemiddeld € 2200 in 2003. In landen buiten Europa komen nominale premies ook veelvuldig voor.

De leden van de SGP-fractie hebben de indruk dat door de verplichte werkgeversbijdrage de inkomensafhankelijkheid weer teniet wordt gedaan. Zij vragen waarom hiervoor is gekozen en of de zorgtoeslag uiteindelijk het enige onderdeel is dat echt inkomensafhankelijk werkt. De verplichte werkgeversbijdrage is gebaseerd op de burgerrechtelijke verantwoordelijkheid die werkgevers jegens hun werknemers dragen voor, onder andere de kosten van medische zorg die hun werknemers nodig hebben als gevolg van omstandigheden die voortvloeien uit de dienstbetrekking. Niet alleen in de huidige ziekenfondsverzekering komt die verantwoordelijkheid tot uitdrukking, maar ook in vrijwel alle CAO's, waarin is geregeld dat de werkgever bijdraagt in de kosten van de particuliere ziektekostenverzekering van zijn werknemers. Ook de SER heeft in zijn advies inzake het nieuwe zorgstelsel een werkgeversbijdrage voorgesteld ten einde te voorkomen dat groepen burgers door de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel er onbedoeld financieel op achteruit zouden gaan. Door de voorgestelde invulling van de werkgeversbijdrage blijven de inkomensgevolgen van de stelselwijziging beperkt en daarmee ook de kosten van de compensatiemaatregelen met betrekking tot de negatieve inkomenseffecten.

De verplichte bijdrage van werkgevers aan de inkomensafhankelijke premie van hun werknemers, doet geen afbreuk aan de inkomensafhankelijkheid van het nieuwe zorgstelsel. Net als het werkgeversdeel van de premie in de huidige ziekenfondsverzekering en de vergoeding van de werkgever voor de premie voor de particuliere ziektekostenverzekering, wordt de werkgeversbijdrage in het nieuwe zorgstelsel door de fiscus als loon aangemerkt waarover de werknemer loonbelasting verschuldigd is. Daar de bijdrage een percentage van het loon bedraagt, verschilt ook de hoogte van de tegemoetkoming en de daarover betaalde belasting. Bij een hoger inkomen betaalt de verzekerde meer belasting. Daarnaast is er ook een categorie verzekeringsplichtigen zoals 65-plussers met een aanvullend pensioen en zelfstandigen die geen tegemoetkoming in de

inkomensafhankelijke bijdrage ontvangen. De zorgtoeslag is inkomensafhankelijk maar heeft alleen betrekking op de gemiddelde nominale premie die aan de zorgverzekeraar wordt betaald.

De leden van de SGP-fractie vragen op welke begroting de rijksbijdrage voor kinderen komt en hoe die zich verhoudt tot de huidige rijksbijdrage-regelingen.

De rijksbijdrage ter financiering van de kinderpremies komt op de begroting van VWS te staan. In die zin is de rijksbijdrage voor kinderen vergelijkbaar met de huidige rijksbijdrage Zfw. Het verschil is dat de hoogte van de huidige rijksbijdrage ad hoc wordt bepaald, en de rijksbijdrage voor kinderen via een formule wordt berekend.

De leden van verschillende fracties hebben vragen gesteld over de werking van het vereveningssysteem in de Zorgverzekeringswet. Alvorens hieronder meer in detail op de gestelde vragen in te gaan, hecht ik eraan nog eens te onderstrepen dat het vereveningssysteem dat in de Zorgverzekeringswet zal worden toegepast gebaseerd is op het huidige, in de Zfw werkende vereveningssysteem. Dat huidige systeem functioneert naar volle tevredenheid. Er is derhalve grond voor de stelling dat het vereveningssysteem dat in de Zorgverzekeringswet toegepast gaat worden zijn deugdelijkheid in de praktijk reeds heeft bewezen.

De leden van de fractie van het CDA en van de fractie van GroenLinks vragen allereerst op welke wijze voor het vereveningsfonds informatie verzameld wordt en op welke schadekenmerken de verevening gebaseerd is.

De informatie ten behoeve van de risicoverevening wordt gedestilleerd uit een uitdraai van schadebestanden van zorgverzekeraars. Het gaat hierbij om informatie uit algemene declaratiegegevens – kosten per categorie van prestaties die onder de Zorgverzekeringswet vallen – en specifieke gegevens uit de declaraties van dbc's en een aantal specifieke geneesmiddelen ten behoeve van de vaststelling van de Diagnose Kosten groepen (DKG's) en de Farmacie Kosten Groepen (FKG's). Hierbij is het van cruciaal belang dat de informatie wordt vastgelegd op het niveau van de individuele verzekerde, en dat informatie beschikbaar moet zijn over achtergrondkenmerken als leeftijd, geslacht en postcode. Er moet immers een relatie gelegd kunnen worden tussen enerzijds de kosten en anderzijds de achtergrondkenmerken van een verzekerde.

Alleen de kenmerken die een indicator zijn voor gezondheid, komen in aanmerking als verdeelcriterium. Van deze kenmerken moet op objectieve wijze zijn aangetoond dat sprake is van een relatie met de waargenomen zorgkosten. Ik verwacht dat hierbij in 2006 in elk geval de volgende verzekerdenkenmerken van toepassing zijn: leeftijd; geslacht; FKG's (een gezondheidsvariabele gebaseerd op medicijngebruik in verleden); Diagnose Kosten groepen DKG's (een gezondheidsvariabele gebaseerd op het gebruik van ziekenhuiszorg in het verleden); regio (een combinatie van stedelijkheid, sociaal-economische indicatoren en aanwezigheid van het zorgaanbod) en ten slotte aard van het inkomen. Dit laatste kenmerk moet nog nader ingevuld worden. In tegenstelling tot bij de risicoverevening in de huidige Zfw kan hiervoor namelijk geen gebruik gemaakt worden van informatie bij verzekeraars, omdat inkomen in het kader van de Zorgverzekeringswet geen relevant criterium is voor de verzekeringsplicht.

Daarom zal gebruik gemaakt moeten worden van externe bronnen. Daarnaast stellen de leden van de fractie van het CDA de vraag hoe gewaarborgd wordt dat geen verevening plaats zal vinden tussen verzekeraars onderling, buiten het vereveningsfonds om. Mijn antwoord op deze vraag luidt dat dergelijk onderlinge afspraken in strijd zijn met de mededinging. De NMa ziet hierop toe.

Ten slotte vragen de leden van de fractie van het CDA zich af of de nacalculaties die gedaan worden op grond van tevoren vastgestelde criteria, voor ieder verzekeraar voldoende transparant zijn en hoe de komende 5 jaar de verschillende schadeniveaus tussen de drie stelsels verevend worden.

Mijn antwoord hierop is dat de ex post compensatiemechanismen inderdaad voldoende inzichtelijk zijn. Allereerst wordt namelijk per onderscheiden categorie van prestaties bij amvb vastgelegd welke ex post compensatiemechanismen mogelijk zijn. Voorts wordt jaarlijks, voorafgaand aan het moment van premievaststelling van verzekeraars, nader ingevuld in een ministeriële regeling in welke mate deze ex post compensatiemechanismen in een volgend jaar van toepassing zijn. In een jaarlijks bestuurlijk overleg met ZN zal ik hierover zoveel als mogelijk trachten afstemming te bereiken met zorgverzekeraars.

Wat betreft de verschillende schadeniveaus, meld ik u dat op dit moment duidelijke verschillen in kosten bestaan tussen de drie stelsels; ziekenfonds, privaatrechtelijk en publiekrechtelijk. Voor een niet onaanzienlijk deel hebben deze te maken met verschillende kenmerken van de stelsels (eigen risico's, verzekerd pakket e.d.) en met verschillen in verzekerdenkenmerken per stelsel. Zo kennen ziekenfondsen bijvoorbeeld een oudere populatie dan privaatrechtelijke verzekeraars, wat een deel van de kostenverschillen verklaart. Op het moment dat sprake is van één wettelijk omschreven pakket en binnen de risicoverevening rekening wordt gehouden met verschillen in verzekerdenpopulatie spelen de huidige verschillen in kosten op grond van genoemde redenen geen rol meer. Daardoor is het niet noodzakelijk nog een kenmerk te gebruiken dat de verschillen tussen de drie stelsels representeert. Alleen wanneer blijkt dat nog substantiële kostenverschillen overblijven als rekening wordt gehouden met pakketverschillen en verschillen in verzekerdenpopulatie, moeten wellicht nog aanvullende maatregelen genomen worden. In dat geval moet nader worden bezien in hoeverre door middel van ex post compensatiemechanismen aan de eventueel overblijvende kostenverschillen tegemoet moet worden gekomen. Streven is dat deze in elk geval korter dan vijf jaar zullen gelden.

De leden van de fractie van het CDA vragen of de regering haar mening deelt dat juist voor collectiviteiten van chronische zieken een efficiënte zorg met een hogere kwaliteit kan worden overeengekomen. Zij vragen of de risicoverevening zo zal werken, dat het aantrekkelijk is om goede dienstverlening te geven aan groepen chronisch zieken.

De regering deelt die mening. De risicoverevening zorgt ervoor dat voor chronische ziekten, die gepaard gaan met hoge kosten, een (gemiddeld) toereikende bijdrage wordt gegeven uit het zorgverzekeringsfonds.

Aangezien het hier om hoge kosten per verzekerde gaat zijn de besparingsmogelijkheden voor de verzekeraar groot als deze zich richt op een zo doelmatig mogelijke zorg voor deze groep verzekerden.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe het parlement betrokken wordt bij de vaststelling van de inhoud en de omvang van de verzekeringsaanspraken. De leden van de fracties van CDA en PvdA vragen mede in dit verband om toezending bij deze nota van de concept uitvoerings-amvb. Aan deze wens is voldaan, in die zin dat u hierbij een concept voor het «Besluit zorgverzekering» aantreft voor zover dit tot op de dag van vandaag is ontwikkeld. Dat betekent dat de hoofdlijnen van de verzekeringsaanspraken en van het vereveningssysteem zijn opgenomen maar dat daarin nog enige aanvullingen zullen worden aangebracht. Verder zal de amvb nog worden aangevuld met regels over de no-claimteruggave en enkele andere, beleidsmatig minder relevante aspecten. Het gaat hierbij om onderdelen zoals een regeling voor de beta-

ling van de kosten van medische zorg indien een verzekerde voor zijn werk in een land verblijft waarmee Nederland geen verdragsrelatie heeft. In antwoord op een verdere vraag van de leden van de PvdA-fractie merk ik op dat, zoals hiervoor gezegd, het concept voor het Besluit zorgverzekering de hoofdlijn van het vereveningssysteem bevat. Voorzien is dat de feitelijke vulling van dat systeem met de voor ieder afzonderlijk vereveningsjaar geldende cijfermatige gegevens in een ministeriële regeling worden opgenomen. Die gegevens worden in de ministeriële regeling opgenomen omdat zij van jaar tot jaar verschillend kunnen zijn, terwijl het vereveningssysteem als zodanig meer statisch is. Van deze regeling is op dit moment nog geen concept beschikbaar.

De leden van de fractie van het CDA vragen welke invloed de risico-verevening heeft op de concurrentie en op de kwaliteit van de dienstverlening. Zij vragen via benchmark de uitwerking van de verevening op deze punten te monitoren.

De risicoverevening zorgt voor een zo gelijk mogelijke uitgangspositie voor de verzekeraars, omdat kostenverschillen die voortkomen uit verschillen in gezondheidsrisico tussen hun verzekerdenportefeuilles worden gecompenseerd. Hierdoor kan de concurrentie zich richten op de doelmatigheid en kwaliteit van de ingekochte zorg of de uitvoering van de verzekering. Concurrentie gericht op selectie van goede risico's is immers niet lonend.

Het systeem van risicoverevening wordt elk jaar beoordeeld op zijn bijdrage aan de doelstellingen van het verzekeringsstelsel.

De leden van de fractie van de PvdA vragen wat de voornemens zijn op het gebied van de ex post verevening, welke grenzen worden gesteld en welke vergoedingen hiervoor gegeven worden. Tevens vragen zij om een vergelijking met de huidige Ziekenfondswet.

Mijn streven is deze ex post compensatie in zo kort mogelijke tijd af te bouwen. De ex post compensatiemechanismen zijn in de overgang noodzakelijk vanwege het gegeven dat het systeem van risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet een bredere doelgroep kent dan de huidige risicoverevening binnen de Zfw. Bovendien is tegelijkertijd met de invoering van de Zorgverzekeringswet sprake van allerlei veranderingen in de bekostiging van het zorgaanbod. Daarbij wordt ook de curatieve ggz overgeheveld van de AWBZ naar de standaardverzekering. Om de ex post compensatiemechanismen zo beperkt mogelijk in te kunnen zetten, worden in de overgangsfase binnen het risicovereveningsmodel de genoemde verschillende categorieën van prestaties onderscheiden.

In het Besluit zorgverzekering onderscheid ik met betrekking tot de vereveningssystematiek de volgende ex post compensatiemechanismen:

- *nacalculatie*: de bijstelling van het (normatieve) deelbedrag op basis van het verschil per zorgverzekeraar tussen kosten en het (normatieve) deelbedrag per onderscheiden categorie van prestaties. Nacalculatie wordt gebruikt om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de hoogte van de feitelijke kosten te beïnvloeden;
- *generieke verevening*: de bijstelling van het (normatieve) deelbedrag op basis van het verschil per zorgverzekeraar tussen kosten en het (normatieve) deelbedrag in relatie met de verschillen tussen de kosten en het deelbedrag bij andere zorgverzekeraars, per onderscheiden categorie van prestaties. Generieke verevening wordt gebruikt om mogelijke onvolkomenheden in de verdelende werking van het model te corrigeren;
- *hogekostencompensatie*, waarbij kosten voor een individuele verzekerde boven een drempelbedrag voor een bepaald percentage onderling worden verevend dan wel verrekend met het Zorgverzekeringsfonds. De hogekostencompensatie beoogt tegemoet te komen aan

kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van een ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars. Hierbij geldt dat als geprobeerd wordt alle individuele gevallen vooraf op te sporen en te compenseren, de complexiteit van het systeem van risicoverevening te veel toeneemt.

Op dit moment is nog onduidelijk in welke mate in 2006 bij inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet de ex post compensatiemechanismen ingezet moeten worden, aangezien bijvoorbeeld ook nog geen duidelijkheid bestaat over welke verschillen in kosten resulteren tussen voormalig ziekenfonds- en privaatrechtelijke en publiekrechtelijke verzekerden wanneer niet alleen rekening wordt gehouden met verschillen in samenstelling naar leeftijd en geslacht maar ook naar de aanwezigheid van chronische ziekten. Momenteel heb ik een uitgebreide studie lopen die meer helderheid moet bieden op dit punt. Daarnaast is het nog niet mogelijk het exacte afbouwtraject van de ex post compensatiemechanismen te schetsen, zeker daar dit afbouwtraject ook afhangt van de veranderingen in de bekostiging van het zorgaanbod die zijn voorzien voor de komende jaren. Bij ministeriële regeling wordt in elk geval jaarlijks nader vastgelegd in welke mate de ex post compensatiemechanismen worden ingezet.

Wat betreft de vergelijking met de Zfw meld ik u dat de genoemde ex post compensatiemechanismen op dit moment ook toegepast worden in de risicoverevening binnen de Zfw. Wellicht vindt in het eerste jaar van de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 meer compensatie achteraf plaats dan in de huidige situatie, vooral vanwege het feit dat de Zorgverzekeringswet een bredere doelgroep kent dan de Zfw door het samenvoegen van ziekenfonds-, particulier en publiekrechtelijke verzekerden en de overheveling van de curatieve ggz.

Ik verwacht dat op termijn de inzet van ex post compensatiemechanismen – wellicht met uitzondering van de HKV – volledig zal worden afgebouwd. Het verdeelmodel dat gehanteerd wordt in de risicoverevening is in Nederland zeer ver ontwikkeld – zeker als vergeleken wordt met andere landen. De reden dat in de Zfw nog steeds sprake is van ex post compensatiemechanismen, is dat momenteel sprake is van grote veranderingen in de bekostiging van het zorgaanbod met de invoering van DBC-financiering. Tegelijkertijd nemen door deze veranderingen in de bekostiging van het zorgaanbod de sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars toe en hiermee ook de noodzaak, en mogelijkheid, om financieel risico te lopen. Bij de afbouw van ex post compensatiemechanismen wordt een afweging gemaakt tussen deze ontwikkelingen met een tegengesteld effect.

Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie zich af of de totaal uitgekende hogekostenverevening per ziekenfonds sterk varieert en of er samenhang is met het aantal verzekerden.

Mijn antwoord luidt dat het effect van hogekostenverevening sterk varieert per ziekenfonds. De effecten zijn in het algemeen sterker bij kleinere ziekenfondsen. Dat komt omdat de kostenpatronen van kleinere ziekenfondsen meestal sterker afwijken van de gemiddelde kostenpatronen, vanwege de wet van de grote aantallen, in vergelijking met de kostenpatronen van de grotere ziekenfondsen.

Ik heb niet het gevraagde overzicht voor de jaren 2000–2003 bijgevoegd met hierin het totaal van de hogekostenverevening en het aantal verzekerden voor ieder ziekenfonds. Dit betreft namelijk bedrijfsgevoelige informatie die niet zomaar verspreid kan worden.

De leden van de PvdA-fractie vragen een vergelijking te maken tussen de voorspellende werking van de risicoverevening in Nederland met die van andere landen. Ze vragen welke lessen de Minister hier uit trekt.

Al enige jaren bestaat er op wetenschappelijk niveau een gestructureerd overleg tussen 5 landen die, vanuit een vergelijkbaar zorgstelsel, werken

met vormen van risicoverevening. Naast Nederland zijn België, Duitsland, Zwitserland en Israël betrokken.

Uit de vergelijking met deze landen blijkt dat het vereveningssysteem, zoals dat in Nederland is ontwikkeld voor de ziekenfondsen, een goede basis biedt voor een raming van verschillen in zorgkosten tussen groepen verzekerden. De schattingsmethode is zodanig ontwikkeld dat een betrouwbare voorspelling gemaakt kan worden van de kosten op ziekenfondsniveau. De methode vormt een goede basis voor risicoverevening in het kader van de Zorgverzekeringswet. Ten opzichte van de andere 4 landen is het Nederlandse systeem duidelijk het verst ontwikkeld en het kent dan ook de hoogste verklaringskracht.

Bij de vraag van de leden van de PvdA-fractie of ik een inschatting kan maken van de verklarende variantie als gevolg van verschillen in risico-profielen op basis van het model, wil ik aanhaken bij een studie die de Erasmus Universiteit Rotterdam onlangs voor mij heeft uitgevoerd. Hierbij is op basis van kostencijfers op individueel niveau uit 2001 nagegaan wat de spreiding is in ziektekosten tussen individuen en in welke mate deze spreiding wordt opgepakt door het verdeelmodel dat gehanteerd wordt binnen de Zfw. Genoemd verdeelmodel lijkt op hoofdlijnen op het verdeelmodel dat voor de risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet zal worden gehanteerd.

Uit deze studie komt naar voren dat sprake is van een extreem scheve verdeling van zorgkosten tussen individuen: een kleine groep verzekerden is verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de kosten. Door rekening te houden met kenmerken als leeftijd, geslacht, FKG's, DKG's, verzekeringsgrond en regio kan 20% van de variantie op individuniveau worden verklaard. Dit lijkt weinig, maar dit komt doordat de zorgkosten van een individu onderhevig zijn aan een aanzienlijke toevalsfluctuatie (stochastiek). Wordt op het groepsniveau gekeken, dan is sprake van een veel grotere verklaring van kostenverschillen door het verdeelmodel. Zo bedraagt bijvoorbeeld het verschil in gemiddelde kosten per verzekerde € 600 à 700 tussen het ziekenfonds dat het goedkoopste en het ziekenfonds dat het duurste uit is. Als rekening wordt gehouden met verschillen in verzekerdenkenmerken, loopt dit terug tot ongeveer € 100.

Opvallend is nog dat, als in het verdeelmodel ook sprake is van toepassing van hogekostenverevening, waarbij in de studie uitgegaan is van het poolen van 90% van de kosten van een verzekerde die uitgaan boven de € 12 500 conform de waarden die momenteel gelden binnen de ziekenfondsverzekering, een reductie van de variantie op individuniveau van zo'n 75% optreedt. Dit geeft aan welk een krachtig mechanisme de hogekostenverevening is voor het in het verdeelmodel opvangen van extreme kosten op individueel niveau. Dit is vooral voor de kleine verzekeraars belangrijk.

Tevens vragen de leden van de PvdA-fractie of ik van plan ben regelmatig te evalueren en te monitoren, en zo ja, op welke wijze?

Onder de Zfw werd elk jaar een evaluatierapport verstrekkingen-budgettering opgesteld door het CVZ. Hierin wordt onder meer aandacht besteed aan de kwaliteit van de verdelende werking van het verdeelmodel. Mijn voornemen is om dit voort te zetten voor de Zorgverzekeringswet. Daarnaast wordt regelmatig periodiek overleg gevoerd met het veld, bijvoorbeeld in het kader van het onderhoud van het model. Tijdens deze overlegmomenten worden regelmatig signalen opgepikt die leiden tot aanpassing en verfijning van het model. Binnen de Zorgverzekeringswet wil ik, nog meer systematisch dan nu al gebeurt, evalueren in hoeverre het systeem van risicoverevening de beoogde doelstellingen behaalt: het tegengaan van risicoselectie – en hiermee het bewaken van de toegankelijkheid van de standaardverzekering – en het bieden van een gelijk speelveld op grond waarvan concurrentie tussen zorgverzekeraars kan plaatsvinden.

Ten slotte vragen de leden van de PvdA-fractie zich af welke oplossingen mogelijk zijn indien blijkt dat het vereveningsfonds de prikkels voor risicoselectie niet voldoende afdekt.

Aan het vereveningsmodel kan – en zal – voortdurend onderhoud plaatsvinden om te waarborgen dat met het model de beoogde doelstellingen worden behaald. Vanuit de jarenlange ervaring met risicoverevening in het kader van de Zfw is ook een structuur gegroeid om signalen over modelimperfecties op te pakken en op zo kort mogelijke termijn te repareren. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het toevoegen van indicatoren voor chronische ziekten door middel van extra FKG's en DKG's, verfijning van het regiocriterium en het indien noodzakelijk toevoegen van geheel nieuwe verdeelcriteria.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar een vergelijking van het vereveningsfonds met het gemeentefonds. Zij vragen of er parallellen te trekken zijn, en zo ja welke deze zijn. Verder vragen zij welke lessen ik trek uit de ervaringen met aanpassingen en verfijningen van het gemeentefonds.

Parallel is dat in beide fondsen op basis van objectieve factoren middelen (aan respectievelijk zorgverzekeraars en gemeenten) worden verdeeld. De les die ik uit de aanpassingen en verfijningen van het gemeentefonds trek, is dat er altijd partijen zijn die redenen zullen aanvoeren waarom de uitkomst voor de ene partij te gunstig en voor de andere partij te ongunstig is. Steeds zal de afweging moeten worden gemaakt of de aanpassingen en verfijningen ook echt verbeteringen zijn. Onmiskenbaar is echter dat de verdeling moet aansluiten bij de dynamiek in de kosten en het daarvoor het steeds nodig zal de verdeelsystematiek aan te passen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de privacy van de verzekerde wordt beschermd bij de uitvoering van de risicoverevening en wie de database beheert.

Bij het antwoord op deze vraag wil ik onderscheid maken tussen twee soorten van gegevens die relevant zijn in het kader van de uitvoering van de risicoverevening.

Allereerst gaat het om gegevens op individueel niveau die gebruikt worden om de relatie tussen de verdeelkenmerken en de kosten per verzekerde te bepalen. Deze relatie is de basis voor de gewichten die in het verdeelmodel van de risicoverevening worden gehanteerd. Het beheer van deze gegevens is binnen de Zorgverzekeringswet belegd bij het CVZ. In de aanloop tot de Zorgverzekeringswet wordt gebruikt gemaakt van (onderzoeks)gegevens van verzekeraars beschikbaar bij Vektis. Deze gegevens worden alleen door onderzoeksbureaus gebruikt, die gebonden zijn aan strenge zorgvuldigheidseisen. Het gebruik van deze gegevens, die privacygevoelig kunnen zijn, is door ZN aangemeld bij het CBP. In de tweede plaats moeten verzekeraars aan het CVZ informatie verschaffen over het aantal verzekerden met bepaalde kenmerken. Het gaat hierbij om geaggregeerde informatie. Door de aggregatie kennen deze gegevens geen privacy-gevoelig karakter meer.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen zich af wat mijn reactie is op de stelling van de Raad van State dat publieke verantwoording noodzakelijk is om periodiek het vereveningsmodel te kunnen herijken.

Ik onderschrijf deze stelling, en hierin wordt ook voorzien binnen het systeem van risicoverevening. Hierbij is relevant dat – zeker in de eerste jaren van de Zorgverzekeringswet – sprake is van verschillende categorieën van prestaties met elk een apart traject van ex post compensatiemechanismen en aparte formules waarmee wordt weergegeven wat het normatieve deelbedrag per categorie van prestaties is. (Een voorbeeld van een categorie van prestaties is de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, dat betreft verblijf, verpleging en verzorging, voor zover deze prestaties

voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen.) Voor het toepassen van de ex post compensatiemechanismen moeten zorgverzekeraars bij het CVZ melden hoeveel zij uitgeven per categorie van prestaties. Voorts dienen zorgverzekeraars voor het vaststellen van de gewichten die gehanteerd worden in de formules die ten grondslag liggen aan de risicoverevening, ook gedetailleerde informatie te verschaffen over welke kosten zij maken per categorie van prestatie (zie ook het antwoord eerder in deze nota).

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de fractie van Groen-Links naar de persoonskenmerken die in aanmerking komen voor de risicoverevening, verwijs ik naar mijn eerdere antwoord.

De leden van de fractie van het CDA vragen of de regering haar mening deelt dat juist voor collectiviteiten van chronische zieken een efficiënte zorg met een hogere kwaliteit kan worden overeengekomen. Zij vragen of de risicoverevening zo zal werken, dat het aantrekkelijk is om goede dienstverlening te geven aan groepen chronisch zieken.

De regering deelt die mening. De risicoverevening zorgt ervoor dat voor chronische ziekten, die gepaard gaan met hoge kosten, een (gemiddeld) toereikende bijdrage wordt gegeven uit het zorgverzekeringsfonds.

Aangezien het hier om hoge kosten per verzekerde gaat zijn de besparingsmogelijkheden voor de verzekeraar groot als deze zich richt op een zo doelmatig mogelijke zorg voor deze groep verzekerden.

De leden van de fractie van het CDA zien de balansvoorschriften van de DNB/PVK ook als een risicovereveningsmechanisme. Zij willen weten welke criteria de DNB/PVK aanvullend op het zorgverzekeringsfonds zal hanteren om de omvang van voorzieningen te bepalen. Zij willen een inhoudelijke uiteenzetting op basis van een leeftijdsopbouw die afwijkt van een gemiddeld verzekerdenbestand.

Ik ben het eens met deze leden dat de balansvoorschriften van de DNB/PVK gezien kunnen worden als een risicovereveningsmechanisme. Voor de meeste verzekeringen, waarbij acceptatie niet is voorgeschreven en premiedifferentiatie is toegestaan, zal dat ook toereikend zijn.

In dit wetsvoorstel voor de zorgsector ligt dat anders.

De DNB/PVK concludeert dat zorgverzekeraars kunnen volstaan met een reserve die het risico op insolventie afdekt. Dit is mogelijk omdat het in de zorg gehanteerde systeem van risicoverevening de risico's die voortvloeien uit gezondheidsverschillen, afdekt. Omdat leeftijd één van de criteria is voor het risico op zorgkosten, worden verschillen tussen populaties bij verzekeraars die betrekking hebben op leeftijd, in de risicoverevening gecompenseerd. Over het algemeen heeft een oudere populatie meer kans op zorgkosten dan een jongere.

De vormgeving van het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet wordt thans nader geconcretiseerd. De toezichthouder zal nauwlettend moeten volgen of de zorgverzekeraars de wettelijke verplichtingen die de publieke belangen borgen, zoals de acceptatieplicht en in het verlengde daarvan het verbod op (indirecte) risicoselectie, nakomen. Evenals bij het toezicht op de Zfw het geval is, zullen voor het toezicht op de Zorgverzekeringswet prestatie-indicatoren worden ontwikkeld. Een slechte score op deze prestatie-indicatoren is voor de toezichthouder aanleiding om bij een zorgverzekeraar nader onderzoek te verrichten. Dit nadere onderzoek zou kunnen bestaan uit het houden van een steekproef en het consulteren van verzekerden.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of in de prestatiebeoordeling van zorgverzekeraars ook moet worden opgenomen in welke mate de geleverde zorg daadwerkelijk aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt. Ook vragen zij naar de ontwikkelingen op dit moment met betrekking tot het opstellen van goede prestatie-indicatoren.

Ook ik ben van mening dat de prestatie van de zorgverzekeraar eruit moet bestaan dat de verzekerde de zorg krijgt – of de vergoeding ervan – die hij echt nodig heeft. De zorglevering moet niet minder zijn dan de behoefte van de patiënt, tegelijk moet deze ook niet meer zijn. Het is niet juist alleen uit te gaan van wat de patiënt wil, en daar de zorgprestatie aan te liëren. Afstemming van de zorg op de behoefte is daarom een zaak van zorgverlener en patiënt, en vormt een van de kwaliteitsaspecten uit de kwaliteitswetgeving. Ook de zorgverzekeraar is gebonden aan de kwaliteitswetgeving. Hij kan niet met zorgaanbieders in zee gaan die geen waarborgen kunnen bieden voor de kwaliteit van de te verlenen zorg. Hij krijgt ofwel last met de IGZ die bij een dergelijke zorgaanbieder aan de beltrekt, of rechtstreeks van verzekerden die steeds meer oog krijgen voor het kwaliteitsniveau van het zorgaanbod en die kwaliteit van zorg leidend laten zijn voor hun keuze voor een zorgverzekeraar.

Op dit moment maken kwaliteitsafspraken van ziekenfondsen met zorgaanbieders deel uit van het geheel aan prestatie-indicatoren die het CTZ heeft ontwikkeld voor de beoordeling van de ziekenfondsen. Het CTZ heeft dit systeem ook op de uitvoering van de ziekenfondsen in 2003 toegepast. Deze prestatie-indicatoren moeten worden aangepast aan de nieuwe verantwoordelijkheden van de Zorgverzekeringswet. Dit zal in 2005 gebeuren.

Het is niet zeker dat 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 Minister 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.

Het kabinet onderschrijft de wens van de leden van de ChristenUnie-fractie om de wet die voorziet in de oprichting van de Zorgautoriteit en de regeling van de onderscheiden vormen van toezicht op verzekeraars en zorgaanbieders, tegelijk met de Zorgverzekeringswet in werking te laten treden. Dit laat onverlet dat het voor een verantwoorde invoering van de Zorgverzekeringswet niet nodig is dat de wet die voorziet in de oprichting van de Zorgautoriteit gelijktijdig van kracht wordt. Datgene wat voor een verantwoorde invoering van de Zorgverzekeringswet noodzakelijk is, staat immers al in deze wet en in andere bestaande wetten. Voor een verdere liberalisering van deelmarkten in de zorgsector is de wet die de instelling van de Zorgautoriteit regelt, wel van belang. Ik zal dan ook niet tot verdere liberalisering overgaan voor de Zorgautoriteit bestaat.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de samenhang van de aanpak bij geschillen is 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 Zorgverzekeringswet legt de verzekeraars de verplichting op deel te nemen in een onafhankelijke geschillenregeling. ZN heeft medegedeeld een dergelijke geschillencommissie geheel naar de richtlijnen daaromtrent van de minister van Economische Zaken te zullen inrichten. Daarmee ontstaat een geschillencommissie zoals er thans vele bestaan. Daarmee zal het voor deze geschillenregeling niet lastiger worden dan voor de al bestaande om aan te sluiten bij de voornemens van het Ministerie van Economische zaken en van Financiën om te komen tot één toezichthouder voor consumentengeschillen.

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

Het CVZ heeft in de Zorgverzekeringswet drie hoofdtaken: pakketbeheer, financiering en fondsbeheer. De taken en bevoegdheden rond het pakketbeheer staan in paragraaf 6.2 van de Zorgverzekeringswet (in het bijzonder de artikelen 64, 65 en 66). De financiering- en fondsbeheertaken zijn geregeld in de paragrafen 4.2 (artikel 32) over de uitvoering van de vereveningsregeling en 5.1 (in het bijzonder artikel 40) over het beheer en de administratie van het Zorgverzekeringsfonds. Gelet op de laatste twee taken, heeft het CVZ de bevoegdheid in overeenstemming met het CTZ, regels te stellen met betrekking tot de administratie van zorgverzekeraars en de informatie die zorgverzekeraars aan het college moeten verstrekken (artikelen 83, eerste lid, en 89, eerste lid).

Daarnaast heeft het CVZ nog enkele specifieke uitvoeringstaken, zoals subsidieverstrekking (artikel 68) en de uitvoering van de regeling voor in het buitenland wonende niet-verzekerden (artikel 69).

Overigens behoort toezicht op de zorgverzekeraars niet tot het takenpakket van het CVZ. Dat is een taak van het CTZ c.q. de toekomstige Zorgautoriteit (zie de brief van 10 september 2004 (Kamerstukken II 2003/04, 29 324, nr. 3).

De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen gesteld over de vermogenspositie van de zorgverzekeraars en het toezicht daarop. Zij vragen zich onder meer af of daarin wijzigingen gaan optreden en hoe het staat met de vermogensposities van de nieuwe verzekeraars. Deze vragen hebben betrekking op het prudentieel toezicht zoals dat nu geregeld is in de Wtv 1993 en binnenkort in de Wet financieel toezicht (Wft) van de Minister van Financiën.

Het toezicht op de solvabiliteit van de ziektekostenverzekeraars ligt, net als nu, ook na invoering van de Zorgverzekeringswet bij DNB/PVK. DNB/PVK geeft ook de vergunning af voor het uitoefenen van het verzekeringsbedrijf in de branches ongevallen en ziekte. DNB/PVK ziet er vervolgens op toe dat de verzekeraars voldoen aan de in de Wft te stellen eisen inzake de solvabiliteit, toereikende technische voorzieningen, de integriteit en vakbekwaamheid van bestuurders en directie en de administratieve organisatie. De eisen die de Wft stelt zijn in overeenstemming met het terzake in het kader van de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf bepaalde. Er komt de facto geen wijziging in het zogenoemde prudentieel toezicht op verzekeraars zoals de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars dat thans kennen. Wel staat vast dat de solvabiliteitseisen voor de zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel lager zullen zijn dan de eisen die DNB/PVK thans stelt aan de particuliere ziektekostenverzekeraars. Naar verwachting zal het thans voor de ziekenfondsverzekering geldende percentage in aanvang ook gelden voor de zorgverzekering. Dat komt omdat een deel van het risico van verzekeraars wordt gecompenseerd door het risicovereveningsmodel. Het is het kabinet en DNB/PVK bekend dat in 2003 een aantal zorgverzekeraars reeds onder- dan wel zwak gekapitaliseerd is (dekking 100–150%) op basis van de huidige eisen uit de Zfw. Uitgangspunt ook voor het kabinet is dat de uitvoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 in principe dient te geschieden door verzekeraars die voldoen aan de terzake in de wet gestelde eisen ten aanzien van de minimaal vereiste solvabiliteit dan wel kunnen aantonen daaraan binnen afzienbare tijd te kunnen voldoen. In overleg met de minister van Financiën en DNB/PVK werk ik dan ook aan het bereiken van een dergelijke situatie.

VI. Grensoverschrijdende zorg

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het verzekeringsstelsel zal zijn voor mensen met een vrijwillige AWBZ-verzekering.

De vrijwillige AWBZ is in het leven geroepen omdat particulier verzekerden niet onder de bescherming vallen van de EU-socialezekerheids-

verordening (Verordening 1408/71) en de door Nederland met andere staten gesloten socialezekerheidsverdragen. Met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet zal aan die situatie een einde komen omdat dan iedere verzekerde ingevolge de Zorgverzekeringswet onder de bescherming van de Verordening of de verdragen valt. De vrijwillige AWBZ zal dan worden afgeschaft. Omdat op grond van de Verordening of de verdragen de zorgverlening in het verdragsland geschiedt volgens de wetgeving van dat land, kunnen er verschillen ontstaan met de huidige dekking ingevolge de vrijwillige AWBZ. Om te voorkomen dat problemen ontstaan voor mensen die bij de intrekking van de vrijwillige AWBZ al zorg ingevolge die verzekering ontvangen, wordt een overgangsregeling getroffen die erin zal voorzien dat zij ten laste van de vrijwillige AWBZ aangevangen zorg (of een uit medisch oogpunt daaruit voortvloeiende vervolg behandeling) kunnen afmaken. Voor een meer gedetailleerde uiteenzetting verwijs ik naar de antwoorden op de vragen van Uw Kamer omtrent de uitbreiding van de vrijwillige AWBZ die ik onlangs aan Uw Kamer zond (Brief van 3 november 2004, DBO-CB-U-2 491 144).

In vervolg op de vragen van de aan het woord zijnde leden meld ik dat de verzekeringsplicht ingevolge de Zorgverzekeringswet bij mensen die in een ander land wonen of in een ander land werken, wordt vastgesteld op grond van de regels voor de toepasselijke wetgeving die in de Europese socialezekerheidsverordening of in door Nederland met andere staten gesloten sociale zekerheidsverdragen zijn opgenomen. Globaal komt dat erop neer dat de wetgeving van toepassing is van het land waar iemand werkt. Wanneer iemand in twee landen werkt en in een daarvan woont dan is de wetgeving van het woonland van toepassing. In het kader van die verdragssystematiek wordt ook vastgesteld of iemand werknemer is, zelfstandige, uitkeringsgerechtigde of gezinslid.

Die systematiek is niet nieuw en vloeit ook niet voort uit de Zorgverzekeringswet. Zij is opgenomen in de Verordening en de verdragen en wordt al sinds jaar en dag toegepast op ziekenfondsverzekerden. Uit de Zorgverzekeringswet vloeit wel voort dat straks veel meer Nederlanders dan bij hun ziektekostenverzekering met de toepassing van de Verordening of de verdragen te maken gaan krijgen.

Volgens de systematiek van de Europese socialezekerheidsverordening of de socialezekerheidsverdragen wordt de zorg die iemand krijgt, verleend volgens de wettelijke regeling van het zorgverlenende land. Indien Nederland het zorgverlenende land is, ontstaat straks de complicatie dat de wettelijke regeling meerdere zorgverzekeringsvarianten kent. Zo moet er een keuze worden gemaakt uit natura of restitutie en wel of niet een vrijwillig eigen risico.

Met de verdragspartners zullen afspraken gemaakt moeten worden welke van de mogelijke zorgverzekeringsvarianten op hun verzekerden van toepassing moet zijn wil die zorg in aanmerking komen voor vergoeding door de sociale ziektekostenverzekering van de verdragspartner. Onmiddellijk nadat de Tweede Kamer zich over de Zorgverzekeringswet heeft uitgesproken en de vormgeving van die wet daarmee is komen vast te staan, zullen met de verdragspartners besprekingen worden geopend waarbij – onder meer – dit aspect van het nieuwe Nederlandse verzekeringsstelsel geregeld moet gaan worden.

Min of meer een spiegelbeeldsituatie doet zich voor bij Nederlandse verzekerden die in het buitenland wonen. De zorg die zij daar krijgen is die overeenkomstig het pakket van hun woonland. De omvang daarvan is eenduidig, omdat geen enkel verdragsland de keuzesituatie kent zoals die met de Zorgverzekeringswet in Nederland wordt ingevoerd. Die verzekerden moeten echter wel kiezen voor de verzekeringsvariant die zij in Nederland nemen. Zoals de leden van de CDA-fractie terecht zien, zijn

deze mensen tamelijk bevoordeeld. Omdat zij niet in het werkgebied van enige zorgverzekeraar wonen, mogen zij kiezen uit alle door de Nederlandse zorgverzekeraars gevoerde polissen. Dat de verzekerden die in Nederland wonen een nadeliger positie hebben dan de verzekerden die in het buitenland wonen, is vanuit Europeesrechtelijk perspectief niet problematisch. In dat verband wordt namelijk uitsluitend gekeken naar grensoverschrijdende aspecten. Met andere woorden, in andere EU-lidstaten wonende Zorgverzekeringwet-verzekerden mogen niet worden achtergesteld bij in Nederland wonende Zorgverzekeringwet-verzekerden. Die in Nederland wonende Zorgverzekeringwet-verzekerden mogen wel worden achtergesteld bij de Zorgverzekeringwet-verzekerden die in een andere EU-lidstaat wonen, mits de in Nederland wonende EU-onderdanen die Zorgverzekeringwet-verzekerd zijn gelijk behandeld worden als in Nederland wonende Nederlanders die Zorgverzekeringwet-verzekerd zijn.

Naar aanleiding van de vraag die de leden van de CDA-fractie hierover stellen, kan worden geantwoord dat de nieuwe Nederlandse verzekerings-systematiek met zich brengt dat de ene verzekerde voor bepaalde zorg een eigen risico verschuldigd is terwijl de andere verzekerde dat eigen risico niet verschuldigd is. Dat verschil kan ook optreden wanneer een buitenlandse verzekerde in Nederland zorg gaat ontvangen op de wijze zoals met zijn verzekeringsland is overeengekomen. De hiervoor geschetste verdragssystematiek brengt met zich dat het kan voorkomen dat een Nederlandse verzekerde in Nederland een eigen betaling verschuldigd is terwijl hij diezelfde zorg in een verdragsland zonder eigen betaling kan ontvangen. Dat is, zoals gezegd, niet nieuw. Die situatie geldt al voor ziekenfondsverzekerden zij het dat tot op heden de situatie doorgaans zo is dat in Nederland aanmerkelijk minder eigen betalingen verschuldigd zijn dan bij onze verdragspartners.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om over de grens zorg te contracteren. Evenals die situatie bestaat onder de huidige Zfw en AWBZ, welke verzekeringen een contracteersysteem kennen, zal het onder de Zorgverzekeringwet mogelijk zijn dat zorgverzekeraars die een zorgverzekering met gecontracteerde zorg aanbieden, die zorg over de grens contracteren. Verzekerden van die zorgverzekeraar kunnen zonder voorafgaande toestemming zorg inroepen bij die buitenlandse zorgaanbieders omdat dit de «eigen» contractpartners van hun zorgverzekeraar zijn.

Op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de mogelijkheid voor buitenlandse zorgaanbieders om in Nederland zorg aan te bieden kan ik antwoorden dat die mogelijkheid al bestaat onder het bestaande verzekeringsstelsel. Dat is een gevolg van de binnen de Europese Unie geldende regels voor vrijheid van dienstverlening. De inwerkingtreding van de Zorgverzekeringwet zal aan die situatie niets veranderen.

VII. Transparantie in het verzekeringsstelsel

De leden van de ChristenUnie-, de PvdA- en de VVD-fractie stellen vragen over initiatieven voor het aanbieden van informatie aan de burgers, opdat zij weloverwogen een zorgverzekering kunnen kiezen. Tevens vragen zij naar de afstemming tussen en de toegankelijkheid van deze initiatieven. Met subsidie ontwikkelt de Consumentenbond de «Report Card Zorgverzekeraars». Deze keuzegids levert bruikbare informatie voor de burger. Om de administratieve-lastendruk voor zorgverzekeraars te beperken, maakt dit initiatief zoveel mogelijk gebruik van bestaande, openbare informatie. Ik zorg ervoor dat deze informatie beschikbaar komt op een portalwebsite

voor burgers. Een eerste stap is dat eind dit jaar keuze-informatie over zorgverzekeraars, ziekenhuizen en prijzen van geneesmiddelen beschikbaar komt. De portalwebsite zal gaan fungeren als één adres waar de burger goede en betrouwbare keuze-informatie kan vinden over zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het RIVM start deze portalwebsite. De leveranciers van informatie zijn verantwoordelijk voor de inhoud van de informatie. De portalwebsite zal zich in haar opzet richten op vragen van burgers over zorg en gezondheid. Het RIVM zorgt ervoor dat de informatie eenvoudig geprint en meegegeven kan worden door bijvoorbeeld een ouderenadviseur of een familielid met een internetaansluiting. Daarnaast wordt eind 2005 gezien of de dienstverlening voor burgers vanaf 2006 kan worden uitgebreid met een telefoonlijn en met bestaande fysieke loketten van gemeenten en bibliotheken.

VIII. Gegevensuitwisseling

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af welke voornemens de minister 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.

De Zorgverzekeringswet kent een aantal bepalingen waarmee de diverse partijen die bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet betrokken zijn, van informatie kunnen worden voorzien. Om zoveel mogelijk te voorkomen dat meerdere partijen dezelfde informatie bij partijen opvragen, vindt in overleg met de betrokken uitvoeringsorganen en toezichthouders een inventarisatie plaats van de informatievraag richting verzekeraars. Uitgangspunt daarbij is dat de informatievraag wordt beperkt tot datgene wat absoluut noodzakelijk is, en dat dubbele gegevensvraag waar mogelijk vermeden wordt. Streven is om gegevens slechts éénmalig op te vragen en vervolgens waar nodig voor meerdere doeleinden te gebruiken. Daarbij is het bevorderen van elektronische gegevensuitwisseling binnen de sector en met andere sectoren van groot belang. In dat kader heb ik het CVZ recent gevraagd om in nauw overleg met alle betrokken partijen de regie te nemen bij het gebruik van de elektronische infrastructuur waarlangs gegevens uitgewisseld dienen te worden.

IX. Financiële sturingsmogelijkheden

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

In de Zorgverzekeringswet is niet de prijsvorming opgenomen, net zomin als dat nu in de Zfw het geval is. De Wtg is de wet waarin de mogelijkheden op gebied van tariefmaatregelen zijn opgenomen. In mijn brief van 10 september 2004 (Kamerstukken II 2003/04, 29 324, nr. 3) over de Zorgautoriteit schreef ik ernaar te streven de Wmg op 1 januari 2006 in werking te laten treden. Deze wet zal de Wtg vervangen, en zal ook op het element «tariefmaatregelen» ingaan. Laatstgenoemd wetsvoorstel zal naar verwachting begin 2005 aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

X. De financiële gevolgen

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoeveel opbrengsten ik van de voorgestelde herziening van het verzekeringsstelsel verwacht, hoe deze opbrengsten zich over de tijd ontwikkelen en hoe ik de extra kosten van het systeem inschat. Extra kosten verwachten deze leden op het gebied van solvabiliteitsvereisten, marketing, rente en zoekgedrag. De invoering van een nieuw verzekeringsstelsel zoals nu voorgesteld, laat zich niet benaderen met een kosten-baten analyse waarbij enerzijds de lasten en anderzijds de opbrengsten nauwkeurig in beeld worden

gebracht. Aan de orde is dat het huidige verzekeringssysteem onvoldoende prikkels in zich heeft om de financiële toegankelijkheid tot de zorg voor de Nederlandse burger nu, en in de toekomst veilig te stellen. Het kabinet biedt daarvoor een alternatief dat in andere sectoren van het maatschappelijk verkeer bewezen heeft efficiënt en klantgericht te kunnen functioneren. Dit blijkt onder meer ook uit het onderzoek dat Peter Bakker¹ heeft ingesteld naar de ziekenhuissector. Daarbij is geconstateerd dat er veel doelmatigheidswinst te behalen is. De keuze is derhalve, doorgaan in een steeds verder vermolmend bestaand systeem, of kiezen voor een nieuw systeem dat er toe aanzet binnen de gegeven omstandigheden met de beschikbare middelen zoveel mogelijk zorg van goede kwaliteit voor de verzekerden beschikbaar te maken.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de ontwikkeling van de uitvoeringskosten als percentage van het geheel. De leden vragen een vergelijking met de huidige uitvoeringskosten bij zorgverzekeraars en particuliere verzekeraars.

In het huidige stelsel kennen zowel ziekenfondsen als particuliere verzekeraars uitvoeringskosten van circa € 0,5 miljard; totaal circa € 1 miljard. In het regeerakkoord is verwerkt dat door de stelselherziening de uitvoeringskosten zullen dalen met € 0,1 miljard tot circa € 0,9 miljard. Uitgaande van € 27,7 miljard voor de totale Zorgverzekeringswet betekent € 1 miljard een percentage van 3,60 en € 0,9 miljard een percentage van 3,25.

De leden van de VVD-fractie vragen een reactie op de overweging dat de premies van het nieuwe verzekeringssysteem de eerste jaren als gevolg van invoeringskosten zullen stijgen, terwijl de kostenbesparingen als gevolg van liberalisering van de zorgmarkt pas in latere jaren gerealiseerd zullen worden. Tevens vragen de leden van de VVD-fractie hoe de regering hoge invoeringskosten kan voorkomen, onder andere door tijdig helderheid te geven over de condities van het systeem.

Naar verwachting zullen de invoeringskosten van de Zorgverzekeringswet niet tot meerjarige significante premiestijgingen leiden. Ook zonder een verdere liberalisering van de zorgmarkt kunnen met de invoering van de Zorgverzekeringswet bij veel verzekeraars kostenverlagingen worden gerealiseerd, doordat ziekenfonds- en particulier verzekerden organisatorisch en administratief worden samengevoegd. De regering deelt het oordeel van de VVD-fractie dat tijdige helderheid over het systeem belangrijk is voor een efficiënte invoering. In samenwerking met ZN wordt daarom nu reeds voortvarend gewerkt aan het in kaart brengen van de implicaties van het wetsvoorstel en het treffen van de noodzakelijke voorbereidingen. Daarnaast kan een voorspoedige parlementaire behandeling belangrijk bijdragen aan de vereiste tijdige duidelijkheid.

In welke gevallen dienen verzekerden een zorggebonden eigen bijdrage te betalen, zo vragen de leden van de Christen Unie-fractie?

De zorggebonden eigen bijdrage zal gelden voor dezelfde zorg en in dezelfde gevallen als bij de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, voor zover die zorg overgaat naar de Zorgverzekeringswet. Het gaat daarbij om de eigen bijdrage voor psychotherapie, voor de volledige gebitsprothesen, in bepaalde gevallen voor bijzondere tandheelkundige zorg, voor geneesmiddelen in het kader van het geneesmiddelenvergoedingssysteem, voor bepaalde hulpmiddelen, voor kraamzorg en voor ziekenvervoer.

De leden van het CDA vragen naar een benadering waarbij de werkgeversbijdrage 50% van de herleide ziektekostenpremies omvat, ongeacht wat de werkgever in de arbeidsvoorwaarden of in het loon daadwerkelijk vergoedt.

¹ Voorzitter Raad van Bestuur TPG; rapport in het kader van «Sneller Beter».

In de Zorgverzekeringswet is in navolging van het hoofdlijnenakkoord gekozen voor het dekken van 50% van de macro-premielast via de bijdragen van werkgevers. Dat wil niet zeggen dat werkgevers in het bedrijfsleven de helft van de premielasten dragen, omdat ook uitkeringsgerechtigden, zelfstandigen en overheidswerkgevers de werkgeversbijdrage betalen. Uit berekeningen blijkt dat bedrijven door deze benadering grosso modo macro evenveel blijven betalen als onder het huidige stelsel. Wel wordt de bijdrage in het nieuwe stelsel, zoals de leden van de CDA-fractie ook al aangeven, gestandaardiseerd, terwijl de premie en/of bijdrage in het oude stelsel zeer divers is.

De leden van de PvdA-fractie vragen een uitsplitsing van de huidige werkgeversbijdrage naar Zfw (met verbijzondering naar werkgevers, zelfstandigen en gepensioneerden) en overige particulier verzekerden (met verbijzondering naar ambtenaren, maatschappij- en Wtz-polis).

In onderstaande tabel is in antwoord op de vragen van de leden van de PvdA-fractie een overzicht gegeven van de werkgeversbijdragen onder het huidige stelsel en het nieuwe stelsel. Hierbij is een onderscheid gemaakt naar Zfw en particulier. Voor de Zorgverzekeringswet is aangegeven welk deel van de werkgeversbijdrage toegerekend moet worden aan mensen die ziekenfondsverzekerd zijn en welk deel aan mensen die particulier verzekerd zijn.

Een onderscheid naar maatschappijpolis en Wtz-polis is niet te geven. Over het algemeen zijn werknemers via een maatschappijpolis verzekerd (individueel of collectief). De Wtz-verzekerden zijn met name mensen van 65 jaar en ouder. Zij ontvangen in het algemeen geen werkgeversvergoeding voor ziektekosten.

Werkgeversbijdrage in het huidige stelsel en onder de Zorgverzekeringswet (mln. 2006)

	Huidig stelsel		Zorgverzekeringswet	
	Zfw	Particulier	oud Zfw	oud Particulier
werkgevers bedrijven	6 120	1 480	5 400	2 040
werkgever overheid	110	1 510	90	1 480
Subtotaal werkgevers	6 230	2 990	5 490	3 520
Zelfstandigen	160		140	330
Overig (waaronder gepensioneerd)	2 880		2 540	1 810
	9270	2 990	8 170	5 660

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de belastingopbrengsten in relatie tot de werkgeversbijdrage. De totale lasten voor bedrijven en de overheid als werkgever muteren nauwelijks. Er treedt een kleine daling op van de werkgeverslasten voor bedrijven met als gevolg iets lagere belastinginkomsten (zie hierboven). Met de iets lagere belastingopbrengsten is geen rekening gehouden in tabel 5 en 6.

In het huidige stelsel bestaat een algemene rijksbijdrage aan de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering. Deze rijksbijdrage wordt ad hoc opgehoogd en verlaagd en heeft thans een niveau dat alleen via een historische beschrijving valt te onderbouwen.

Na de introductie van de Zorgverzekeringswet worden alle kosten gedragen door bedrijven en burgers. Dit heeft mede als doel om zichtbaar te maken wat de zorg kost. Er blijft alleen een specifieke rijksbijdrage in stand ter dekking van de premiekosten van kinderen.

Er is derhalve geen specifieke reden om de rijksbijdrage te halveren, waarnaar de leden van de PvdA-fractie vragen, maar een inhoudelijke reden

om een dekkende premie te vragen en voor kinderen geen premie in rekening te brengen.

De leden van de PvdA-fractie vragen met welk percentage de AWBZ premie zal dalen door de overheveling van de ggz. Deze daling is 0,77%-punt.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de eigen bijdragen in tabel 1 gelijk zijn aan de no-claimteruggave in tabel 3.

Bij de berekeningen voor de stelselherziening is verondersteld dat het totale bedrag dat door verzekerden via eigen betalingen wordt betaald, door de stelselherziening niet zal veranderen.

De mogelijkheid tot het nemen van een eigen risico zal als gevolg van het vereveningssysteem vooral betekenen dat verzekerden die een eigen risico kiezen een premiereductie krijgen die ongeveer gelijk zal zijn aan de bespaarde kosten. In het huidige systeem krijgen particulier verzekerden een grotere reductie omdat de verzekeraar via risicoselectie op zoek wil naar gezonde verzekerden.

De leden van het CDA-fractie hebben gevraagd welke gevolgen de overheveling van de op genezing gerichte ggz heeft op het inkomensbeleid, het werkgeversdeel en de zorgtoeslag. In de Zorgverzekeringswet is rekening gehouden met een overheveling van € 1,8 mld voor de ggz. Dit bedrag is meegenomen in de berekeningen voor de inkomensafhankelijke bijdrage, de zorgtoeslag en de inkomenseffecten.

De zorguitgaven zullen als gevolg van de stelselwijziging vrijwel niet muteren (alleen de uitvoeringskosten zullen beperkt dalen). Het is dus niet zo dat de Zorgverzekeringswet meer kosten met zich meebrengt dan het oude stelsel zoals de leden van de PvdA-fractie vrezen.

De introductie van de Zorgverzekeringswet zal gepaard gaan met een lastenverlichting van € 0,9 miljard. Per saldo zullen burgers vanaf 2006 dus € 0,9 miljard minder aan zorg betalen dan indien het oude stelsel zou blijven bestaan. De lastenverlichting van € 0,9 miljard is een saldo van verzwaren en verlichtingen. De introductie van de zorgtoeslag betekent een lastenverlichting van ruim € 2 miljard. Daar tegenover staan lastenverzwaringen van ruim € 1 miljard (onder andere in samenhang met het verminderen van de rijksbijdrage).

De inkomenseffecten van de Zorgverzekeringswet in combinatie met de Wet op de Zorgtoeslag en een pakket aan fiscale maatregelen zijn in de ogen van het kabinet beperkt. Voor ziekenfondsverzekerden met een laag inkomen betekent louter de verhoging van de nominale premie een inkomensachteruitgang. Deze wordt in grote lijnen gecompenseerd door de introductie van de zorgtoeslag en de overige fiscale maatregelen. Het is dus niet zo dat de introductie van inkomensafhankelijke premies automatisch tot een beter inkomensbeeld leiden.

Indien de rijksbijdrage €3 miljard gaat bedragen – zoals de leden van de PvdA-fractie vragen – in plaats van de thans voorziene €1,5 miljard, dan kan de premie € 120 per volwassen verzekerde lager worden vastgesteld. Natuurlijk moet de verhoogde rijksbijdrage worden betaald op een andere wijze dan premieheffing. Het gaat derhalve niet om lastenverlichting, maar hooguit om lastenverschuiving.

Het kabinet zet de budgettaire ruimte die ontstaat door de rijksbijdrage te verminderen mede in ter financiering van de zorgtoeslag. Indien het macrobudget voor de zorgtoeslag met deze € 1,5 miljard wordt vermindert, zal het gemiddelde bedrag aan zorgtoeslag met een kleine € 200 dalen. De consequentie zal dan zijn dat personen zonder zorgtoeslag (hogere inkomens) beter af zijn en personen met zorgtoeslag (lagere en

middeninkomens) slechter af ten opzichte van het inkomensbeeld in de memorie van toelichting.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze studenten en ambtenaren afzonderlijk zullen worden gecompenseerd, en wat hiervoor de overwegingen zijn.

Voor de compensatie van studenten is € 33 mln. beschikbaar, waarmee studenten generiek via het beursdeel van de studiefinanciering worden gecompenseerd voor de effecten van de invoering van het nieuwe stelsel. Studenten worden gecompenseerd omdat de speciale voorziening die voor hen in het oude stelsel bestond, de studentenstandaardpakketpolis, in het nieuwe stelsel niet meer voorkomt.

Ten aanzien van ambtenaren is het kabinet van mening dat de inkomenseffecten van de markt en overheid gemiddeld overeen moeten komen. Daarop is het compensatiebedrag voor overheidssectoren afgestemd. In de uiteindelijke arbeidsvoorwaardenonderhandelingen tussen de overheidswerkgevers en de werknemers zullen de bestaande regelingen moeten worden afgeschaft en zal overeenstemming over de compensatie moeten worden verkregen.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de consequenties van de invoering van de Zorgverzekeringswet voor de regelingen voor de tegemoetkoming ziektekostenverzekering en tegemoetkoming ziektekosten voor onderwijspersoneel.

Het kabinet gaat er vanuit dat deze regelingen in overeenstemming met de bonden zullen worden afgeschaft. Het budgettaire beslag van de huidige ziektekostenregelingen voor het onderwijspersoneel bedraagt eind 2005 € 653 miljoen. Daarvoor in de plaats zullen de onderwijswerkgevers per 2006 een inkomensafhankelijke bijdrage gaan betalen, conform de voorstellen in de Zorgverzekeringswet. De wijziging van de werkgeverlasten ziektekosten die het gevolg is van invoering van de Zorgverzekeringswet, wordt door het kabinet vergoed. De invoering van de Zorgverzekeringswet heeft voor het onderwijspersoneel, net als voor het personeel in de andere «interim»-sectoren, andere inkomenseffecten dan voor werknemers in de markt. Het kabinet stelt per overheidssector specifieke compensatie beschikbaar, die deze verschillen uitmiddelt.

De leden van de fractie van het CDA verwachten dat, in geval van private zorgverzekeraars en publieke randvoorwaarden, de DNB/PVK de solvabiliteitseisen hoger zal vaststellen dan de huidige eisen voor ziekenfondsen. Zij vragen welk prijskaartje hier aanhangt. Ook de leden van de fractie van de PvdA zijn hierin geïnteresseerd. Zij vragen tevens naar de consequenties voor de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars. De leden van de PvdA-fractie willen voorts nog weten wat de invloed is van het nieuwe toetsingskader van de DNB/PVK en wat de invloed is op het gelijke speelveld. De leden van de fractie van de VVD vragen op welke termijn de regering helderheid geeft over de eisen die worden gesteld aan de solvabiliteit en voorzieningen van de zorgverzekeraars. Zij zijn voorstander van een gelijk speelveld met een reëel reserveniveau.

De huidige solvabiliteitseis voor ziekenfondsen is 8% van de risico-dragende schade. De schade waarover ziekenfondsen risico dragen is zo'n 70% van de totale schade. De solvabiliteitseisen in de particuliere markt liggen op dit moment aanmerkelijk hoger, namelijk op ongeveer 24% van de totale schade, met uitzondering van de Wtz-polissen waarvoor een eis van zo'n 8% van de totale schade geldt.

Er wordt met DNB/PVK overleg gevoerd over de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars. De werking en juridische verankering van het vereveningssysteem beperkt de verzekeringstechnische risico's voor zorgverzekeraars. In dat licht is de regering tot het oordeel gekomen dat het

aanhouden van een reserve en voorziening tot aan het totale niveau dat thans voorgeschreven is in de ziekenfondsverzekering voldoende moet worden geacht om bij de overgang te voldoen aan de regels die hieromtrent in Europees verband zijn gesteld. Verschil is wél dat de solvabiliteits-eisen binnen de Zorgverzekeringswet gelden over de totale schade, en niet alleen over de risicodragende schade. Deze lijn vloeit voort uit het overleg dat tot dusverre met DNB/PVK is gevoerd.

De vermogens-eisen in de Zorgverzekeringswet worden in lijn met de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen vastgesteld onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Financiën.

De specifieke gevolgen voor de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars zijn niet exact bekend onbekend, omdat de regering geen inzicht heeft in de vermogens-eisen per individuele particuliere ziektekostenverzekeraar. Deze informatie is alleen beschikbaar voor de toezichthouder. Omdat de solvabiliteitseisen voor de huidige particuliere verzekeraars in het nieuwe stelsel zullen dalen, kennen deze verzekeraars straks meer oversolvabiliteit. Als alleen rekening wordt gehouden met het verschil tussen de huidige solvabiliteitseisen voor maatschappijpolissen en de thans voorziene uitgangspositie in de Zorgverzekeringswet, kan het daarbij gaan om een bedrag in de orde van grootte van € 500 mln.

Ook de precieze gevolgen voor ziekenfondsen zijn nog niet duidelijk, omdat de vermogenspositie van ultimo 2005 nog niet is in te schatten. Deze vermogenspositie is namelijk afhankelijk van de schade-afwikkeling 2004 en de premiestelling van ziekenfondsen voor 2005. Omdat de solvabiliteitseisen gelden over een bredere basis (totale schade i.t.t. alleen risicodragende schade) zullen de eisen hoger liggen dan in de huidige situatie. Op macro-niveau zou het kunnen gaan om een solvabiliteitstekort in de orde van grootte van € 150 mln. Op dit moment vindt interdepartementaal overleg plaats, waarbij DNB/PVK ook betrokken is, over mogelijkheden voor een ingroei-traject in het geval ziekenfondsen in solvabiliteitsproblemen komen.

Het nieuwe Financieel Toetsingskader van DNB/PVK betekent, binnen de ruimte die de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen laten, een toezicht dat meer gericht is op risicobeheer. De in de EU-schaderichtlijnen vastgestelde solvabiliteitseisen blijven hierbij minimaal aan te houden eisen. Dit toetsingskader biedt ook in de overgangssituatie meer ruimte om de financiële positie van de individuele verzekeraars te beoordelen aan de hand van de feitelijke risico's en verzekerdersamenstelling. Doordat alle verzekeraars onder dit nieuwe Financiële toetsingskader kunnen vallen, is er vanuit het toezicht van DNB/PVK sprake van een gelijk speelveld tussen verzekeraars.

XI. De administratieve lasten

De leden van de VVD-fractie vragen een nadere concretisering van de vermindering van de administratieve-lastendruk door aan te geven waar de administratieve-lastendruk en de bovenmatige overhead fors omlaag gaan.

De tot nu toe gemaakte berekeningen wijzen uit dat de Zorgverzekeringswet leidt tot een reductie van de administratieve lasten ten opzichte van de bestaande wetgeving. Uit deze berekeningen blijkt tevens dat de lasten voor overhead niet omhoog gaan. De raming van de besparing is conservatief, zodat bij de verdere uitwerking van het systeem van de Zorgverzekeringswet, de kans op meevallers in de administratieve lasten groter is dan de kans op tegenvallers.

De besparing van de administratieve lasten vindt vooral op de onderdelen toezicht/verantwoording en verzekerdenadministratie plaats. Beide besparingen zijn gebaseerd op de eisen die de Zorgverzekeringswet stelt. Het wettelijk verplicht voorschrijven van het administratieve proces is in de Zorgverzekeringswet niet meer nodig. Er vindt immers een verschuiving

plaats van toezicht naar verantwoording; van input naar output. Voor de toekomst wordt gestreefd naar een verdere besparing op de administratieve lasten door het volstaan met de verantwoording via de jaarrekening. Met betrekking tot de verzekerdenadministratie wordt in de Zorgverzekeringwet voor de verantwoording slechts rechtmatigheidsinformatie verlangd van de zorgverzekeraars. Hoe de administratie wordt ingericht, wordt overgelaten aan de zorgverzekeraars en is ingevolge de Zorgverzekeringwet niet meer wettelijk voorgeschreven. In mijn brief van 20 oktober 2004, kenmerk Z/TPC-2523 460 heb ik u geïnformeerd over de voortgang van de administratieve lastenreductie.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de concurrentie tussen zorgverzekeraars niet zal verhinderen dat op tijd de juiste beleidsinformatie boven tafel komt.

Op grond van artikel 89 van de Zorgverzekeringwet dienen zorgverzekeraars door het CTZ of CVZ opgevraagde beleidsinformatie te verschaffen. Het CTZ of CVZ mogen deze informatie, voor zover het vertrouwelijke gegevens betreft, gezien hun in artikel 92 geregelde geheimhoudingsplicht slechts aan elkaar, de DNB/PVK, de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en aan de Minister van VWS doorgeven. De DNB/PVK, de AFM en de Minister hebben ook weer een geheimhoudingsplicht. Dat betekent dat verzekeraars niet bang hoeven te zijn dat vertrouwelijke bedrijfsinformatie bij de concurrent terecht komt. Indien zij desalniettemin uit angst dat dit toch gebeurt, te terughoudend zijn met het leveren van de informatie, kan het CTZ een aanwijzing of een last onder dwangsom geven, inhoudende dat de gegevens alsnog moeten worden overgelegd. Indien bovendien de bij of krachtens artikel 89 gestelde regels zijn overtreden (de verzekeraar is niet alleen wat langzaam, maar heeft echt een door het CVZ of CTZ gestelde termijn overschreden, bijvoorbeeld) kan het CTZ bovendien op grond van artikel 98 Zorgverzekeringwet een bestuurlijke boete opleggen.

XII. Overgangssituatie en XIII Inwerkingtreding en voorlichting

Terecht merken de leden van de CDA-fractie op dat de overgang naar het nieuwe verzekeringsstelsel zo soepel en zo zorgvuldig mogelijk moet gebeuren. Wat betreft de overgang van de verzekerden geeft hoofdstuk XIII (blz. 73) van het algemene deel van de toelichting de voornemens van het kabinet op dit punt weer. Hierover hoeft naar verwachting niets te worden geregeld in de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringwet. Die wet zal wel de overgang regelen van de reserves van de huidige ziekenfondsen naar het nieuwe verzekeringsstelsel. In hoofdstuk X van het algemene deel van de toelichting (blz. 69) is de zakelijke inhoud daarvan weergegeven. Voor het overige regelt die wet ettelijke tientallen technische wijzigingen in allerlei andere wetten waaronder de AWBZ en andere socialeverzekeringwetten. Zo dient bijvoorbeeld op vele plaatsen de aanduiding «Ziekendfondswet» gewijzigd te worden in «Zorgverzekeringwet». Beleidsinhoudelijk hebben die wijzigingen geen gewicht. Het systeem van de socialeverzekeringwetten zal geen inhoudelijke wijziging ondergaan als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringwet. Het is dan ook mijn stellige opvatting dat de kamer op basis van de gegevens die zijn vermeld in de (toelichting bij) de Zorgverzekeringwet daarover een oordeel kan vormen.

De voorbereiding van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringwet zal naar verwachting in januari 2005 zijn afgerond. Zoals u uit het bij deze nota gevoegde nota concept voor het Besluit zorgverzekering kunt afleiden, wordt daar op dit moment al aan gewerkt. In de eerste helft van 2005 zal ook het opstellen van de «ministeriële regeling zorgverzekering» ter hand worden genomen, opdat deze regelgeving in de zomer van 2005 kan zijn afgerond en de zorgverzekeraars zich aan de hand van vast-

staande weten regelgeving kunnen voorbereiden op de inwerkingtreding van het nieuwe verzekeringssysteem. Een concept van de amvb is bijgevoegd.

De vragen van de leden van de VVD-fractie of het waar is dat de zorgverzekeraars pas eind 2005 over de teksten van de uitvoeringsregelgeving kunnen beschikken, zullen hiermee naar mijn verwachting in geruststellende zin zijn beantwoord. Er zal strak vastgehouden dienen te worden aan het voorgenomen tijdspad, dat krap is en gebaseerd op een tijdvolgorde van de onderscheiden wetgevingstrajecten. Juist die ordelijke en voortvarende afwikkeling draagt bij aan het door de VVD-fractie en door de regering onderschreven tijdige duidelijkheid die nodig is voor een goede implementatie.

Overige vragen

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

De regering is van mening dat om tot meer marktwerking in de zorg te komen een ruim aanbod van en ruime keuze in beroepsbeoefenaren gewenst is. Vanuit de verwachting dat alleen méér opleiden op den duur ontoereikend zal zijn, zijn tevens stappen ondernomen om de opleidingen doelmatiger te maken en wordt taakherschikking gestimuleerd.

Voor een meer doelmatige inzet van de middelen voor opleidingen wil de regering komen tot een samenhangend stelsel waarbinnen ramen, opleiden en bekostigen op elkaar worden afgestemd. Het opleidingsfonds maakt hiervan deel uit. Het opleidingsfonds is gericht op opleidingen volgend op de initiële opleiding, die mogelijk invloed ondervinden van de marktwerking. De planning van de beschikbare opleidingscapaciteit en de bekostiging hiervan zal plaatsvinden op basis van beleidsrijke ramingen van het Capaciteitsorgaan. De precieze opzet van het opleidingsfonds, de hierbij geldende sturingsrelaties en de te hanteren verrekensystematiek worden momenteel door mijn departement uitgewerkt. Het is de bedoeling dat het Opleidingsfonds per 1-1-2006 van start kan gaan. De Stuurgroep MOBG heeft de opdracht het opleidingsfonds te implementeren.

Ik zal niet actief gaan sturen op de spreiding van zorginstellingen in het algemeen. Wel streef ik ernaar het zorgsysteem zo in te richten, dat er een goede spreiding is van acute zorg en de daarmee samenhangende basiszorg.

Ten aanzien van de spreiding van acute zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de variatie, differentiatie en invulling. Ik heb in mijn beleidsvisie acute zorg (Kamerstukken II 2003/04 29 247, nr. 1, 10 oktober 2003) aangegeven de ketenbenadering in de organisatie van de spoedeisende hulpverlening centraal te willen stellen, om de acute zorg ook in de toekomst goed toegankelijk te houden. Uitgangspunt is de «veldnorm»: patiënten die acute zorg nodig hebben moeten binnen een kwartier door óf huisarts óf ambulance bereikt kunnen worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen. In aansluiting hierop moet er een werkend systeem zijn (7x24 uur beschikbaar) dat op voorhand aangeeft naar welke instelling de betreffende patiënt vervoerd kan of moet worden. Elke regio moet, op initiatief van het betreffende traumacentrum, hiervoor een passende oplossing zoeken. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg, dienen binnen de regio te worden opgevangen.

In de toelating van basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen wordt opgenomen dat deze ziekenhuizen en ggz-instellingen dienen deel te nemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde ketenoverleg acute zorg, en de in dat overleg gemaakte afspraken dienen na te komen. De wet biedt bij het overtreden van de in de toelating gestelde voorwaarden de mogelijkheid van bestuursdwang en, in het uiterste geval, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Het kan zijn dat in het ketenoverleg acute zorg wordt vastgesteld dat in de regio behoefte is aan bepaalde vormen van acute zorg maar dat een bepaalde instelling weigert die zorg aan te bieden. In dat geval kan ik aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift verbinden dat de instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt op een bepaalde locatie. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de spoedeisende hulp op een bepaalde locatie. Dit is een ultieme remedie die alleen in uitzonderlijke gevallen dient te worden gebruikt.

De gedachte achter het initiatief van VGZ waarbij ook een boetebeding voor ondermaats presterende ziekenhuizen is opgenomen, spreekt mij wel aan in die zin dat ondermaats presterende ziekenhuizen gestimuleerd worden hun prestatie te verbeteren. Dit in antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie. Er wordt per 2005 een begin gemaakt met het financieel waarderen van de doelmatigheid, één aspect van goed presteren. In het convenant dat met de algemene ziekenhuizen is gesloten zijn, is afgesproken dat er een differentiatie-indicator komt. Deze zal er toe leiden dat het budget van een ziekenhuis voor een klein deel afhankelijk wordt van haar doelmatigheid. Dit zal in 2005 leiden tot gedifferentieerde aanpassingen van de budgetten van ziekenhuizen.

Ik ben niet van mening dat een deel van de betaalde boete direct bij de patiënt(en) terecht zou moeten komen. Wel zou dit – indirect – in de premie van de verzekeraar tot uitdrukking kunnen komen én in de kwaliteit van de zorg.

In het nader rapport is aangegeven welke opmerkingen van de Raad van State ik heb overgenomen. Dat zijn er meer dan de «enkele opmerkingen» waarvan de leden van de SP-fractie spreken. In het nader rapport is ook aangegeven welke opmerkingen niet zijn overgenomen, en waarom. Het noodzakelijk noch gebruikelijk om na verwerking van de opmerking van de Raad van State in het wetsvoorstel en de bijbehorende memorie van toelichting nogmaals het advies van de Raad te vragen, en dat is dan ook in het kader van het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet niet gebeurd. Voor de redenen van het dictum de Raad van State verwijs ik de leden van de SP-fractie graag naar dat advies.

B. ARTIKELSGEWIJS

Hoofdstuk 1

Op verzoek van de leden van de VVD-fractie geef ik in het hiernavolgende kort de belangrijkste verschillen tussen een ziekenfonds en een zorgverzekeraar in de zin van de Zorgverzekeringswet aan.

Een ziekenfonds is:

- een bestuursorgaan,
- met de rechtsvorm van stichting of onderlinge waarborgmaatschappij,
- die de Zfw uitvoert en in dat verband aan van rechtswege verzekerden, voor zover ze bij hem zijn ingeschreven, een bij en krachtens de Zfw geregeld naturapakket aan zorg aanbiedt (enkele mogelijkheden van restitutie daargelaten),
- die overschotten op de uitvoering, voor zover deze de maximum-

reserve overstijgen, dient te gebruiken voor het verlagen van de nominale premie dan wel dient terug te storten in de Algemene Kas.

Een zorgverzekeraar in de zin van de Zorgverzekeringswet is:

- een verzekeringsonderneming met een vergunning (van de DNB/PVK of het zusterorgaan van de DNB/PVK in een andere EU-lidstaat) voor het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf, branches 1 en 2,
- die geen bestuursorgaan is,
- met de rechtsvorm naamloze vennootschap of onderlinge waarborgmaatschappij,
- die met verzekeringsplichtige privaatrechtelijke overeenkomsten van zorgverzekering sluit die aan de bij en krachtens de Zorgverzekeringswet gestelde regels voldoen, maar die wel een ruime vrijheid heeft in de wijze waarop hij het wettelijk te verzekeren pakket uitwerkt en overige keuzemogelijkheden aan de verzekerde geeft (één zorgverzekeringsvariant of meerdere varianten aanbieden, natura/restitutie, zorg wel/niet halen bij wel/niet beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders, wel/geen tranches vrijwillig eigen risico, wel/geen collectiviteitskortingen, enzovoorts),
- die overschotten op zijn bedrijfsvoering vrij mag besteden, derhalve bijvoorbeeld aan aandeelhouders mag uitkeren.

Artikel 1, onderdeel b

In de memorie van toelichting staat dat zorgverzekeraars schadeverzekeraars zijn die een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf dienen te hebben, en wel voor de branches 1 (ongevallen, inclusief arbeidsongevallen en beroepsziekten) en 2 (ziekte), zoals bedoeld in de bijlage bij de eerste richtlijn schadeverzekering. De desbetreffende bijlage onderkent achttien branches van schadeverzekering, waarbij per branche kort wordt aangegeven wat er onder valt. Het aantal branches en de indeling ervan kunnen in de toekomst wijzigen. Door in de definitie van «zorgverzekeraar» in artikel 1, onderdeel b, niet naar de branches 1 en 2 te verwijzen, wordt voorkomen dat wijziging van de bijlage bij de eerste richtlijn schadeverzekering per definitie een wijziging van deze definitie, dus een wetswijziging, noodzakelijk maakt. Wordt de bijlage bij de richtlijn gewijzigd, dan zal de DNB/PVK nagaan of dit betekent dat zorgverzekeraars in de toekomst een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf voor meer, minder of andere branches nodig hebben. Daartoe zal de DNB/PVK de werkzaamheden van de zorgverzekeraars afzetten tegen de nieuwe indeling. Dit in antwoord op een vraag hierover van de leden van de CDA-fractie. De Wtv 1993 implementeert de richtlijnen schadeverzekering, en kent derhalve dezelfde branches van schadeverzekering als de bijlage bij de eerste richtlijn schadeverzekering. Ten slotte kan ik de leden van de CDA-fractie nog meedelen dat de zorgverzekeraars onder de Wtv 1993 of – na vervanging van laatstgenoemde wet door de Wft (Kamerstukken II 2003/04, 29 708) – de Wft zullen vallen.

Artikel 1, onderdeel d

De leden van de CDA-fractie vragen waarom in artikel 1, onderdeel d, de woorden «niet te boven gaan» worden gebezigd.

De zorgverzekeringen worden voor 50% gefinancierd met inkomensafhankelijke bijdragen, die voor een groot deel voor rekening komen van werkgevers, voor 5% met een uit belastingen gefinancierde rijksbijdrage, en voor 45% uit (nominale) premies. Een zorgverzekering voor meer dan het wettelijk te verzekeren pakket is duurder dan een zorgverzekering voor precies dat wettelijk te verzekeren pakket. Door de verdeling van de financiering over werkgevers, belastingbetalers en verzekeringnemers, zouden de verzekeringnemers van die meerkosten echter slechts 45% voor hun

rekening moeten nemen. De overige 55% zou voor rekening komen van de werkgevers en de maatschappij. Dat zou derhalve betekenen dat werkgevers en belastingbetalers meebetalen aan zorg die de wetgever om goede redenen (bijvoorbeeld omdat deze medisch niet noodzakelijk wordt geacht) buiten het pakket heeft gehouden. Het kabinet acht dat niet gewenst. Bovendien leiden die meerkosten tot een stijging van de collectieve lasten. Ook dat vindt het kabinet niet wenselijk. Gezien het voorgaande moest het onmogelijk worden gemaakt, dat een zorgverzekering meer dekt dan het wettelijk te verzekeren pakket. Dat is geregeld via de definitie van «zorgverzekering»: een verzekering is slechts een zorgverzekering indien de dekking van die verzekering het wettelijk te verzekeren pakket «niet te boven gaat». Overigens is ook geen zorgverzekering een verzekering die minder dan het wettelijk te verzekeren pakket dekt. Kortom: een verzekering is alleen een zorgverzekering indien deze precies het bij en krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet te regelen pakket dekt.

Artikel 1, onderdeel f

De leden van de fractie van de ChristenUnie willen graag weten waarom niet slechts wordt voorzien in dekking van het risico van behoefte aan *medisch noodzakelijke* zorg. Voor het antwoord op die vraag verwijs ik graag naar de antwoorden op gelijksoortige vragen van de leden van de fracties van de VVD, de SGP en de ChristenUnie onder «artikelen 10, 11 en 14».

Artikel 1, onderdeel o

Een kostwinner kan zijn partner wel degelijk verzekeren, zo kan ik de leden van de VVD-fractie antwoorden. De kostwinner doet dat of als vertegenwoordiger van zijn partner (die dan zelf verzekeringnemer wordt), of wordt zelf de verzekeringnemer. In beide gevallen is de partner de verzekerde. Anders dan de Zfw, voorziet de Zorgverzekeringswet echter niet in een systeem van medeverzekering. Voor iedere verzekeringsplichtige, dus ook voor verzekeringsplichtigen jonger dan achttien jaar, moet een afzonderlijke zorgverzekering worden gesloten. Het is dus niet mogelijk dat op één polis een heel gezin wordt verzekerd. Dit heeft als voordeel, dat per gezinslid voor een andere variant van de zorgverzekering kan worden gekozen (bijvoorbeeld van verschillende verzekeraars, of bij dezelfde verzekeraar maar met verschillende eigen risico's). Natuurlijk kan een kostwinner ook besluiten voor alle gezinsleden dezelfde zorgverzekeraar en bovendien dezelfde zorgverzekeringsvariant van die zorgverzekeraar te kiezen. Voor een gezin met vier gezinsleden, zal de zorgverzekeraar dan vier polissen zenden. Natuurlijk is het in zo'n geval van vier identieke polissen weinig zinnig om viermaal de brochure op te sturen waarin de precieze dekking van de polis staat, de algemene voorwaarden, en dergelijke. De verzekeraar zou in het hier genoemde geval bijvoorbeeld kunnen besluiten vier polisbladen op te sturen, en daarnaast slechts eenmaal de brochure en de voorwaarden.

Hoofdstuk 2

Algemeen

De leden van de VVD-fractie vinden dat een bijzonder ingewikkeld middelvoorschrift wordt gegeven ten aanzien van de in- en uitschrijving van verzekerden. Waarom kan dat niet aan de verzekeraars worden overgelaten onder een doelvoorschrift?

Artikel 2, dat regelt wie verzekeringsplichtig is, dus wie zich dient te (laten) verzekeren, kan niet worden gemist. Zonder dit artikel zou de beoogde

bevolkingsbrede solidariteit aan de verzekering komen te ontvallen. Artikel 6 vormt een noodzakelijke tegenhanger van de artikelen 2 (verzekeringplicht) en 3 (acceptatieplicht). Wat betreft de artikelen 5, 7 en 8: die artikelen stellen een aantal regels die de consument (verzekeringnemer, verzekerde) beschermen. Zouden die regels in een louter particulier verzekeringsstelsel inderdaad niet nodig zijn, in het beoogde socialeverzekeringsstelsel zijn ze dat wel. Ze zorgen ervoor dat iedereen weet wanneer de verzekering ingaat (artikel 6), in welke gevallen de verzekering in ieder geval kan worden opgezegd (artikel 7), en dat een verzekeraar bij een opzegging of ontbinding niet de waarde van reeds verleende zorg kan terugvorderen (artikel 8).

Zou met doelvoorschriften worden gewerkt, dan zouden verzekeraars de voorgeschreven doelen op verschillende wijzen trachten te bereiken, wat de transparantie niet ten goed zou komen. Bovendien zou dan minder zeker zijn dat deze doelen ook werkelijk voor de gehele verzekeringsplichtige bevolking bereikt worden.

Artikel 2 lid 3

Artikel 2, derde lid, legt – onder meer – ouders de plicht op, ervoor te zorgen dat hun kinderen verzekerd zijn. Die plicht geldt echter alleen voor kinderen die verzekeringsplichtig zijn. Kinderen die wegens gemoedsbezwaren door de SVB zijn vrijgesteld van de uit de AWBZ voortvloeiende verplichtingen, zijn niet verzekeringsplichtig (zie artikel 2, tweede lid, onderdeel b).

Voor hen hoeven hun ouders dus geen zorgverzekering te sluiten, zo kan ik de leden van de SGP-fractie bevestigen. Dat is in artikel 2, tweede en derde lid, naar mijn mening duidelijk genoeg geregeld. Volledigheidshalve voeg ik hier nog aan toe dat de SVB kinderen tot achttien jaar wegens gemoedsbezwaren van de AWBZ-verplichtingen vrijstelt indien hun ouders dergelijke bezwaren hebben. Dit is slechts anders indien het kind de SVB heeft gemeld zelf geen gemoedsbezwaren te hebben (in dat geval gaat de wens van het kind om wel onder de dekking van de AWBZ te vallen en dus ook verzekeringsplichtig te worden in de zin van de Zorgverzekeringswet, voor).

Artikel 3

De leden van de VVD-fractie vragen het antwoord dat in het nader rapport wordt gegeven op de vraag van de Raad van State op het gebied van de contractsvrijheid, nader toe te lichten in de context van het vrij verkeer van diensten. In hoeverre is er feitelijk nog sprake van contractsvrijheid onder de Zorgverzekeringswet, zo vragen zij. De leden van de CDA-fractie stellen dat de acceptatieplicht niet binnen de BW-definitie van «verzekering» past en vragen zich in dat verband af of de acceptatieplicht dan wel gehandhaafd kan blijven.

De Zorgverzekeringswet beperkt de contractsvrijheid in die zin, dat iedere verzekeringsplichtige verplicht is een zorgverzekering te hebben, dat iedere zorgverzekeraar verplicht is een verzekeringsplichtige voor een zorgverzekering te accepteren, en dat partijen niet geheel vrij zijn in de invulling van de verzekering. Zoals de regering in punt 5 van het nader rapport uiteen heeft gezet, is zij van mening dat daarmee weliswaar de contractsvrijheid wordt ingeperkt, maar niet in zodanige mate, dat niet meer van een geldige (verzekerings)overeenkomst gesproken kan worden. Kijken we naar de verzekeringsplichtige, dan zien wij dat hij weliswaar de plicht heeft om zich door middel van een zorgverzekering (te laten) verzekeren, maar dat het niet voldoen aan die verplichting an sich niet leidt tot een sanctie. Het enige resultaat daarvan is immers, dat hij bij behoefte aan zorg uiteraard geen beroep kan doen op een zorgverzekering (die heeft hij immers niet) en dat hij een boete krijgt als hij zich alsnog verze-

kert. Voorts heeft de verzekerde de vrijheid om te kiezen tussen alle zorgverzekeraars en alle zorgverzekeringsvarianten die in zijn woonprovincie worden aangeboden. Kijken we naar de zorgverzekeraar, dan zien wij dat hij een verzekeringsplichtige niet mag weigeren, maar dat niets hem ertoe dwingt toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt. Kiest hij voor toetreding tot die markt, dan kan ook van hem worden gevergd dat hij zich aan de voor die markt geldende spelregels (zoals door de wetgever met inachtneming van de grenzen van de EU-richtlijnen schadeverzekering geregeld) houdt. Dat wil zeggen: zich houdt aan de acceptatieplicht en de regels in de Zorgverzekeringswet voor de inhoud van zijn zorgverzekeringen, waarbij laatstbedoelde regels de zorgverzekeraar wat betreft de invulling van het pakket (natura/restitutie, wel/geen vrije keuze tussen zorgaanbieders, enzovoorts) nog behoorlijk wat vrijheid bieden. Dat laatste geldt voor binnenlandse zorgverzekeraars, zowel als buitenlandse zorgverzekeraars. Naar mijn mening zijn de acceptatieplicht en de regels over de inhoud van de zorgverzekering dan ook niet in strijd met het vrij verkeer van diensten.

Anders dan de leden van de CDA-fractie veronderstellen, zal de zorgverzekering wel degelijk een verzekering in de zin van artikel 7.17.1.1 BW zijn. De vraag of wel voldaan zal zijn aan de in die definitie voorkomende eis dat het om een overeenkomst gaat, heb ik in het bovenstaande immers in positieve zin beantwoord: de regering is van mening dat aan de contractsvrijheid niet in zodanige mate afbreuk wordt gedaan, dat niet meer van een overeenkomst sprake is. Wat betreft het verzekerings-element – dat wil zeggen het element van onzekerheid dat aan het te verzekeren risico moet kleven, wil een overeenkomst een verzekeringsovereenkomst zijn – het volgende. Hieraan is doorgaans voldaan, zelfs indien de verzekerde een «brandend huis» is. Weliswaar zal bij het sluiten van de zorgverzekering vaak vaststaan dat de verzekeraar voor deze verzekering kosten zal maken, maar de hoogte van die kosten is onzeker, hetgeen, gezien de definitie van artikel 7.17.1.1 BW, voldoende is om de zorgverzekering toch een verzekering in de zin van dat artikel te laten zijn. Het enige element dat tot twijfel zou kunnen leiden, is de verplichting van de verzekeraar om, indien de zorgverzekering binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht is ontstaan, ook in die vier maanden opgekomen zorgkosten te betalen. Dergelijke kosten zijn op het moment van het sluiten van de verzekering immers ook wat betreft de hoogte ervan niet onzeker meer. De regering heeft in punt 5 van het nader rapport echter uitgebreid aangegeven, waarom zij van mening is dat dit ondergeschikte element van de zorgverzekering geen afbreuk doet aan het verzekeringskarakter in de zin van het BW. Ik heb daar niets aan toe te voegen.

Overigens breng ik deze leden in herinnering dat er vele andere soorten overeenkomsten zijn waaraan de wet eisen stelt en waarvoor de wet derhalve de contractsvrijheid beperkt. In het nader rapport worden wat dit betreft genoemd de arbeids- en de huurovereenkomst, maar ook kan worden gewezen op de aansprakelijkheidsverzekering voor motorrijtuigen en de pensioenverzekering. Ook bij dergelijke overeenkomsten wordt niet getwijfeld aan de vraag of er wel sprake is van een geldige overeenkomst. Daar waar voor de zorgverzekering op onderdelen van artikel 7.17.1.1 BW of de rest van titel 7.17 BW moest worden afgeweken, is dat steeds met zoveel woorden in de Zorgverzekeringswet verankerd. Gewezen kan onder andere worden op de artikelen 5, vijfde lid, en 16, tweede lid, Zorgverzekeringswet. De afwijkingen van artikel 7.17.1.1 BW zijn niet van zodanige aard, dat op grond daarvan geconcludeerd zou moeten worden dat niet meer van een verzekering in de zin van het BW sprake zou zijn. De rechten die de zorgverzekering de verzekerde moet verschaffen, zijn in de Zorgverzekeringswet, ook voor jongeren, precies omschreven. Ik hoop dat ik de leden van de CDA-fractie hiermee gerust heb gesteld.

Artikel 3

Niet alleen kan een aspirant-verzekerde een verzoek tot verzekering doen bij meer zorgverzekeraars tegelijk, ook kan hij door meer zorgverzekeraars tegelijk verzekerd worden, zo zou ik de leden van de fractie van de VVD willen voorhouden. Zijn bijvoorbeeld twee verzekeraars betrokken, dan zijn beide verzekeraars «de echte» zorgverzekeraars van deze persoon. Het zal echter niet vaak voorkomen dat iemand zich meerdere malen verzekert, want dubbele verzekering betekent ook dubbele betaling van de (nominale) premie (namelijk aan iedere verzekeraar de krachtens de polis geldende premie), zonder dat daar bij een opgekomen behoefte aan zorg een dubbel recht tegenover staat. Bij twee naturaverzekeringen zou het natuurlijk vaak al fysiek onmogelijk of zeer onwenselijk zijn om voor één kwaal tweemaal dezelfde zorg te krijgen. Maar daarnaast zal op grond van het algemene verzekeringsrecht gaan gelden, dat bij dubbele verzekering van een zelfde risico slechts eenmaal wordt uitgekeerd (met verrekening tussen de betrokken verzekeraars). Dat zal worden geregeld in artikel 7.17.2.24a BW. Kortom, het is voor een verzekeringsplichtige niet aantrekkelijk om zich meerdere malen voor hetzelfde te verzekeren.

Artikel 3

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?

In algemene zin deel ik de zorgen niet dat er in het nieuwe verzekeringsstelsel sprake zal zijn van een te beperkt aantal zorgverzekeraars. Ondanks het staken van de vier verzekeraars zullen er naar verwachting enige tientallen zorgverzekeraars werkzaam zijn. Vergeleken met bijvoorbeeld de energiemarkt of de telecommunicatiemarkt is er dan eerder sprake van een uitbundig dan van een beperkt aanbod. Daar komt nog bij dat het CPB in haar studie «Zorg voor concurrentie» op blz. 70 aangeeft: «Indien op langere termijn minstens vier landelijk actieve verzekeraars overblijven, kan nog steeds sprake zijn van voldoende concurrentie van verzekeraars».

De verzekeraars waar in deze vraag op wordt gedoeld, zijn weliswaar grote namen, maar nemen op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt een relatief kleine positie in. Dergelijke verzekeraars maken kennelijk de afweging, gelet op de acceptatieplicht en de beoogde concurrentie op de inkoop van zorg, dat hun positie en mogelijkheden om zich hierop te onderscheiden te weinig rendement zullen opleveren.

Artikel 4

Anders dan de leden van de VVD-fractie menen, zal de AWBZ voorlopig blijven bestaan. Weliswaar wordt met de Zorgverzekeringswet de ambulante ggz en het eerste jaar klinische ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet overheveld en zal met de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) bepaalde zorg van de AWBZ naar de WMO gaan, er zal nog genoeg onder de AWBZ verzekerde zorg overblijven. Denk daarbij alleen al aan alle verblijf, verpleging en verzorging in verzorgings- en verpleeghuizen. Op dit moment bestaan er bovendien geen voornemens om deze in de AWBZ blijvende zorg op korte of lange termijn naar de Zorgverzekeringswet over te hevelen. Aangezien er bovendien geen voornemens zijn om de kring van verplicht voor de AWBZ verzekerden te wijzigen, kan voor de personen die een zorgverzekering dienen te hebben, heel wel worden verwezen naar de kring van verplicht verzekerden voor de AWBZ (met uitzondering van militairen in werkelijke dienst en gemoedsbezwaarden die van de AWBZ-verplichtingen zijn vrijgesteld).

De zorgverzekering eindigt op grond van artikel 6, onderdeel d, Zorgverzekeringwet van rechtswege met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is. Dat wil zeggen: niet meer tot de kring van de AWBZ-verzekerden behoort. De leden van de VVD-fractie willen weten hoe de verzekerde en de verzekeraar er achter komen dat dit het geval is.

De zorgverzekeraar zal in zijn polis moeten opnemen in welke gevallen de zorgverzekering van rechtswege eindigt. Als hij verstandig is, meldt hij in die polis niet alleen dat de zorgverzekering eindigt indien iemand niet meer van rechtswege AWBZ-verzekerd is, maar geeft hij in de polis op hoofdlijnen aan wanneer de AWBZ-verzekering eindigt. In ieder geval zal hij daarbij aangeven dat de verzekeringsplicht eindigt indien iemand in het buitenland gaat wonen (zonder hier in loondienst te blijven werken). De verzekeringnemer/verzekerde weet dan op hoofdlijnen waar hij aan toe is.

Het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 kent echter een aantal soms tamelijk gedetailleerde uitzonderingen op de hoofdregels voor de kring van verzekerden voor de AWBZ. Van de verzekeraar kan niet worden verwacht dat hij die regels in zijn polis verwerkt. Daar zou de polis overigens ook voor de verzekeringnemer niet begrijpelijker op worden. In plaats daarvan doet de verzekeraar er goed aan, in de polis op te nemen welke wijziging in de feiten en omstandigheden van de verzekerde voordat deze intreden aan hem moeten worden doorgegeven, opdat hij het voortbestaan dan wel eindigen van de verzekeringsplicht en daarmee van de zorgverzekering kan beoordelen. Deze in de polis op te nemen plicht van de verzekeringnemer om meldingen te doen die voor het voortbestaan van de verzekering van belang kunnen zijn, wordt ondersteund door artikel 6, vierde lid. Een verzekeringnemer die hier niet aan voldoet, is gehouden de schade die de zorgverzekeraar dientengevolge lijdt, te vergoeden. Bovendien loopt hij met het niet melden van mogelijk relevante feiten en omstandigheden het risico dat zijn zorgverzekering bij het intreden daarvan eindigt, dus dat hij (of degene die hij verzekerd heeft) vanaf dat moment niet meer verzekerd is.

Het vijfde lid van artikel 6 leidt ertoe, dat de zorgverzekeraar op basis van de binnengekregen gegevens nagaat of de verzekering zal eindigen (of, als de verzekeringnemer de gegevens te laat heeft gemeld, geëindigd is).

Overigens houden de gemeenten in de gemeentelijke basisadministratie (gba) bij waar iemand woont. Ziekenfondsen hebben nu reeds een abonnement op het gba krachtens welk zij automatisch geïnformeerd worden over emigratie van hun verzekerden (waarna de AWBZ- en Zfw-verzekering immers doorgaans eindigt, zodat zij hun verzekerde moeten uitschrijven). Ook een aantal particuliere verzekeraars heeft een aansluiting op het gba. De zorgverzekeraars doen er verstandig aan bij het agentschap BPR na te gaan of een dergelijk abonnement ook voor de uitvoering van de Zorgverzekeringwet kan worden genomen en of dat uitgebreid kan worden met de melding dat iemand naar een andere Nederlandse gemeente verhuist en zo ja, welke (dit laatste met het oog op artikel 6, tweede lid).

Ten slotte merk ik hier nog op, dat een zorgverzekeraar en de verzekeringnemer met elkaar kunnen afspreken de verzekering nadat de verzekeringsplicht geëindigd is, voort te zetten. Zo'n voortgezette verzekering is echter geen zorgverzekering meer, maar een louter particuliere verzekering. De verzekeraar krijgt er geen vereveningsbijdrage voor.

Artikel 6, tweede lid

Anders dan de leden van de fractie van het CDA lijken te veronderstellen, eindigt de zorgverzekering niet per definitie zodra de verzekerde naar een andere provincie verhuist. Dit is alleen het geval indien de verzekerde naar een provincie verhuist waar zijn zorgverzekeraar niet werkt dan wel waar zijn zorgverzekeraar wel werkt, maar waarin deze niet de zorgverzekeringsvariant aanbiedt die de verzekerde in zijn eerdere woonprovincie had. Dit is een logisch uitvloeisel van het beginsel dat het de zorgverzekeraars vrijstaat in iedere provincie een andere set van zorgverzekeringsvarianten aan te bieden. In dat laatste geval kan de verzekerde echter wel, als hij bij zijn verzekeraar wil blijven, uit alle varianten kiezen die zijn zorgverzekeraar in zijn nieuwe woonprovincie aanbiedt. Te verwachten is dat zijn zorgverzekeraar hem ook wel actief op alle door hem in de nieuwe woonprovincie geboden mogelijkheden zal wijzen. De reden waarom een zorgpolis niet eindigt indien iemand naar het buitenland verhuist (en daar verzekeringsplichtig blijft) is, dat op grond van artikel 3, vijfde lid, alle verzekeraars al hun polissen in het buitenland moeten aanbieden. Dat dat moet, volgt uit het EU-recht. Er zou daarom geen reden zijn de zorgpolis van een verzekeringsplichtige die naar het buitenland verhuist, van rechtswege te laten eindigen: hij kan zijn polis gewoon naar het buitenland meenemen.

Eindigt de zorgverzekering van iemand die naar een andere provincie verhuist inderdaad omdat zijn zorgverzekeraar de desbetreffende zorgverzekeringsvariant in de nieuwe woonprovincie niet aanbiedt, dan gebeurt dat met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag van verhuizing. Als de verzekerde op 18 april verhuist, is dat dus op 1 juni. De verzekerde heeft dus ten minste een maand om een nieuwe zorgverzekeringsvariant uit te zoeken. Mede gegeven het feit dat een verhuizing doorgaans ruim van te voren bekend is, zodat men zich ook al voor de verhuizing op een nieuwe verzekeraar of nieuwe verzekeringsvariant kan oriënteren, acht ik de tijd voor het sluiten van een nieuwe zorgverzekering voldoende.

Op grond van de Zfw kan een ziekenfonds zijn werkgebied tot delen van Nederland beperken. Indien een bij een dergelijk ziekenfonds ingeschreven verzekerde verhuist naar een buiten dat werkgebied gelegen gemeente, dient het ziekenfonds de inschrijving op grond van artikel 43a Zfw te beëindigen. De verzekerde zal dan een nieuw ziekenfonds moeten zoeken. Dit is in het verleden, toen de ziekenfondsen nog regionaal werkten, veelvuldig voorgekomen. Tegenwoordig werkt alleen AZIVO nog regionaal, met als gevolg dat beëindiging van de inschrijving wegens verhuizing alleen nog voor AZIVO-verzekerden aan de orde kan zijn. Dit in antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie, of er enig vergelijkbare situatie bestaat waarbij verhuizing leidt tot het vervallen van een verzekering.

Artikel 6, tweede lid

De acceptatieplicht geldt voor alle verzekeringsplichtigen in de zin van de Zorgverzekeringswet, en verzekeringsplichtig is iedereen die verplicht verzekerd is op grond van de AWBZ, behalve militairen in werkelijke dienst en personen die door de SVB wegens gemoedsbezwaren van de AWBZ-verplichtingen zijn vrijgesteld (laatstgenoemden zijn wel AWBZ-verzekerd, maar hebben geen rechten en plichten uit de AWBZ-verzekering; hiervoor is gekozen omdat de AWBZ, anders dan de Zorgverzekeringswet, een verzekering van rechtswege is). Verzekerd voor de AWBZ zijn allereerst alle ingezetenen, dat wil zeggen alle inwoners van Nederland. Over de vraag wanneer gezegd kan worden dat iemand in

Nederland woont, is in de loop der jaren veel jurisprudentie ontstaan, aangezien dit «wonen in Nederland» basisbeginsel is voor de verzekeringsplicht voor *alle* volksverzekeringen (dus ook voor de Algemene Ouderdomswet, Algemene nabestaandenwet en de Algemene Kinderbijslagwet). Het gaat te ver deze jurisprudentie hier uitgebreid te bespreken. Kern ervan is dat iemand – naar de omstandigheden beoordeeld – in Nederland woont, indien hij het middelpunt van zijn of haar maatschappelijk leven in Nederland heeft gevestigd. Daarnaast zijn verzekeringsplichtig voor de AWBZ degenen die in het buitenland wonen maar in Nederland in een aan de loonbelasting onderworpen dienstbetrekking werken. Ten slotte kent het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 nog een aantal andere gevallen waarin in het buitenland wonenden verplicht AWBZ-verzekerd zijn. Aan de leden van de fractie van de VVD kan derhalve worden geantwoord, dat de verzekeringsplicht voor de Zorgverzekeringswet ook degenen betreft die in het buitenland wonen en verplicht AWBZ-verzekerd zijn (behalve indien zij tevens militair of gemoedsbezwaarde zijn, zie boven). Het gros van de uitzonderingen op het beginsel dat ingezetenen AWBZ-verzekerd en dus Zorgverzekeringswet-verzekeringsplichtig zijn, vloeit overigens voort uit internationale verdragen of Verordening 1408/71, die Nederland na te volgen heeft. Die verdragen vormen een onmisbare schakel voor het vrije verkeer van werknemers dat in een openmarkteconomie noodzakelijk is.

Artikel 7, derde lid, onderdeel b

In artikel 7, derde lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet is geregeld dat een zorgverzekering niet kan worden opgezegd wegens een door de wetgever opgelegde pakketverslechtering. Dit omdat zo'n pakketverslechtering door alle zorgverzekeraars in hun zorgverzekeringen zal moeten worden doorgevoerd, zodat dit geen reden kan zijn om de verzekeringnemer – ten nadele van de verzekeraar – een extra opzegmogelijkheid te verschaffen. Dit doet overigens, anders dan de leden van de VVD-fractie aannemen, niets af aan de mogelijkheid om de verzekering per 1 januari op te zeggen (artikel 7, eerste lid) of aan de mogelijkheid de verzekering bij iedere premieverhoging (artikel 7, derde lid, onderdeel a) op te zeggen.

Hoofdstuk 3

Artikelen 10 en 11

De aanspraken zijn in de artikelen 10 juncto 11 wel degelijk functiegericht omschreven, zo kan ik de leden van de VVD-fractie mededelen. Dit zal duidelijk worden als men naast artikel 10 de tekst van artikel 8, eerste lid, van de Zfw legt. Laatstgenoemd artikel spreekt van «medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis» en van «huisartsenzorg», dat wil zeggen, noemt de instellingen respectievelijk de beroepsbeoefenaren die de zorg moeten verlenen. In artikel 10 van de Zorgverzekeringswet komt dit niet meer terug. Uiteraard zal ook de bij het Besluit zorgverzekering te regelen, nadere uitwerking van de aanspraken functiegericht geschieden.

Artikelen 10, 11 en 14

De leden van de fracties van de VVD, de SGP en de ChristenUnie vragen waarom het krachtens artikel 10 te verzekeren risico niet beperkt is tot de behoefte aan medisch noodzakelijke zorg. Leidt het ontbreken, in artikel 10, van de eis dat het om medisch noodzakelijke zorg moet gaan er niet toe dat verzekerden ook zorg kunnen claimen die niet medisch noodzakelijk is? Voorts vragen de leden van de VVD-fractie of een «behoefte aan (de

genoemde vormen van) zorg» wel een risico is dat verzekerd kan worden (artikel 10). Zou het niet beter zijn om het te verzekeren risico te omschrijven als «het risico dat de behoefte van iemand leidt tot consumptie van medisch noodzakelijke zorg»? Wie bepaalt overigens of er een behoefte aan verzekerde zorg bestaat, zo vragen deze leden. De leden van de SGP willen daarnaast graag weten waarom in artikel 11, eerste lid, alleen bij restitutie het recht op bemiddeling is genoemd. Betekent dat dat een naturaverzekeraar geen plicht heeft om voor zijn verzekerden de zorg te regelen waaraan deze behoefte hebben? «Waarom is het criterium van medische noodzakelijkheid – tezamen met andere objectieve criteria – niet in artikel 11 opgenomen?», vragen de leden van de fractie van de ChristenUnie ten slotte nog.

Voor het antwoord op de meeste hierboven gestelde vragen is het van belang goed de volgorde van de artikelen 10, 11 en 14 in het oog te houden. Artikel 10 bepaalt wat het te verzekeren risico is. Dat wil zeggen in welke gevallen de verzekerde in principe recht heeft op een prestatie van zijn zorgverzekeraar. Artikel 10 zegt nog niets over de aard, inhoud en omvang van deze prestaties. Daar hebben we artikel 11 voor. Dat artikel zegt dat het te verzekeren pakket bestaat uit verlening van de in artikel 10 genoemde vormen van zorg (natura), of vergoeding van de kosten van die zorg plus, desgevraagd, zorgbemiddeling (restitutie + zorgbemiddeling). Bij amvb (het Besluit zorgverzekering) zal het te verzekeren pakket nader worden geregeld. Regelen de artikelen 10 en 11 tezamen het te verzekeren risico en het te verzekeren pakket, hiermee is nog niet geregeld wie beoordeelt of een verzekerde in een individueel geval wel op een bepaalde vorm van verzekerde zorg is aangewezen en dus recht heeft op verstrekking of vergoeding van die zorg. Formeel is dit, net als voor de meeste schadeverzekeringen geldt, de zorgverzekeraar (met de civiele rechter als toetsingsinstantie). Echter, in artikel 14 is wél geregeld, dat deze beoordeling slechts op grond van zorginhoudelijke criteria dient te geschieden. Dat betekent, zoals in de memorie van toelichting op dat artikel is aangegeven, dat als een verzekeraar zich in de polis de mogelijkheid heeft voorbehouden om te beoordelen of een verzekerde wel op een bepaalde vorm van verzekerde zorg is aangewezen, hij in dezen dient te varen op het oordeel van een zorginhoudelijk deskundige, bijvoorbeeld een arts. Voor veel voorkomende, relatief goedkope zorg, zoals zorg van een huisarts, zal de zorgverzekeraar waarschijnlijk geen afzonderlijke toets voorschrijven of iemand op die zorg is aangewezen. Particuliere ziektekostenverzekeraars doen dat op dit moment immers ook niet. Uit de rekening van de huisarts zal hij afleiden, dat betrokkene op huisartsenzorg was aangewezen, óók als de huisarts van mening zou zijn geweest dat de verzekerde voor een ingebeelde ziekte kwam (hij was dan wel op zorg van die huisarts aangewezen, maar niet op verdere zorg).

Nog eens samengevat: artikel 10 regelt het te verzekeren risico, artikel 11 regelt de te verzekeren prestaties (ook wel het te verzekeren pakket genoemd), en artikel 14 regelt hoe wordt bepaald of iemand bij het optreden van het verzekerde risico is aangewezen op een bepaalde verzekerde prestatie. In welk artikel dient nu het criterium van medisch noodzakelijk zorg te worden verankerd? Naar mijn mening kan dat het best geschieden in de sfeer van het te verzekeren pakket, dus bij of krachtens artikel 11. In artikel 10 kan worden volstaan met een definitie van het te verzekeren risico als «de behoefte aan (bepaalde vormen van) zorg». Of die zorg medisch noodzakelijk is of niet, is voor het te verzekeren risico niet van belang. Wat wél van belang is, is dat, gegeven dat het verzekerde risico is ingetreden, geen recht bestaat op prestaties in de vorm van medisch niet noodzakelijke zorg. Oftewel, dat in het te verzekeren pakket geen onnodige zorg zit. Omdat de invulling van het begrip «medisch noodzakelijk» per vorm van zorg kan verschillen, is ervoor gekozen dat

begrip niet in artikel 11 zelf op te nemen, maar het te verwerken in het Besluit Zorgverzekering, dat wil zeggen in de amvb op grond van artikel 11, derde lid. Hetzelfde geldt voor andere objectieve criteria die voor de bepaling van de inhoud en omvang van het pakket van belang zijn, zo kan ik de leden van de fractie van de ChristenUnie antwoorden. In het kader van artikel 14, ten slotte, zal moeten worden beoordeeld of een bepaalde verzekerde behoefte heeft aan in artikel 10 opgesomde zorg (dus of het verzekerde risico is ingetreden) en zo ja, op (vergoeding van) welke vorm van verzekerde zorg hij is aangewezen. Omdat niet medisch noodzakelijke zorg door middel van het Besluit Zorgverzekering buiten het verzekerde pakket wordt gehouden, is reeds zeker gesteld dat bij de beoordeling, bedoeld in artikel 14, geen medisch niet noodzakelijke zorg voor de verzekerde kan worden aangewezen.

Voor de formulering, in artikel 10, dat het verzekerde risico is «de behoefte aan (bepaalde vormen) van zorg» is gekozen omdat de prestaties uit de zorgverzekering zowel in natura als in de vorm van een geldelijke vergoeding (restitutie) kunnen zijn. De formulering van de leden van de VVD-fractie, te weten dat het te verzekeren risico is «het risico dat de behoefte van iemand leidt tot consumptie van medisch noodzakelijke zorg», wekt teveel de indruk dat het verzekerde risico pas optreedt nadat de zorg is geconsumeerd. Oftewel, wekt teveel indruk dat slechts restitutie mogelijk is.

Het feit dat het recht op zorgbemiddeling in artikel 11, eerste lid, slechts expliciet bij restitutie is opgenomen, wil geenszins zeggen dat de zorgverzekeraar die zorg in natura heeft verzekerd geen inspanningen hoeft te verrichten om ervoor te zorgen dat de verzekerde aan de zorg komt waaraan hij behoefte heeft. Integendeel, bij een verzekering in natura dient de zorgverzekeraar daar juist altijd voor te zorgen. Dat vloeit voort uit het feit dat de verzekerde bij zo'n verzekering jegens hem direct recht heeft op de verzekerde zorg waaraan hij behoefte heeft. De verzekeraar dient die zorg dus zelf aan de verzekerde te verlenen of – dat zal veel vaker voorkomen – in zijn naam te laten verlenen door door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Voor een verzekering in natura is het afzonderlijk regelen van een recht op zorgbemiddeling derhalve niet nodig, aangezien het recht daarop reeds in het naturakarakter van de verzekering besloten ligt. Dit in antwoord op de vraag van de leden van de SGP-fractie.

Artikel 14 bepaalt in de kern dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord. De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat het woord «behoefte» in artikel 14 ten onrechte wordt gehanteerd, aangezien de beantwoording van de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg naar hun mening niet aan de zorgverzekeraar is. Zij vragen in wezen of het niet beter is de woorden «behoefte heeft aan» te vervangen door «recht heeft op».

Naar mijn mening zou dit geen verbetering zijn. Allereerst niet, omdat de zorgverzekeraar – in ieder geval voor zover het de rechten uit de verzekering betreft – wel degelijk iets te zeggen heeft over de vraag of behoefte bestaat aan de verzekerde zorg. Zonder dergelijke behoefte treedt het verzekerde risico immers niet in en is er dus sowieso al geen reden tot het verstrekken of vergoeden van prestaties. In het voorgaande heb ik reeds beargumenteerd waarom het woord «behoefte» deel uitmaakt van het te verzekeren risico. Ten tweede niet, omdat de woorden «recht bestaat op bepaalde vormen van zorg» (welke vraag, zoals de leden van de VVD-fractie terecht stellen, door de zorgverzekeraar wordt beantwoord) verwarring zouden kunnen wekken omtrent de vraag of de verzekerde ook recht op (vergoeding van) buiten het pakket vallende zorg zou hebben (bijvoorbeeld AWBZ-zorg), indien de verzekerde hierop op grond van

zorginhoudelijke criteria zou zijn aangewezen. Dat is natuurlijk niet de bedoeling. Ik herhaal het hier nog eens: artikel 10 regelt het te verzekeren risico, artikel 11 regelt de te verzekeren prestaties (ook wel het te verzekeren pakket genoemd), en artikel 14 regelt hoe wordt bepaald of iemand bij het optreden van het verzekerde risico is aangewezen op een bepaalde verzekerde prestatie. Voor die laatste vraag is bepalend of de verzekerde behoefte heeft aan die bepaalde verzekerde prestatie, en bij de beantwoording daarvan mogen, zo bepaalt artikel 14, slechts zorginhoudelijke criteria een rol spelen.

Artikel 11

In reactie op de vraag van de leden van de VVD-fractie of er is gedacht aan de mogelijkheid om een second opinion voor eigen rekening te laten voor zover niets nieuws wordt geconstateerd, merk ik op dat een second opinion veelal juist gevraagd wordt indien er twijfels bestaan over de gestelde diagnose. Een second opinion kan dergelijke twijfels wegnemen. Uit de aard der zaak zal een second opinion in een aanzienlijk aantal gevallen bevestiging van de eerder gestelde diagnose opleveren. Datzelfde geldt ook voor andere zorgvragen die in de tweede lijn bij de specialist terecht komen. De daar gestelde diagnoses zullen eveneens in een aanzienlijk aantal gevallen een bevestiging geven van vermoedens of diagnoses die bij de zorgvraag in de eerste lijn al zijn opgekomen. Vanwege het belang van de patiënten ben ik van mening dat verzekeren in het kader van de Zorgverzekeringswet recht hebben op een second opinion, net als dat thans in de ziekenfondsverzekering het geval is. De verzekeraars hebben de bevoegdheid om zelf uit te maken of zij voor bepaalde zorgvormen een verwijzing door een andere zorgaanbieder of toestemming vooraf zullen voorschrijven.

Artikel 11

Er zijn mij geen arresten van het Europese Hof van Justitie bekend waarin is uitgesproken dat het vrij contracteren van zorg in strijd is met het vrij verkeer van diensten. Integendeel, de vrije keuze die de Zorgverzekeringswet de zorgverzekeraars geeft tussen het aanbieden van zorgverzekeringen met een naturakarakter en zorgverzekeringen met een restitutie karakter, waarbij op dit punt ook per vorm van zorg mag worden gedifferentieerd, verhoudt zich juist uitstekend met het vrij verkeer van goederen en diensten, zo zou ik de leden van de VVD-fractie willen voorhouden. Juist het verplicht voorschrijven van het aanbieden van zorgverzekeringen krachtens welke voor bepaalde vormen van zorg de verzekeren slechts bij gecontracteerde zorgaanbieders terecht kunnen (artikel 12 van de Zorgverzekeringswet), kan Europeesrechtelijk moeilijk liggen. Dat heeft te maken met het feit dat het voor buitenlandse zorgverzekeraars moeilijker kan zijn om (in de buurt van de verzekerden beschikbare) zorg te contracteren, dan voor Nederlandse. Daarom zal van de mogelijkheid van het aanwijzen van dergelijke zorg slechts gebruik worden gemaakt indien dit ter bescherming van het algemeen belang noodzakelijk is.

Artikel 11

In dit verband is overigens de door de leden van de VVD-fractie in herinnering geroepen situatie waarbij verzekerde zorg niet beschikbaar was als gevolg van de budgettering, instructief. Los van de omstandigheid dat deze situatie, gezien de jurisprudentie in de bestaande verzekerings-situatie niet zo eenduidig ligt als de opmerking van de aan het woord zijnde leden veronderstelt, merk ik op dat die situatie zich in het nieuwe verzekeringssysteem in ieder geval niet kan voordoen. De verzekerde

heeft in beginsel recht op alle wettelijke aanspraken, in de omvang zoals wettelijk is bepaald. De zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat hij die zorg kan krijgen. Als het niet in Nederland kan, dan maar in het buitenland. En ongeacht de uitkering die hij ontvangt uit het vereveningsfonds want hij moet zijn financiering sluitend maken met zijn (nominale) premie.

Artikel 11

Met betrekking tot kwaliteit hebben de leden van de VVD-fractie gevraagd in hoeverre de huidige zelfregulering bij de kwaliteitsnormering onder vuur kan komen te liggen van NMa of de Zorgautoriteit op grond van de Mw.

De wijze waarop de Mw wordt toegepast in de zorg is neergelegd in de Richtsnoeren voor de zorgsector, die onder meer via het internet zijn te raadplegen. Die richtsnoeren geven meer ruimte voor samenwerking en afspraken dan vaak wordt gedacht, al zijn er beperkingen. Afspraken over de verbetering van de kwaliteit van de zorg zijn in het algemeen toegestaan wanneer de afspraken enkel ten doel hebben via objectieve en transparante criteria de verantwoordelijkheden en bekwaamheden van de zorgaanbieders te regelen. Indien de afspraken verder gaan dan puur de bevordering van de kwaliteit of de kwaliteitsafspraken gepaard gaan met andere afspraken, die bijvoorbeeld nieuwe toetreders zouden kunnen belemmeren, moeten deze verdergaande afspraken worden getoetst aan de Mw. Al met al is er geen reden om te vrezen dat de pijler van zelfregulering, waarop ons kwaliteitssysteem rust, met het nieuwe zorgstelsel onderuit wordt gehaald.

Artikel 11

De leden van de PvdA-fractie hebben mij gevraagd nader in te gaan op de mogelijkheden in het nieuwe stelsel voor verticale integratie. Zij vragen daarbij nadrukkelijk aan te geven welke verschillen er zijn met de situatie nu in de ziekenfondsverzekering en hoe zich dat verhoudt met het mededingingstoezicht en de rol van de NMa. Van belang daarbij is om vast te stellen dat zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren ziektekostenverzekeraars zijn in de zin van de Wft. Voor deze verzekeraars geldt het verbod op nevenactiviteiten. Dat betekent dat een ziektekostenverzekeraar met vergunning voor de branches ongevallen en ziekte geen andere verzekeringen mag voeren dan waarvoor hij een vergunning van DNB/PVK heeft maar ook dat hij alleen maar nevenactiviteiten mag verrichten die dienstbaar zijn aan de uitoefening van het verzekeringsbedrijf. Verzekeren moet ook de hoofdactiviteit van de onderneming blijven. Dat sluit overigens allerm minst uit dat verzekeraars deelnemen in zorginstellingen, bijvoorbeeld door een bestuurder te leveren. DNB/PVK zal zo'n deelneming of eventuele oprichting van eigen zorginstellingen altijd moeten toetsen aan het verbod op nevenactiviteiten, waarbij vooral het risico voor de continuïteit en de solvabiliteit van de verzekeraar als belangrijkste toetspunten gelden. In die zin is er dus een verschil ten opzichte van de huidige Zfw. Hier speelt DNB/PVK als prudentieel toezichthouder immers geen rol. Strijdigheid van met het mededingingsrecht behoort tot het oordeel van de NMa als toezichthouder op de naleving van de Mw. Als het gaat om deelneming van verzekeraars in zorg(instellingen) is DNB/PVK de toezichthouder die toeziet op naleving van het verbod op nevenactiviteiten. Verleent DNB/PVK toestemming, dan kan de Zorgautoriteit toezien op een de wijze waarop deze partij(en) zich in de markt gedragen waarbij het dan met name gaat om ordelijk marktoptreden. Aspecten als aanmerkelijke marktmacht en selectief contracteren zijn dan onder meer aspecten van aandacht. De NMa ziet uiteindelijk toe op naleving van de Mw.

Artikel 11

De leden van de SGP-fractie vragen naar de loskoppeling van het recht op verpleging of verblijf van door of vanwege een ziekenhuis te verlenen medisch-specialistische zorg en of deze kosten niet automatisch aan elkaar verbonden zijn.

In antwoord op deze vraag merk ik op dat om de in de memorie van toelichting genoemde redenen gekozen is voor het functiegericht omschrijven van de zorgaanspraken. Dit betekent dat niet meer bij wettelijk voorschrift geregeld wordt wie de zorg verleent en waar die wordt verleent. Dit houdt in dat ook niet meer wordt geregeld welke instelling verblijf mag leveren. Dat wordt bepaald in de zorgpolis.

Het verblijf onder de Zorgverzekeringswet is ruimer dan het door de leden van de SGP-fractie genoemde verblijf. Behalve verblijf in een ziekenhuis omvat de Zfw ook verblijf in revalidatie-instellingen. Verder zijn er nu al ander verblijfsvormen mogelijk op grond van paragraaf 3.3.1 «initiatief-ruimte ziekenfondsverzekering» van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet. Voorts omvat de Zorgverzekeringswet verblijf in verband met een psychiatrische aandoening.

Met de leden van de SGP-fractie deel ik de mening dat indien er sprake is van verblijf in combinatie met medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen, de kosten hiervan onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn, ook onder de Zorgverzekeringswet. De dbc's gaan daar eveneens vanuit.

Artikel 11, vierde lid

De leden van de SGP-fractie stellen enkele vragen over de mogelijkheid om door middel van een aantekening op de polis bepaalde vormen van zorg buiten de dekking van de zorgverzekering te houden.

De mogelijkheid om op eigen naam een aantekening te vragen, is in artikel 11 beperkt tot de eigen verzekering, alsmede tot de verzekering van kinderen jonger dan twaalf jaar. Als een man en een vrouw het er over eens zijn dat het wenselijk is om ook op de polis van de vrouw een aantekening te laten maken, kan de man deze echter wel voor haar vragen. Hetzelfde geldt voor kinderen van twaalf jaar en ouder. De man zal deze zorgverzekeringen dan echter wel namens zijn familieleden dienen te sluiten, dat wil zeggen, die familieleden worden ieder voor hun eigen zorgverzekering de verzekeringnemer. Dat zal, nu voor ieder gezinslid een afzonderlijke zorgverzekering zal worden afgesloten (gezinspolissen zijn niet meer mogelijk; zie ook mijn antwoord op een vraag van de leden van de VVD-fractie onder artikel 1, onderdeel o), mogelijk ook de normale gang van zaken worden: degene die de verzekering voor de ander sluit wordt dan slechts verzekeringnemer indien hij daar uitdrukkelijk om vraagt. (De premie wordt in de praktijk van de gezinsrekening betaald, dus ook wat dat betreft maakt het niet veel uit wie de verzekeringnemer is.)

Een kind van twaalf jaar of ouder heeft op grond van de «Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst» (titel 7, afdeling 5, BW) de mogelijkheid zich te laten behandelen, ook al zijn zijn ouders het daar niet mee eens. Valt de behandeling ten gevolge van een aantekening niet onder de dekking van de zorgverzekering, dan komt de door de ouders niet gewenste behandeling voor rekening van die ouders. Door het kind de mogelijkheid te geven om de aantekening door te laten halen, wordt voorkomen dat de in het BW neergelegde mogelijkheid om toch voor behandeling te kiezen een dode letter wordt. Zonder deze mogelijkheid zou immers het kind op grond van de financiële gevolgen voor zijn ouders van de behandeling af kunnen zien of, indien hij toch voor de behandeling zou kiezen, de relatie met zijn ouders – die waarschijnlijk emotioneel al moeite hebben met zijn keuze – extra belasten. Beide uitkomsten lijken mij ongewenst. Daarom is in het vierde lid van artikel 11 geregeld dat een

aantekening op een polis op grond waarvan iemand anders dan de verzekerde de verzekeringnemer is, slechts kan gelden voor kinderen tot twaalf jaar. Is het kind de verzekeringnemer – hetgeen doorgaans het geval zal zijn, zie boven – dan heeft het kind de mogelijkheid de aantekening te laten doorhalen. Hij is immers de verzekeringnemer.

Artikel 11, vierde lid

Een zorgverzekeraar mag geen modelovereenkomst op de markt brengen waarin bij voorbaat reeds bepaalde vormen van zorg die tot het te verzekeren pakket behoren, worden uitgesloten. Zijn modelovereenkomsten dienen immers niet meer en niet minder dan het wettelijk te verzekeren pakket te beslaan. Dat betekent echter niet, zo kan ik de leden van de SGP-fractie bevestigen, dat hij geen reclame mag maken met de mogelijkheid tot het vragen van een aantekening.

Artikel 11

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. Ook vragen zij zich af of deze toezichthoudende instantie ook uitspraken kan doen over de kwaliteit en passendheid van aangeboden gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. De termen gebruikelijke zorg en gebruikelijk tarief zijn gehanteerd in de beschrijving van de te liberaliseren zorgmarkt. Het toezicht op de zorgmarkt zal bij de Zorgautoriteit komen te berusten. In zijn toezichtbeleid zal de Zorgautoriteit zowel naar gebruikelijke zorg als naar gebruikelijke prijzen kijken. Voor zover dat op grond van de Wtg gereguleerde prijzen zijn, ligt het referentiekader in die prijsregulering; voor zover het vrije prijzen zijn, zal de relatie tussen kostprijs en marktprijs een belangrijke toetssteen voor de toezichthouder zijn. Oordelen over de kwaliteit en passendheid van zorg, al dan niet gecontracteerd, behoren in eerste instantie de IGZ toe.

Artikel 11

De leden van de fracties van de VVD, de PvdA en de Christen Unie vragen naar de mogelijkheden voor een persoonsgebonden budget (PGB) in de Zorgverzekeringswet.

In het naturasysteem van de AWBZ vormt het PGB voor de verzekerden een zinvolle aanvulling op de verplichting de zorg waarop zij zijn aangewezen af te nemen bij een van de door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieders. De verzekerden krijgen daardoor meer autonomie en ruimte om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor de organisatie van hun zorg. De mogelijkheid om zelf een leverancier voor de zorg te kiezen, inclusief niet-reguliere aanbieders, draagt er ook toe bij dat de reguliere aanbieders, waar nodig, meer klantgericht gaan werken.

In de Zorgverzekeringswet is in algemene zin in ruime mate voorzien in vergelijkbare ruimte voor de verzekerden. In de eerste plaats is aan zorgverzekeraars de mogelijkheid geboden om restitutiepolissen aan te bieden, waarbij de verzekerden geheel zelf kunnen bepalen bij welke zorgaanbieder zij de zorg zullen betrekken, en zij daarna de rekening daarvoor ter betaling aan hun zorgverzekeraar kunnen doen toekomen. Voorts kent de Zorgverzekeringswet ook voor verzekerden die gekozen hebben voor een naturapolis, de mogelijkheid desgewenst zorg te betrekken bij een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder die de verzekerde zorg kan leveren; in dat geval vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van die zorg tot een door hem in de polis aangegeven maximum, dat overigens niet zo laag mag zijn dat daardoor een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het betrekken van de zorg in het buitenland.

Het komt mij voor dat de Zorgverzekeringswet hiermee in ruime mate tegemoet komt aan de behoefte van sommige verzekerden om zelf te bepalen waar zij hun zorg inkopen. Het wetsvoorstel kent evenwel geen mogelijkheid om verzekerden vooraf, nog voor er sprake is van zorgconsumptie, een bedrag ineens te betalen ter hoogte van (een deel van) de verwachte kosten. Daaraan bestaat in het licht van de bestaande, hiervoor geschetste mogelijkheden naar mijn mening geen behoefte. Daarenboven zij erop gewezen dat het PGB op dit moment in de AWBZ alleen wordt gehanteerd voor de functies huishoudelijke en persoonlijke verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding en verpleging en niet voor de functies behandeling en verblijf. Het gaat dan om langdurige stabiele situaties waarbij de behoefte aan zorg tevoren is in te schatten. In de functiegerichte opzet van de aanspraken in de Zorgverzekeringswet zou het niet goed doenlijk zijn het PGB tot dergelijke situaties te beperken; het PGB zou dan ook gaan gelden voor zorgvormen waarvoor het niet gewenst is.

Ik acht het derhalve niet aangewezen in de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid van een PGB op te nemen.

Artikel 12, vierde lid

De leden van de CDA-fractie vragen de regering welke mogelijkheden de verzekerde heeft indien hij voor bepaalde zorg op zich naar een gecontracteerde zorgaanbieder moet, maar zijn zorgverzekeraar de door hem gewenste zorgaanbieder niet heeft gecontracteerd. Het antwoord op deze vraag is, dat hij dan alsnog naar de zorgaanbieder van zijn voorkeur kan, maar dat hij dan waarschijnlijk wel een deel van de rekening voor eigen rekening zal moeten nemen. Dat volgt uit artikel 13, welk artikel de zorgverzekeraar in zijn zorgpolissen zal moeten verwerken. Overigens kan de verzekerde natuurlijk ook besluiten over te stappen naar een zorgverzekeraar die de desbetreffende zorgaanbieder wél gecontracteerd heeft, dan wel die de kosten van de zorg van de zorgaanbieder volledig vergoedt. Omdat de verzekerde niet kan overstappen op ieder door hem gewenst moment – dat vloeit nu eenmaal voort uit het feit dat hij een verzekeringsovereenkomst met bepaalde kenmerken met een bepaalde verzekeraar heeft gesloten – is deze laatste optie vooral aan de orde indien de verzekerde, gezien zijn ziekte, verwacht gedurende langere tijd op de diensten van de zorgaanbieder te zijn aangewezen. Hij kan dan per 1 januari overstappen, of op andere bij de wet, bij het BW of nog eventueel extra in zijn zorgpolis geregelde momenten.

Artikel 12

De VVD-fractie is van mening dat het in principe niet wenselijk is dat zorgverzekeraars zelf zorgaanbod leveren (verticale integratie). Wel ziet deze fractie 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 onderhavige wetsvoorstel bepalingen op te nemen (nee, tenzij)?

Anders dan de leden van de PvdA-fractie zijn de leden van de VVD-fractie minder geporteerd van verticale integratie. Wel zijn zij het in bijzondere situaties als onontbeerlijk dat een verzekeraar zelf zorgdraagt voor het leveren van zorg. Zij vragen zich dan ook af waarom het kabinet hierover niets in het wetsvoorstel heeft opgenomen. Voor mijn antwoord op de vragen van de VVD-fractie verwijs ik naar hetgeen ik in het voorgaande bij artikel 11 hierover heb gezegd bij mijn antwoord op de vergelijkbare vragen van de PvdA-fractie. Het komt er in feite op neer dat vanwege het in de Wtv 1993 (in de toekomst: Wft) opgenomen verbod op neven-

activiteiten niet voor de hand ligt daarover andere voorwaarden in de Zorgverzekeringswet op te nemen. Verticale integratie kan, mits verzekeren de hoofdactiviteit van de zorgverzekeraar blijft en voor zover DNB/PVK als toezichthouder deelneming in of het zelf exploiteren van een zorginstelling proportioneel acht en voldoende waarborgen zijn geboden voor de continuïteit en solvabiliteit van de onderneming.

Artikel 13, eerste lid

De tekst van artikel 13 is volledig in overeenstemming met de huidige Europese jurisprudentie. Het gaat daarbij om de arresten «Decker» (C-120/95) en «Kohl» (C-158/96), maar vooral ook om de recentere arresten «Smits en Peerbooms» (C-157/99) en «Müller-Fauré en Van Riet» (C-385/99), aangezien laatstgenoemde arresten specifiek voor de (huidige) Nederlandse situatie zijn geweest, zo kan ik de leden van de fracties van het CDA en de PvdA antwoorden.

Krachtens het arrest «Smits en Peerbooms» is het Nederland, gegeven een contracteerplicht tussen ziekenfonds en ziekenhuis, toegestaan te bepalen dat een verzekerde slechts in het buitenland van een niet gecontracteerd ziekenhuis intramurale ziekenhuiszorg mag betrekken indien hij daartoe toestemming van zijn ziekenfonds heeft. Krachtens het arrest «Müller-Fauré en Van Riet» geldt dat niet voor extramurale tandheelkundige hulp en ziekenhuiszorg. Door middel van artikel 13, Zorgverzekeringswet wordt het systeem van «Müller-Fauré en Van Riet» in wezen tot alle tweedecompartimentszorg uitgebreid, of deze nu intramuraal of extramuraal is, of deze nu in het buitenland of in Nederland wordt betrokken, en zelfs indien de desbetreffende vorm van zorg ten gevolge van een amvb op grond van artikel 12 zou zijn aangewezen als zorg die in principe slechts van gecontracteerde zorgaanbieders dient te worden afgenomen. Artikel 13 brengt immers met zich dat iemand die krachtens zijn zorgpolis in principe naar een gecontracteerde zorgaanbieder moet (of dit nu moet omdat de zorgverzekeraar en vervolgens de verzekerde zelf heeft gekozen om uit te gaan van gecontracteerde zorgaanbieders of omdat de amvb ex artikel 12 daartoe zou verplichten) altijd, dus zonder voorafgaande toestemming van zijn zorgverzekeraar, voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (in Nederland of in het buitenland) kan kiezen. Gevolg daarvan is echter wel, dat hij er rekening mee moet houden dat slechts een deel van de rekening wordt vergoed. Hoe hoog dat deel is, wordt door de zorgverzekeraar bepaald en in de zorgpolis weergegeven. Bij het vaststellen van de vergoeding dient de zorgverzekeraar er wel rekening mee te houden dat ingevolge het arrest «Müller-Fauré en Van Riet» voor zorg, betrokken van een buitenlandse zorgaanbieder, de vergoeding niet zo laag mag zijn, dat het vrij verkeer van diensten (van de zorgaanbieder) daardoor wordt belemmerd. Overigens hoeft in ieder geval niet meer te worden betaald dan wat in Nederland doorgaans voor de desbetreffende zorg wordt betaald. Indien voor de desbetreffende vorm van zorg geen Wtg-«punttarief» geldt, kan daarbij bijvoorbeeld worden uitgegaan van de gemiddelde prijs die de zorgverzekeraar voor de desbetreffende vorm van zorg aan wél door hem gecontracteerde aanbieders vergoedt, of van de prijs die hij vergoedt aan de wel door hem gecontracteerde zorgaanbieder die het dichtst bij de verzekerde is gevestigd. Geldt een Wtg-punttarief, dan is dat tarief bepalend.

Het is derhalve aan iedere individuele verzekeraar om te bepalen welke bedragen hij aan een verzekerde die ondanks zijn zorgpolis naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoedt. De leden van de PvdA-fractie kan ik meedelen dat ik niet verwacht dat de zorgverzekeraars onderling afspraken zullen maken over de hoogte van de vergoeding, aangezien dat waarschijnlijk in strijd zou komen met het mededingings-

recht. Wel zal de hoogte van de vergoeding naar mijn verwachting in de loop der jaren door middel van jurisprudentie worden ingevuld. De verzekerde krijgt duidelijkheid over de hoogte van zijn vergoeding doordat zijn zorgverzekeraar in de modelovereenkomst en ook in de individuele zorgpolis op moet nemen, hoe hij de hoogte van de vergoeding berekent. Voert de verzekeraar in dezen een gedifferentieerd beleid, dan kan hij in de zorgpolis de hoofdregels noemen, en verder verwijzen naar een website en een telefonische hulpdienst. Een verzekerde die overweegt zorg van een niet door zijn verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder te betrekken, kan dan internet consulteren of bellen om te weten te komen welk deel van de rekening zijn zorgverzekeraar zal vergoeden. Uit het voorgaande zal de leden van de PvdA-fractie duidelijk zijn geworden, dat de zorgverzekeraars de mogelijkheid die artikel 13 de verzekerden geeft, in hun modelovereenkomsten en zorgpolissen zullen moeten opnemen, tezamen met de wijze waarop hij de hoogte van de vergoeding berekent. Is dat gebeurd, dan heeft de verzekerde die krachtens zijn polis naar een gecontracteerde zorgaanbieder moet, altijd het recht om, tegen de door zijn zorgverzekeraar bepaalde vergoeding, naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De enige uitzondering hierop geldt bij fraude door de verzekerde, of indien zijn zorgverzekeraar wegens het niet betalen van de premie de rechten uit de zorgverzekering heeft opgeschort. Het CTZ (en in de toekomst de Zorgautoriteit) ziet er overigens op toe dat de zorgverzekeraars de bepalingen van de Zorgverzekeringwet, en dus ook artikel 13 Zorgverzekeringwet, op de juiste wijze in hun modelovereenkomsten en dus ook zorgpolissen vertalen.

Artikel 13

De leden van de PvdA fractie vragen of en zo ja waarom de zorgverzekeraar zelf de hoogte van de korting kan bepalen indien een verzekerde niet-gecontracteerde zorg inroept. Tevens vragen zij zich af of een verzekeraar een korting mag toepassen op de vergoeding van een niet-gecontracteerde behandeling die naar het oordeel van verzekerde en deskundigen betere resultaten geeft dan wel gecontracteerde behandelingen.

Als de zorg op grond van de zorgverzekering door een gecontracteerde zorgaanbieder moet worden verschaft, maar de verzekerde de zorg toch van een niet-gecontracteerde aanbieder wil afnemen, heeft de verzekerde op grond van artikel 13 een recht op vergoeding. Aangezien de zorgverzekeraar in die situatie kosten heeft gemaakt voor zijn verzekerde – hij heeft zijn contracteerbeleid immers afgestemd op de wens van zijn verzekerden om zorg te ontvangen, en niet op vergoeding van kosten – behoeft de vergoeding niet volledig te zijn. Daarbij is niet van belang met welk oogmerk de verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde aanbieder wendt, met uitzondering van de situatie waarin de zorgbehoefte een acuut karakter heeft. Op die laatste omstandigheid is hierboven ingegaan bij de beantwoording van een vraag van de leden van de VVD-fractie. De vergoeding mag overigens niet zodanig laag zijn, dat een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het inroepen van zorg bij een niet gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieder.

Artikel 13

Indien een verzekerde een zorgpolis heeft krachtens welke hij voor een bepaalde vorm van zorg naar een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder dient te gaan, en hij de desbetreffende vorm van zorg toch van een niet gecontracteerde zorgaanbieder heeft betrokken, heeft hij recht op een vergoeding van de kosten daarvan. De vergoeding wordt door zijn zorgverzekeraar bepaald en mag gedeeltelijk zijn. Hoe de zorgverzekeraar de vergoeding berekent, dien deze in de model-

overeenkomst en in de zorgpolis op te nemen. Indien een verzekerde van mening is dat zijn zorgverzekeraar hem een bedrag vergoedt dat lager is dan hetgeen uit de zorgpolis voortvloeit, kan hij daartoe een geschil voorleggen aan de onafhankelijke instantie, bedoeld in artikel 113 Zorgverzekeringswet, waar zijn zorgverzekeraar bij is aangesloten. Hij kan ook naar de civiele rechter, al dan niet na de uitspraak van die onafhankelijke instantie. Ik acht het niet wenselijk om een verplicht advies van het CVZ, zoals op dit moment in de Zfw is geregeld, voor te schrijven. Wel kan het CVZ door partijen of door de onafhankelijke instantie op vrijwillige basis voor een advies worden benaderd. Dit in antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie.

Artikel 14

Ik kan de leden van de ChristenUnie-fractie geen lijst geven van alle zorginhoudelijke criteria die bij de beantwoording van de vraag, bedoeld in artikel 14 Zorgverzekeringswet, een rol kunnen spelen. Het gaat immers om zeer vele, voor de verschillende vormen van zorg verschillende criteria, die door de verschillende zorgdeskundigen, telkens kijkend naar de patiënt, worden toegepast. Om één voorbeeld uit de legio mogelijkheden te geven: indien een patiënt ouderdomsdiabetes heeft, kan de arts hiervoor een medicijn voorschrijven. Dat doet hij op zorginhoudelijke criteria. Indien dat medicijn teveel bijwerkingen heeft, kan hij op grond van zorginhoudelijke criteria besluiten een ander medicijn voor te schrijven.

De zorginhoudelijke criteria worden dan ook door de diverse zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de vorm van professionele standaarden, vastgesteld.

Artikel 14

Doorgaans zal de zorgverzekeraar ervan uitgaan dat een verzekerde behoefte aan een bepaalde vorm van zorg heeft indien een door hem geconsulteerde arts die mening is toegedaan. Aangezien echter de verzekeraar de kosten daarvan vergoedt, dient de verzekeraar wel het recht te hebben om te controleren of de door de arts geïndiceerde vorm van zorg inderdaad wel voor de desbetreffende patiënt is aangewezen en ook niet meer omvat (en dus niet duurder is) dan nodig is. De verzekeraar mag daarom bijvoorbeeld voorschrijven dat zorg slechts door hem betaald wordt nadat de verzekerde zijn toestemming voor het betrekken van die zorg heeft gekregen. Artikel 14 zorgt er dan wél voor, dat die verzekeraar die toestemming slechts om zorginhoudelijke redenen mag weigeren. Het artikel zorgt er voorts voor, dat een zorginhoudelijke deskundige (bijvoorbeeld een verzekeringsarts) de verzekeraar dient te adviseren over de vraag of dergelijke zorginhoudelijke redenen er al dan niet zijn. De zorgverzekeraar dient het advies van de zorginhoudelijk deskundige over te nemen. Dit betekent dat ik de leden van de SGP-fractie kan antwoorden, dat het niet altijd zo is dat een behandeling van een oudere zonder meer voor rekening van de verzekering komt zodra hij en zijn arts deze aangegeven achten. Het is mogelijk dat ook een door de zorgverzekeraar ingeschakelde arts (zijn eigen verzekeringsarts of een andere arts) een oordeel geeft. De zorg kan echter niet geweigerd worden indien ook deze arts de zorg op grond van zorginhoudelijke criteria voor de verzekerde oudere aangewezen acht.

Gaarne bevestig ik de stelling van de leden van de SGP-fractie dat artikel 14 nooit in de weg staat aan de wens van een verzekerde, om tot het einde van zijn leven goed behandeld te worden.

Naar inzicht van de VVD-fractie is de koppeling tussen zorg en sociale zekerheid zwak. Is de regering dit met ons eens? Zo niet, 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?

De leden van de VVD-fractie beoordelen de koppeling tussen sociale zekerheid en zorg zwak en vragen het kabinet aan te geven of zij dat anders ziet en zo ja welke prikkels partijen dan hebben om tot samenwerking op deze terreinen te komen. Het kabinet deelt de opvatting van de VVD niet. De Zorgverzekeringswet biedt zowel zorgverzekeraars als werkgevers mogelijkheden om door middel van collectieve contracten afspraken te maken gericht op preventie, snelle medische interventie en dus verzuimreductie. Daaraan draagt in eerste instantie het verdwijnen van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in belangrijke mate bij. De werkgever kan nu voor zijn gehele personeelsbestand gelijke afspraken maken met eenzelfde verzekeraar. Het feit dat de werkgever een belangrijk deel van de gezondheidszorg meefinanciert zou hem immers moeten stimuleren om met zorgverzekeraars specifieke afspraken te maken over de zorg voor zijn werknemers. Immers dan krijgt ook de werkgever waar voor zijn geld. Bij het maken van die afspraken is een snelle diagnose en indien noodzakelijke, snelle medische interventie in het belang van zowel de werkgever als de werknemer. Omdat in de nieuwe zorgverzekering de aanspraken functioneel kunnen worden ingevuld, zijn de mogelijkheden om tot integrale, multi-diciplinaire zorgafspraken te komen ruimer dan thans het geval is. Bovendien zal een deel van de kosten die nu veelal in het zogenoemde derde compartiment ten laste van de werkgever komen via een dergelijke collectieve verzekering ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht voor zover het gaat om in de Zorgverzekeringswet geregelde wettelijke aanspraken. In de combinatie van verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen met de collectieve ziektekostenverzekering die zich veelal ook zal uitstrekken over de aanvullende verzekering, zijn zodanige afspraken te maken dat preventie, verzuimreductie en snelle en adequate interventie binnen het kader van de verantwoordelijkheden die werkgevers en werknemers daarbij op grond van sociale wetgeving hebben, kunnen worden waargemaakt. Voor met name de middelgrote bedrijven en het midden- en kleinbedrijf zij hier grote voordelen te behalen. De verzuimverzekeraar zal immers in de premiestelling rekening houden met de maatregelen die de werkgever zelf treft op het gebied van preventie en verzuim. Daarvan maakt ook een snelle diagnosestelling en een al dan niet multi-diciplinaire medische interventie gericht op een spoedig herstel en dus ook een snelle terugkeer naar de werkplek deel uit. In het project «sociale zekerheid en zorg» dat ik samen met de Minister van Sociale zaken en werkgelegenheid heb opgezet, vindt nu juist op dit terrein, in samenspraak met alle betrokken partijen een praktische invulling van de integratie tussen beide terreinen plaats.

Artikel 17

Krachtens een preferred providerpolis mag een verzekerde slechts naar een beperkt aantal door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders gaan. De leden van de VVD-fractie kan worden toegegeven, dat de mogelijkheid om voor een preferred providerpolis een andere premie vast te stellen dan voor een polis krachtens welke de verzekerde naar vele gecontracteerde aanbieders mag gaan, in artikel 17 niet helder uit de verf komt. Artikel 17 zal daarom bij nota van wijziging op dit punt worden verduidelijkt.

Artikelen 19 en 20

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of een verzekeringnemer die van een hoog eigen risico naar geen (of een lager) eigen risico wil en jegens wie zijn zorgverzekeraar een wachttijd hanteert, niet aan die wachttijd kan ontkomen door een nieuwe zorgverzekering te sluiten (bijvoorbeeld bij een andere zorgverzekeraar) en in dat kader te kiezen voor de variant zonder eigen risico. Het antwoord daarop is dat dit slechts mogelijk is indien de zorgverzekeraar die die nieuwe zorgverzekering aanbiedt, zelf geen wachttijd hanteert. Artikel 20, eerste en tweede lid, brengen immers met zich dat een eenmaal door de zorgverzekeraar ingestelde wachttijd geldt voor alle zorgverzekeringen met een lager eigen risico dan de eerdere verzekering, dus ook voor zorgverzekeringen gesloten voor iemand die die eerdere verzekering bij een andere zorgverzekeraar had lopen. Doordat de eerdere zorgverzekeraar ingevolge artikel 9, tweede lid, Zorgverzekeringwet het bedrag van het bij hem geldende eigen risico op het uitschrijvingsbewijs dient te melden, kan de nieuwe verzekeraar nagaan of het eigen risico dat bij hem wordt afgesproken, lager is dan het eerdere eigen risico.

Artikel 19

De leden van de SGP kan ik antwoorden dat er geen grenzen zijn gesteld aan de kortingspercentages die bij de vijf eigenrisicobedragen kunnen worden aangeboden. Hiermee zou de ruimte voor verzekeraars om met elkaar te concurreren en zich dus van elkaar te onderscheiden naar mijn mening onnodig worden ingeperkt. Ook zou zo'n inperking naar mijn inschatting niet op grond van het algemeen belang te rechtvaardigen zou zijn.

Artikel 19

Waarom volstaat de regering niet met het voorschrijven van het maximumbedrag dat als (vrijwillig) eigen risico mag worden aangeboden, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

De regering heeft voor voorgeschreven staffels eigen risico gekozen met het oog op de transparantie voor de verzekerden. Zou volstaan worden met het voorschrijven van het maximumbedrag dat als eigen risico mag worden aangeboden, dan zouden de verzekeraars volledig vrij zijn in het vaststellen van het aantal staffels eigen risico, en de hoogte daarvan. Voor de verzekerden zou het daarmee, zelfs met behulp van de vergelijkende consumenteninformatie die beschikbaar zal komen, erg moeilijk worden om alle verschillende mogelijkheden met elkaar te vergelijken. Ik acht het voorschrijven van vijf staffels daarom noodzakelijk ter bescherming van het algemeen belang (dat algemeen belang is in dit geval: consumentenbescherming). Ik acht de maatregel ook proportioneel. Weliswaar zijn de vijf staffels voorgeschreven, maar de hoogte van de premiekortingen wordt volledig aan de verzekeraar overgelaten.

Artikelen 19 en 22

De leden van de VVD-fractie stellen een interessante vraag: waarom heeft de regering gekozen voor een vrijwillig eigen risico, in plaats van het bieden van de vrijwillige mogelijkheid tot verhoging van de no-claimteruggave?

Het merkwaardige van het vormgeven van het vrijwillige eigen risico als een (extra) no-claimteruggave zou zijn, dat daarmee de verzekeringnemer de keuze zou worden gegeven uit vijf extra bonussen, uit te betalen na het jaar waarvoor deze gelden, waartegenover dan niet, zoals bij een vrijwillig eigen risico, een premieverlaging zou staan, maar een premie-

verhoging. Het aanbod zou dan bijvoorbeeld kunnen komen te luiden: u kunt tegen een premieverhoging van € 20 per maand kiezen voor een verzekeringsvariant waarin de maximale no-claimteruggave met maximaal € 400 wordt verhoogd tot in totaal € 655 (255 verplicht en 400 vrijwillig). Dit is in het verzekeringsrecht een ongebruikelijke figuur, en daarom is hiervan afgezien. Overigens moet de besparing aan overheadkosten en administratieve lasten die op zou treden indien het vrijwillige eigen risico zou worden omgevormd tot een extra bedrag aan no-claimteruggave niet worden overdreven. Ervan uitgaande dat gebruik van verloskundige zorg, kraamzorg en «huisartsenzorg», anders dan voor de verplichte no-claimteruggave, wél tot vermindering van de vrijwillige no-claimteruggave zouden moeten leiden, zou enige vorm van afzonderlijke administratie nog wel degelijk nodig zijn.

Artikel 22

In de amvb op grond van artikel 22, vijfde lid, zal worden geregeld dat het gebruik van kraamzorg, verloskundige zorg of «huisartsenzorg» niet tot vermindering van de no-claimteruggave leidt, zo kan ik de leden van de fractie van de SGP antwoorden. Zij hebben terecht geconstateerd dat de Zorgverzekeringswet op dit punt verschilt van het wetsvoorstel tot Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat (Kamerstukken I 2004/05, 29 483 A). Daarin is gekozen, in de Zfw zelf te bepalen dat het gebruik van verloskundige zorg, kraamzorg en «huisartsenzorg» buiten bij de berekening van de no-claimteruggave buiten beschouwing blijft. De reden voor het verschil is dat het, gezien de functiegerichte aanspraken waarvan de Zorgverzekeringswet uitgaat, niet mogelijk is om te regelen dat «huisartsenzorg» niet in mindering wordt gebracht op de no-claimteruggave. Die zorg zal anders omschreven moeten worden. Door dit op het niveau van de amvb te regelen, zal beter kunnen worden aangesloten bij de omschrijving van dergelijke zorg in het gedeelte van het Besluit Zorgverzekering waarin de te verzekeren prestaties nader worden geregeld (zie artikel 11, derde lid).

Hoofdstuk 4

Artikel 25

Op grond van artikel 25, tweede en derde lid, Zorgverzekeringswet dient de zorgverzekeraar aan het CTZ (in de toekomst: Zorgautoriteit) alle (wijzigingen in) modelovereenkomsten over te leggen. De leden van de VVD-fractie vragen zich af waarom dat nodig is.

Aan de hand van de overgelegde (wijzigingen in) de modelovereenkomsten kan het CTZ bekijken of een verzekering, afgesloten volgens de modellen, wel een zorgverzekering op zal leveren. Dat is voor de verzekeraar van belang omdat hij voor een verzekering die geen zorgverzekering is, geen vereveningsbijdrage van het CVZ krijgt. Daarnaast is het voor hem van belang omdat hij, indien hij onder de naam «zorgverzekering» een verzekering heeft afgesloten die dat niet blijkt te zijn, schadeplichtig is jegens de verzekeringsplichtige die dacht een zorgverzekering te hebben gesloten. Spiegelbeeldsgewijs is dit voor het CVZ van belang omdat het CVZ voor een niet-zorgverzekering geen vereveningsbijdrage mag uitkeren. Het CVZ dient daarbij uit te gaan van het oordeel van het CTZ/de Zorgautoriteit, maar krijgt, ter nadere referentie en ook om zijn taak in het kader van het pakketbeheer beter te kunnen vervullen, toch een afschrift van alle (wijzigingen in de) modelovereenkomsten van het CTZ/de Zorgautoriteit. Ten slotte is het voor het CTZ/de Zorgautoriteit van belang omdat het, nadat deze eenmaal heeft vastgesteld dat een overgelegde

modelovereenkomst een goed model is voor de zorgverzekeraar, weet dat het toezicht dient te (blijven) houden op de zorgverzekeraar. Ik wil overigens het misverstand dat bij de leden van de VVD-fractie kennelijk heerst, dat «kortingen op de modelovereenkomsten» kunnen worden verleend, wegnemen. Er kunnen geen kortingen op modelovereenkomsten worden verleend. Wel kunnen voor eigen risico's en collectiviteiten kortingen op de premie worden verleend, en die dienen inderdaad in de modelovereenkomsten te worden verwerkt. Een wijziging in zo'n korting is een wijziging van de modelovereenkomst en de wijziging (of de gehele gewijzigde modelovereenkomst) dient diensgevolge net als iedere andere wijziging aan het CTZ/de Zorgautoriteit te worden overlegd.

De leden van de CDA-fractie vragen waar in de wet de termijn, de procedure en de weigeringsgronden ten aanzien van de beoordeling van de (wijzigingen in) de modelovereenkomsten zijn neergelegd. Het antwoord op die vraag is, dat deze niet zijn geregeld. Er is dus geen sprake van een formele toetsingsprocedure vooraf. Een dergelijke procedure en weigeringsgronden zouden er namelijk op neerkomen, dat een verzekeraar toestemming (dus in wezen: een vergunning) van het CTZ/de Zorgautoriteit zou moeten hebben om de zorgverzekeringsmarkt te betreden. In wezen zou dit dus betekenen dat de verzekeraar naast de vergunning voor de uitoefening van de desbetreffende branches van het verzekeringsbedrijf (in casu: branches 1 en 2) van de DNB/PVK of het zusterorgaan in een andere lid-staat, voor het rechtsgeldig aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen ook nog een vergunning van het CTZ/de Zorgautoriteit zou behoeven. Dat is op grond van de EU-richtlijnen schadeverzekering niet toegestaan. Het wetsvoorstel voorziet er daarom bewust niet in, dat een zorgverzekeraar de toestemming, toelating of vergunning van het CTZ/de Zorgautoriteit moet hebben, wil hij de zorgverzekeringsmarkt kunnen betreden. En daarom voorziet het wetsvoorstel ook niet in een termijn tussen overlegging van de modelovereenkomsten aan het CTZ/de Zorgautoriteit en het daadwerkelijk aanbieden van verzekeringen, een procedure of weigeringsgronden (de toetreding tot de markt kan door het CTZ/de Zorgautoriteit immers niet geweigerd worden). Indien de verzekeraar echter niet het risico wil lopen dat hij een verzekering als zorgverzekering aanbiedt die dat volgens het CTZ/de Zorgautoriteit niet is (gevolgen: geen vereveningsbijdragen en schadeplichtigheid jegens de verzekerde), doet hij er verstandig aan het oordeel van het CTZ/de Zorgautoriteit af te wachten. Ik ga ervan uit dat het CTZ beleidregels stelt waarin hij aangeeft hoe lang hij gemiddeld nodig zal hebben om de modelovereenkomsten te bekijken en zijn oordeel te geven. Er is geen directe relatie tussen het overleggen van de modelovereenkomsten aan het CTZ/de Zorgautoriteit en de richtlijnen die het CVZ op grond van artikel 64, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet aan de zorgverzekeraars kan geven. De modelovereenkomsten dienen namelijk wat betreft het te verzekeren pakket volledig te voldoen aan hetgeen daarover bij en krachtens artikel 11 Zorgverzekeringswet geregeld is. Het CTZ/de Zorgautoriteit let erop dat dat het geval is. De richtlijnen die het CVZ op grond van artikel 64, tweede lid, Zorgverzekeringswet kan geven, zien op de invulling daar weer van, in gevallen waarin het bij of krachtens de Zorgverzekeringswet te verzekeren pakket en daarmee ook de modelovereenkomst en de zorgpolis, tot interpretatievragen leidt (hetgeen gezien enorm grote hoeveelheid mogelijke behandelingen, medicijnen enzovoorts, alsmede de ontwikkeling daarvan onvermijdelijk is). Zoals in de memorie van toelichting op artikel 64 is aangegeven, zijn de richtlijnen van het CVZ niet bindend. Een zorgverzekeraar die echter zonder goede redenen of zonder goed alternatief van de richtlijnen afwijkt, zal daar door het CTZ/Zorgautoriteit op aangesproken kunnen worden.

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

De leden van de VVD-fractie vragen of de combinatie van betalingswijzen – dat wil zeggen betaling hetzij door de verzekerde hetzij door de verzekeraar – verwarrend kan zijn en tot problemen kan leiden. In de Zorgverzekeringwet zijn er wat betreft de betaling van de rekening van de zorgaanbieder twee mogelijkheden. De zorgverzekeraar betaalt in het geval van een naturaverzekering of restitutieverzekering met betalingsovereenkomst de rekening direct aan de zorgaanbieder, of de verzekerde ontvangt de rekening en biedt deze rekening, nadat hij deze heeft betaald, ter vergoeding aan bij de verzekeraar. Dit is ook thans de gang van zaken zoals deze in de particuliere praktijk gebruikelijk is. Ook in de huidige particuliere verzekering bestaan beide betalingswijzen naast elkaar, zonder dat dit bij mijn weten tot grote verwarring of problemen leidt. Voorts kan worden opgemerkt dat er in de particuliere sector voor een belangrijk deel van het declaratieverkeer – vooral bij ziekenhuizen en apothekers – al afspraken bestaan om alle nota's bij de verzekeraar in te dienen. In het kader van het Programma Declaratiecasus wordt nagestreefd dat per 1-1-2006 het declaratieverkeer (voor het huidige Zfw-deel) voor 100% elektronisch verloopt en het foutenpercentage is teruggebracht tot 1%. In dit kader is te verwachten dat het nota-verkeer via de verzekeraar verder sterk zal toenemen. Het Programma Declaratiecasus maakt onderdeel uit van het project Terugdringing administratieve lasten. Ik wil bij deze ontwikkelingen in de praktijk aansluiten en laat het in beginsel aan verzekeraars en zorgaanbieders over om het declaratieverkeer op een zo efficiënt en transparant mogelijke wijze vorm te geven.

Artikel 27

Een verzekering die de zorgverzekering aanvult is inderdaad geen zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringwet. Dat volgt echter niet uit artikel 27 van de Zorgverzekeringwet, maar uit de definitie van «zorgverzekering» in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, Zorgverzekeringwet. Dit in antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de VVD.

Artikel 29

De leden van de CDA-fractie vragen of is overwogen te regelen dat bij het provinciegewijs aanbieden van zorg een regiokorting verschaft mag worden. Als dat zou kunnen, zou de mogelijkheid om per provincie verschillende varianten van de zorgverzekering aan te bieden, welke mogelijkheid in de ogen van deze leden tot een ingewikkelde uitvoering leidt, volgens deze leden kunnen vervallen.

Ik ga ervan uit dat de leden van de CDA-fractie met hun alternatief bedoelen, dat de zorgverzekeraar over zijn gehele werkgebied dezelfde varianten van de zorgverzekering moet aanbieden, maar dat hij mag bepalen dat hij de inwoners van Friesland (al dan niet voor bepaalde van zijn verzekeringsvarianten) een hogere korting verleent dan de inwoners van Overijssel. Aan zo'n systeem is bij het opstellen van de Zorgverzekeringwet niet gedacht. De reden waarom er in het huidige wetsvoorstel voor is gekozen, de zorgverzekeraar de mogelijkheid te geven per provincie een andere set zorgverzekeringvarianten aan te bieden, is namelijk om hem zoveel mogelijk vrijheid te geven in de invulling van het

te verzekeren pakket en het contracteren van zorg. Voorts heeft dit als voordeel dat een verzekeraar die de kern van zijn werkzaamheden in het doelmatig inkopen van zorg wil leggen en daarmee voorzichtig – dat wil zeggen: in één of enkele provincies – wil beginnen, niet per se zijn werkgebied tot die provincie(s) hoeft te beperken (hetgeen overigens niet eens zou mogen indien de verzekeraar 850 000 of meer verzekerden zou hebben). Hij kan ook besluiten zijn werkgebied heel Nederland te laten zijn, maar in de overige provincies (voorlopig) alleen restitutieverzekeringen aan te bieden. Deze voordelen biedt de variant van het CDA niet.

Overigens wil ik de indruk wegnemen, dat in het gekozen systeem de verzekering vervalt zodra de verzekerde naar een andere provincie verhuist. Dit is alleen het geval indien de zorgverzekeraar de zorgverzekeringsvariant die de verzekerde heeft, in de nieuwe woonprovincie niet aanbiedt. Ik verwacht dat de zorgverzekeraars zeker ook verzekeringsvarianten zullen ontwikkelen die in heel Nederland worden aangeboden.

Artikel 32

De leden van de fractie van de VVD constateren dat het wetsvoorstel nog open laat hoe het vereveningssysteem eruit komt te zien. Deze leden geven een aantal vereisten voor een goed functionerend vereveningssysteem aan, maar vragen de regering vervolgens waarom er niet voor gekozen is om de verantwoordelijkheid voor de verevening bij de veldpartijen te leggen. Zij verwachten in dat laatste geval minder administratieve lasten en minder discussie met de Europese Commissie over staatssteun.

De constatering dat in het wetsontwerp nog veel open gelaten wordt over de wijze van risicoverevening heb ik ondervangen door het concept van het Besluit zorgverzekering mee te sturen. De leden kunnen in deze amvb lezen hoe aan de eisen die zij stellen invulling wordt gegeven. Het risicovereveningssysteem is transparant en proportioneel. Het verevent wat nodig is, en niet meer dan dat.

Als de leden van de fractie van de VVD een beschrijving geven van risicoverevening in een privaat systeem zie ik geen verschil met de uitwerking in de amvb. De opmerking dat het door hen voorgestelde systeem minder discussie over staatssteun oplevert, doet mij vermoeden dat zij uitgaan van vrijwillige verevening tussen marktpartijen. Zo'n werkwijze is echter in strijd met de mededingingsregels.

De leden van de fractie van de VVD zijn van mening dat een ex post kostenverevening, naast de ex ante risicoverevening, gevaarlijk is met het oog op de gewenste concurrentie tussen verzekeraars. Dit is de bijl aan de wortel van het nieuwe zorgsysteem. Waarom kiest de regering hier toch voor?

Ik ben het eens met de visie van deze leden, dat ex post compensatiemechanismen prikkels tot kostenbeheersing verminderen. Ex post compensatiemechanismen moeten zo snel mogelijk worden afgebouwd, waarbij afbouw van generieke verevening prioriteit heeft.

Voor de korte termijn moet ik nog aan enige ex post compensatie vasthouden. Bij mijn antwoord op een eerdere vraag van de leden van de fractie van de PvdA heb ik al aangegeven wat hiervoor de redenen zijn. Samengevat zijn dat: verbreding van de doelgroep van de risicoverevening, veranderen in de bekostiging van het zorgaanbod en overheveling van de curatieve AWBZ.

De leden van de fractie van de VVD vragen of de vaststelling van de verdeelcriteria van het macrobudget bij de risicoverevening in het kader van de Zorgverzekeringswet op de zelfde wijze plaatsvindt als nu bij de verstrekkingenbudgettering in het kader van de Zfw. Zij vragen of het juist

is dat de verdeelcriteria nu het resultaat zijn van overleg in plaats van wetenschappelijk onderzoek. Zij vragen of het juist is dat het verdeelsysteem daardoor een belemmering is voor nieuwe toetreders. Ik ga er vanuit dat de vaststelling van verdeelcriteria inderdaad op ongeveer dezelfde wijze plaatsvindt als nu bij de Zfw-verstrekkingsbudgettering. Deze criteria zijn wel degelijk het resultaat van degelijk wetenschappelijk onderzoek. Hierbij levert ondermeer het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit een belangrijke bijdrage. Dit instituut neemt internationaal een vooraanstaande plaats in op het gebied van risicoverevening. De koepel van zorgverzekeraars en ikzelf zien er op toe dat dit goed gebeurt. Het systeem van risicoverevening in het kader van de Zfw is tot op heden bestand gebleken tegen de juridische aanvechtingen vanuit het genoemde Onafhankelijk Ziekenfonds Bedrijven. Het verdeelsysteem is zo ingericht dat nieuwe toetreders in dezelfde uitgangspositie worden geplaatst als reeds actieve zorgverzekeraars. Goede toetredingsmogelijkheden acht ik essentieel voor de marktwerking.

Artikel 38

Anders dan de leden van de fractie van het CDA, ben ik van mening dat het uitvoeringsverslag dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 38 moet maken, niet geheim is. Het gaat hier immers om een stuk waarin de zorgverzekeraar verantwoording aflegt over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, dat wil zeggen (onder meer) of hij alle verzekeringsplichtigen die hem om een zorgverzekeringsovereenkomst vroegen heeft geaccepteerd, of zijn zorgverzekeringen wel voldoen aan het bij en krachtens de Zorgverzekeringswet geregelde, in welke mate hij zorg heeft ingekocht en of en op welke wijze hij voor het overige aan zijn zorgplicht heeft voldaan. Oftewel, het gaat om een rapportage over de vraag of de verzekeraar wel aan de sociale randvoorwaarden, zoals in de Zorgverzekeringswet neergelegd, heeft voldaan en niet om bedrijfsvertrouwelijke informatie die geheim dient te blijven. De noodzaak van deze informatie zal de leden van de CDA-fractie daarmee duidelijk zijn geworden. Uiteraard ben ik niet van plan in dit verband een enorm gedetailleerde verslaglegging te vragen.

Om gelijksoortige redenen ben ik van mening dat van de zorgverzekeraars gevraagd kan worden in het uitvoeringsverslag in te gaan op de beleidsvoornemens voor het lopende en het daaropvolgende jaar.

In de ministeriële regeling op grond van artikel 38 kan onder andere worden geregeld dat de zorgverzekeraars rapporteren over de mate waarin en de wijze waarop zij een bij die regeling aan te wijzen gedragscode hebben nageleefd. Daarmee wordt, zo kan ik de leden van de CDA-fractie antwoorden, geenszins inbreuk gemaakt op het uitgangspunt dat deze gedragscode door de zorgverzekeraars zelf wordt opgesteld (zelfregulering). Sterker nog, zo'n rapportageverplichting kan de status van zo'n gedragscode ondersteunen. Ik moge de leden van de CDA-fractie er overigens op wijzen dat de Eerste Kamer onlangs akkoord is gegaan met het wetsvoorstel tot wijziging van boek 2 van het Burgerlijk Wetboek in verband met aanpassing van de structuurregeling (Kamerstukken I 2003/04, 28 179 A, inmiddels als wet van 9 juli 2004 gepubliceerd in Stb. 2004/370 en in werking getreden op 1 oktober 2004). In de desbetreffende wet wordt ter implementatie van van de code Tabaksblat, een gelijksoortige systematiek voorgeschreven (zie de wijziging van artikel 2:391 BW).

Hoofdstuk 5

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen in hoeverre de regering het eens is met de mening van het Verbond van Verzekeraars dat de bedrijfstak zelf de verevening kan regelen.

De regering is het op dit punt oneens met het Verbond van Verzekeraars. Al eerder is gebleken dat vrijwillige verevening in een particuliere markt niet werkt. Dit heeft geleid tot de Wtz 1998, waarbij de verevening alsnog wettelijk is geregeld. De manier waarop dit gebeurt – op basis van gerealiseerde kosten – blijkt geen prikkels tot kostenbeheersing te geven. Bovendien acht ik vrijwillige verevening in strijd met de mededingingsrichtlijnen.

De leden van de SGP-fractie willen meer duidelijkheid over welke delen van het inkomen de inkomensafhankelijke bijdrage wordt berekend. Zij vragen welke onderdelen voorlopig buiten beschouwing blijven en of dit laatste alleen voor particulier verzekerden geldt of ook voor ziekenfondsverzekerden.

De leden van de CDA-Fractie vragen in dit verband welke de redenen zijn om artikel 45, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, waarin is geregeld dat voor nader te bepalen bestanddelen van het bijdrage-inkomen een afwijkend percentage kan worden vastgesteld, op te nemen. Zij vragen de regering aan te geven op welke momenten, onder welke condities en met welk doel op dit artikel een beroep zou kunnen worden gedaan.

De inkomensafhankelijke bijdrage wordt in beginsel geheven over het belastbare loon uit tegenwoordige of vroegere arbeid, de belastbare winst uit onderneming, het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden en de belastbare periodieke uitkeringen en verstrekkingen. De heffing van de bijdrage vindt daarmee ook plaats over inkomensbestanddelen waarover thans geen Zfw-premie wordt geheven. Ter voorkoming van ongewenste inkomenseffecten zal het nodig zijn voor bepaalde inkomensbestanddelen tijdelijk een lager percentage vast te stellen, welk percentage in 2006 op nihil zal worden gesteld. Het voornemen is dat dit onder voorwaarden zal gelden voor het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden, de belastbare periodieke uitkeringen en bepaalde onderdelen van het belastbare loon uit vroegere arbeid. De details van de regeling worden thans nader uitgewerkt.

Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, zal op grond van dezelfde bepaling het percentage voor de inkomensafhankelijke bijdrage over het loon van zeelieden op een lager percentage worden vastgesteld dan het percentage dat geldt voor het loon van andere werknemers. Dit voornemen hangt samen met de redersverplichting op grond van het Verdrag van Seattle. De reder betaalt namelijk de kosten van geneeskundige verzorging van de zeelieden tijdens het werk. Zoals thans in de Zfw ook een afwijkende premie geldt, ligt in dit geval een lagere werkgeversbijdrage en dus lagere inkomensafhankelijke bijdrage in de rede. Deze maatregel heeft een structureel karakter.

De leden van de VVD vragen op welke wijze er rekening is gehouden met de effecten van een wettelijk verplichte werkgeverspremie op de positie van het bedrijfsleven.

Met deze effecten is rekening gehouden bij de afweging hoe de financiering van het beoogde verzekeringssysteem vorm moet krijgen. Deze effecten zullen naar mijn overtuiging beperkt of zelfs afwezig zijn, omdat het voorgestelde systeem goed aansluit bij de huidige bijdrage van werkgevers aan de zorgkosten van hun werknemers en omdat werkgevers ook in andere landen bijdragen aan deze zorgkosten. Bij de vormgeving van de werkgeversbijdrage is ook rekening gehouden met andere factoren, zoals de breed gedeelde politieke wens om te komen tot een rechtvaardige verdeling van de zorgkosten en het beperken van de inkomenseffecten van invoering van de Zorgverzekeringswet.

Werkgevers hebben een burgerrechtelijke verantwoordelijkheid jegens hun werknemers voor, onder meer, de kosten van medische zorg die nodig is als gevolg van omstandigheden die voortvloeien uit hun dienst-

betrekking. Het percentage van 50% sluit aan op een door de SER geformuleerde werkhypothese.

De genoemde verantwoordelijkheid van werkgevers geldt ook in de landen waarmee Nederland concurreert, maar krijgt op diverse manieren vorm. De invulling die in de Zorgverzekeringswet aan de werkgeversbijdrage is gegeven, betekent dat de huidige werkgeversbijdragen voor de ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekeringen zo goed mogelijk worden overgezet naar de nieuwe verzekering. Daarbij wijs er ik erop dat de werkgevers al verplicht bijdragen aan de ziekenfondspremies van hun werknemers. Deze invulling van de werkgeversbijdrage beperkt de inkomensgevolgen van de stelselwijziging en beperkt daarmee ook de kosten van de compensatiemaatregelen met betrekking tot negatieve inkomenseffecten. Een vrijwillige werkgeversbijdrage zou leiden tot aanmerkelijk grotere inkomenseffecten, doordat deze per werknemer sterk uiteen kan gaan lopen.

Naar mijn stellige overtuiging wegen de voordelen van de voorgestelde inkomensafhankelijke bijdrage ruimschoots op tegen de nadelen van het verplichte karakter ervan.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom niet gekozen is voor het vastpinnen van de werkgeversbijdragen op het niveau van 2006. Het kabinet heeft – in lijn met het hoofdlijnenakkoord – gekozen voor een eenvoudig systeem: werkgevers betalen de helft van de macro-premielast en burgers betalen de andere helft via een nominale premie (afgezien van de rijksbijdrage voor de kosten van kinderen).

De zorguitgaven zullen de komende jaren blijven stijgen. Dit vergt dat ook de opbrengsten zullen blijven stijgen. Indien deze stijging louter door werknemers zou moeten worden opgebracht via hogere nominale premies, dan zullen deze premies heel fors moeten stijgen, wat kan leiden tot problemen bij de toegankelijkheid van de zorg, maar ook tot looneisen. Het vastleggen dat werkgevers de helft van de macro-premielast zullen dragen is dus een middel om de toegankelijkheid van de zorg te garanderen.

In het hoofdlijnen debat heeft de VVD-fractie ook een vraag gesteld over de brutering van werkgeversbijdrage. Brutering betekent dat de inkomensafhankelijke bijdrage in het bruto loon verwerkt wordt. Dit betekent dat de werkgevers 50% van de premielast betalen in 2006 en dat de hoogte van deze bijdrage vervolgens in het brutoloon wordt verwerkt. In de jaren na 2006 betaalt de werkgever bij stijgende zorgkosten dus niet langer 50% van de premielast. De stijgende zorgkosten komen dan geheel terecht bij de werknemers en moeten derhalve via de stijgende zorgkosten via de nominale premie moeten worden opgevangen. Voor de lagere inkomens leidt dit tot een toenemend beslag op de zorgtoeslag. Voor mensen zonder zorgtoeslag leidt dit tot inkomenseffecten, die niet worden gecompenseerd, maar wel zullen leiden tot hogere looneisen.

Een ander nadeel van brutering is dat de premie geheel nominaal wordt. De werkgever draagt immers geen bijdrage meer af aan het zorgverzekeringsfonds, maar betaalt extra loon. Dit betekent dat de werknemer via een volledig nominale premie voor de zorg gaat betalen (deels via het bruto loon en deels voor eigen rekening). Dit zal grosso modo leiden tot een verdubbeling van de inkomenseffecten. De keuze die in het hoofdlijnenakkoord gemaakt is voor de fifty/fifty verdeling is ondermeer gemaakt omdat de inkomenseffecten dan nog redelijk te compenseren zijn.

In onderstaande tabel staat een bruto netto traject voor een alleenstaande werknemer op minimum en modaal inkomen. In de situatie dat de werkgeversbijdrage wordt gebruteerd is in dit voorbeeld de procentuele bijdrage van de werkgever bij het bruto inkomen opgeteld.

Alleenstaande werknemer (euro per jaar , 2006)

	minimum			Minimum		
	gebruteerd	mutatie	Modaal	Modaal	gebruteerd	mutatie
Bruto inkomen	16 589	16 589	0	30 500	30 500	0
Werkgeversbijdrage Zvw		990	990		1 766	1 766
Gebruteerd inkomen	16 589	17 579	990	30 500	32 266	1 766
Sociale lasten	- 80	- 80	0	- 1 740	- 1 740	0
Belasting	- 2 794	- 2 794	0	- 8 020	- 8 020	0
Netto inkomen	13 715	14 705	990	20 740	22 506	1 766
Nominale premie	- 1 030	- 1 999	- 969	- 1 030	- 1 999	- 969
Zorgtoeslag	323	323	0	0	0	0
Nominaal beschikbaar	13 008	13 029	21	19 710	20 507	797

Het bruto inkomen voor een alleenstaande werknemer met minimumloon wordt € 990 hoger door het bruto inkomen van de procentuele werkgeversbijdrage. De sociale lasten worden verondersteld niet te wijzigen. De te betalen belasting blijft eveneens gelijk want de fiscus ziet de procentuele werkgeversbijdrage als loon en heft daar dus belasting over. Het netto inkomen is dus € 990 hoger dan zonder bruto inkomen. Voor modale inkomens is dat € 1766. De nominale premie stijgt met € 969. Onder de veronderstelling dat de vergoeding via de zorgtoeslag gelijk blijft aan de situatie zonder bruto inkomen gaat de alleenstaande werknemer op minimumniveau er € 21 per jaar op vooruit. Voor een modaal inkomen is de vooruitgang € 797.

Onderstaande tabel geeft de cijfers voor de werknemer die kostwinner is en twee kinderen onder de 18 jaar heeft. Het effect van de brutering is gelijk aan de brutering voor een alleenstaande omdat de procentuele werkgeversbijdrage een percentage van het inkomen is en niet afhankelijk is van de gezinssamenstelling. De sociale lasten en te betalen belasting wijzigen niet. Tegenover de stijging van het netto inkomen op minimumniveau met € 990 staat een stijging van de nominale premie met € 1938 hoger wordt. Gegeven een ongewijzigde zorgtoeslag gaat de werknemer met een minimuminkomen die kostwinner is er € 948 op achteruit. De werknemer die kostwinner is met een modaal inkomen gaat er € 172 op achteruit.

Bij deze cijfers is, conform de zorgverzekeringswet, er van uitgegaan dat de overheid via de rijksbijdrage de premie voor kinderen betaalt. Dat betekent dat in deze berekeningen gezinnen met kinderen niet geconfronteerd worden met een hogere premie vanwege de stijging van de nominale premie maar dat de kosten voor de overheid stijgen (met € 1,8 mld). Als hier niet van wordt uitgegaan zijn de inkomenseffecten minder positief, cq negatiever.

Werknemer kostwinner met twee kinderen (euro per jaar , 2006)

	minimum	minimum	mutatie	minimum	minimum	mutatie
Bruto inkomen	16 589	16 589	0	30 500	30 500	0
Werkgeversbijdrage		990	990		1 766	1 766
Gebruteerd inkomen	16 589	17 579	990	30 500	32 266	1 766
Sociale lasten	- 80	- 80	0	- 1 740	- 1 740	0
Belasting	0	0	0	- 5 200	- 5 200	0
Netto inkomen	16 509	17 499	990	23 560	25 326	1 766
Nominale premie	- 2 060	- 3 998	- 1 938	- 2 060	- 3 998	- 1 938
Kinderbijslag	1 796	1 796		1 796	1 796	
Zorgtoeslag	926	926	0	404	404	0
Nominaal beschikbaar	17 171	16 223	- 948	23 700	23 528	- 172

Bovenstaande exercitie geeft een indicatie van de effecten van brutering van de werkgeversbijdrage. De inkomenseffecten voor alleenstaanden zijn

positief, die voor alleenverdieners (met en zonder kinderen) zijn negatief, omdat deze laatste groep meer last heeft van de stijging van de nominale premie dan voordeel van de brutering van de werkgeversbijdrage. In bovenstaande is verondersteld dat de geraamde werkgeversbijdrage een op een kan worden gebruteerd. Bij daadwerkelijke doorvoering zal waarschijnlijk uit moeten worden gegaan van een gemiddelde extra bruto-stijging van het loon. Dat kan tot spreiding van de effecten leiden. Brute-ring van de werkgeversbijdrage kan verder doorwerken in bijvoorbeeld pensioenregelingen (hogere pensioenaanspraken en dus pensioenpre-mies) waar eventueel voor gecorrigeerd moet worden.

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

De leden van de VVD-fractie vragen naar de rol van de werkgevers in het nieuwe zorgstelsel. De werkgever heeft op grond van onder meer de Wet poortwachter, de loondoorbetalingsverplichting bij ziekteverzuim in de eerste twee jaren en de PEMBA- verplichtingen opgelegd gekregen zoals preventie van arbeidsverzuim en het creëren van arbeidsomstandigheden die mede bijdragen aan de gezondheid van hun werknemers. In de Zorg-verzekeringswet zijn, behalve de verplichting tot het bijdragen in de financ-iering van deze verzekering, aan werkgevers geen verplichtingen opge-legd. Dat betekent echter allerm minst dat er geen rol voor de werkgever zou zijn weggelegd. Integendeel. Juist het feit dat de werkgever in zo belang-rijke mate bijdraagt aan de financiering van de zorgverzekering – welke bijdrage voortvloeit uit de aansprakelijkheid van werkgevers voor de kosten van arbeidsongevallen en beroepsziekten –, betekent dat de werk-gever als een belangrijke actor wordt gezien. Hij heeft immers belang bij het maken van afspraken met zorgverzekeraars om de toegang tot de zorg voor zijn werknemers zeker te stellen op een manier die past bij zijn beleid gericht op preventie en beperking van arbeidsverzuim door – in geval van medische indicatie – adequate en snelle medische interventie. Het daar-voor sluiten van collectieve overeenkomsten van ziektekostenverzekering is een belangrijke voorwaarde voor het ook in praktische zin tot stand brengen van de integratie tussen de verantwoordelijkheden van de werk-gever op het terrein van de sociale zekerheid enerzijds en het arrangeren van een snelle en adequate toegang tot de zorg voor zijn werknemers anderzijds.

De leden van de VVD fractie vragen waarom voor een volledige inkomens-afhankelijke werkgeversbijdrage is gekozen. Het kabinet beoogt via de Zorgverzekeringswet een overzichtelijk systeem te creëren. In de ogen van het kabinet wordt die overzichtelijkheid bevorderd doordat het overgrote deel van de burgers alleen een nominale aan hun verzekeraar gaan betalen en werkgevers alleen een inkomensafhankelijke bijdrage aan de Belastingdienst. Daarnaast geldt dat het werken met (gedeeltelijk) nomi-nale werkgeverspremies leidt tot relatief hoge werkgeverslasten voor werknemers met lage lonen of een deeltijdbaan.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom er de rijksbijdrage voor kinderen niet gebaseerd wordt op de gemiddelde schadelast voor 0 tot 18 jarigen. De gemiddelde schadelast met betrekking tot een bepaald jaar blijkt pas na afloop van dat jaar. Indien de rijksbijdrage dient aan te sluiten aan de gerealiseerde schadelast, dan dienen achteraf correcties plaats te vinden, die de transparantie niet ten goede komen. Indien louter wordt aangesloten bij de door de overheid geraamde schadelast, dan lopen verzekeraars het risico van ramingsfouten door de overheid.

Gebruikelijk is om de kosten van kinderen te bepalen als de helft van de kosten van volwassenen. Verzekeraars maken elk jaar via de premievaststelling een inschatting van die kosten. De gemiddelde premie wordt door het CPB geraamd voorafgaand aan het jaar. De rijksbijdrage voor de eerste maanden in een jaar kan op basis hiervan bepaald worden. De gerealiseerde gemiddelde premie is in het voorjaar bekend, zodat de rijksbijdrage in de laatste maanden van het jaar zodanig kan worden bepaald, dat exact wordt aangesloten bij de gerealiseerde nominale premie in een jaar.

De leden van de VVD-fractie vragen of hoofdstuk 6 (artikelen 58–75) is getoetst aan het uitgangspunt van vermindering van de administratieve lastendruk. Hoofdstuk 6 beschrijft de taken en bevoegdheden van het CVZ, dat een zelfstandig bestuursorgaan (zbo) is. De administratieve handelingen van een zbo vallen niet onder de kabinetsdefinitie van administratieve lasten en de lasten van de Zorgverzekeringswet voor het CVZ zijn daarom niet onderzocht.

De leden van de VVD-fractie vragen aan te geven dat de consument/patiënt/verzekerde centraal staat en hoe de administratieve lasten zich verhouden tot het huidige systeem, en om aan te geven waarin de regering administratieve-lastenverlichting verwacht als gevolg van de verschuiving van een publiekrechtelijk zorgstelsel met privaatrechtelijke elementen naar een privaatrechtelijk stelsel met publieke waarborgen. Met het wetsvoorstel krijgt de consument/patiënt in het zorgstelsel een centrale rol toebedeeld. Deze rol komt tot uitdrukking in instrumenten van keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid. Om deze instrumenten ook volwaardig te kunnen effectueren, acht de regering wettelijke maatregelen noodzakelijk om te borgen dat het systeem functioneert zoals beoogd. Van uitzonderlijk belang zijn daarbij het waarborgen van een voor iedereen gelijke toegang tot de verzekering enerzijds de beschikbaarheid van voldoende, betrouwbare keuze-informatie anderzijds. Een groot deel van de wettelijke maatregelen is daarop gericht. Deze maatregelen zijn in de ogen van de regering dan ook noodzakelijk en bepaald geen overbodige bureaucratische ballast. De regering geeft er zich tegelijkertijd nadrukkelijk rekenschap van dat een efficiënt en doeltreffend functionerend zorgsysteem gebaat is bij een zo spaarzaam mogelijke regulering. Ten opzichte van het huidige systeem vindt een lastenreductie plaats. In het kader van de administratieve lasten vinden er in de Zorgverzekeringswet twee belangrijke verschuivingen plaats. Ten eerste treedt een verschuiving op van directe regulering van het zorgaanbod door de centrale overheid naar regulering van markten waarop verzekerden/zorgvragers en aanbieders elkaar ontmoeten. Ten tweede vanwege een verschuiving van sturing van het administratieve proces en daarop gerichte informatie naar verantwoording over behaalde resultaten. Los van de Zorgverzekeringswet vindt er ook een besparing van de administratieve lasten plaats vanwege geautomatiseerde gegevensuitwisseling.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of is overwogen de beheerskosten van het CVZ te laten betalen door de zorgverzekeraars. Dit is niet overwogen. Het CVZ is een uitvoeringsorgaan van de rijksoverheid en niet van de zorgverzekeraars.

Hoofdstuk 7

De leden van de VVD-fractie vragen hoe het nieuwe toezicht zich verhoudt tot dat van het huidige toezicht gelet op het uitgangspunt van de regering om stapeling van toezicht te voorkomen. Ook vragen deze leden of er mee rekening wordt gehouden dat ook gestroomlijnd toezicht wel degelijk het effect heeft van een stapeling.

Bij het toezicht in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn de volgende toezichtdomeinen onderscheiden: het toezicht op financiële markten (bestaande uit het prudentiële toezicht en het gedragstoezicht), het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en tot slot het toezicht op het ontwikkelen van markten en het daarmee samenhangende mededingingstoezicht. Bij de vormgeving van het toezicht op de Zorgverzekeringswet is het voorkomen van stapeling van het toezicht één van de uitgangspunten geweest, net zoals het transparant zijn van de organisatie van het toezicht. Voor particuliere verzekeraars is de vergunningverlening en het daaraan gekoppelde prudentiële toezicht in handen van de DNB/PVK. Er bestaat geen aanleiding om daar voor zorgverzekeraars van af te wijken. Het mededingingstoezicht op zorgverzekeraars behoort tot de verantwoordelijkheid van de Nma. Vanwege de onderlinge verbondenheid tussen het zorgspecifieke gedragstoezicht (i.e. het toezicht op de vraag of verzekeraars (aspirant-)verzekerden goed informeren over hun polissen), het toezicht op het ontwikkelen van markten en het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet heeft het kabinet besloten dat één toezichthouder deze vormen van toezicht behartigt, te weten de Zorgautoriteit. Een effectief toezicht op de uitvoering van de standaardverzekering (bijvoorbeeld acceptatieplicht en zorgplicht) vergt naast kennis over het gedrag van de verzekeraar op de verzekeringsmarkt namelijk ook kennis over het gedrag van de verzekeraar op de zorginkoopmarkt. Hierdoor is er in de ogen van het kabinet daadwerkelijk sprake van stroomlijning.

Hoofdstuk 8

Artikel 87

De informatieplicht die artikel 87 (onder meer) aan de verzekerde oplegt, is beperkt tot datgene dat voor de vragende zorgverzekeraar noodzakelijk is om de zorgverzekering dan wel de Zorgverzekeringswet uit te voeren respectievelijk voor de vragende instantie noodzakelijk is om de Zorgverzekeringswet uit te voeren. Desgevraagd zal de vrager moeten aangeven waarom hij het noodzakelijk vindt om bepaalde gegevens aan de verzekerde te vragen. Bij verschil van mening kan, indien de verzekerde om privacy-redenen weigert persoonsgegevens te verschaffen, de mening van het CBP worden gevraagd. Ook kan bij verschil van mening het CTZ (in de toekomst: de Zorgautoriteit) worden benaderd.

Hoofdstuk 9

Artikelen 96 tot en met 99

De artikelen 96 tot en met 99 geven het CTZ (in de toekomst: de Zorgautoriteit) de mogelijkheid (zorg)verzekeraars bij overtreding van diverse artikelen van de Zorgverzekeringswet een bestuurlijke boete op te leggen. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de hoogte van die boetes zich verhoudt tot de hoogte van boetes die het CTG, de NMa en de AFM kunnen opleggen.

Het CTG heeft geen bevoegdheid om bestuurlijke boetes op te leggen, ook niet na inwerkingtreding van het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (Wtg ExPres, Kamerstukken I, 2004/05, 29 397, A). Wel kan de FIOD-ECD op grond van de Wet op de economische delicten een strafrechtelijke boete opleggen van maximaal € 11 250. De NMa kan op grond van de Mw bij verboden kartelafspraken of misbruik van economische machtspositie een bestuurlijke boete opleggen van maximaal € 450 000 of, indien dat meer is, van maximaal 10% van de omzet van de onderneming dan wel, indien de overtreding

door een ondernemersvereniging is begaan, van de daarvan deel uitmakende ondernemingen. Daarnaast kent de Mw nogal wat andere verplichtingen die bij overtreding met een bestuurlijke boete, zij het een boete met een lager maximum, worden bestraft. De hoogste boete die de DNB/PVK bij overtreding van bepalingen van de Wtv 1993 kan geven, is € 522 750 (per overtreding). Daarnaast kan de AFM in een beperkt aantal gevallen een lagere boete opleggen.

Vergelijken we deze bedragen met de boetebedragen die het CTZ (in de toekomst: de Zorgautoriteit) aan zorgverzekeraars kan opleggen, dan zien we dat ze in de orde van grootte liggen van de bedragen die op grond van de artikelen 96, 98 en 99 van de Zorgverzekeringswet zijn neergelegd. De maximumboete bij fraude met vereveningsgegevens is weliswaar hoog, maar daarbij moet worden bedacht dat het te verevenen bedrag alleen al in 2006 rond de € 15,4 miljard bedraagt, zodat het bij dergelijke fraude om zeer forse bedragen kan gaan. Bovendien kan ook de maximaal door de NMa op te leggen boete (10% van de omzet van een onderneming) op een bedrag van € 10 000 000 (of zelfs meer) terecht komen.

Artikelen 113 tot en met 116

Ik kan de leden van de CDA-fractie bevestigen dat op boetebeschikkingen als bedoeld in artikel 95 van de Zorgverzekeringswet de bezwaarprocedure van de Awb openstaat. Dat is geregeld in artikel 8:1, eerste lid juncto 7:1, eerste lid, Awb en hoefde daarom niet nog eens in de Zorgverzekeringswet te worden geregeld. De Awb-bezwaar en beroepsprocedure is op alle boetes, opgelegd door het CVZ (artikel 95) van toepassing. Hetzelfde geldt voor beschikkingen waarmee het CTZ (in de toekomst: de Zorgautoriteit) een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete aan een (zorg)verzekeraar oplegt dan wel een aanwijzing geeft (artikelen 93, 94 en 96 tot en met 99 van de Zorgverzekeringswet). De enige afwijking van de normale Awb-procedure is dat beroep tegen een CTZ-beschikking waarmee de (zorg)verzekeraar een aanwijzing, last onder dwangsom of bestuurlijke boete wordt opgelegd, slechts bij de rechtbank Rotterdam kan worden ingesteld (artikel 114 van de Zorgverzekeringswet). Hiervoor is gekozen omdat ook tegen beschikkingen van de DNB/PVK slechts bij de rechtbank Rotterdam in beroep kan worden gegaan. Aldus kan de deskundigheid voor de beoordeling van jegens verzekeraars genomen beschikkingen bij de rechtbank Rotterdam worden gebundeld.

Artikel 112

Terecht merken de leden van de VVD-fractie op dat op het leveren van onjuiste of onvolledige vereveningsgegevens ingevolge artikel 97 van de Zorgverzekeringswet een forse boete kan komen te staan. Inderdaad schort bezwaar of beroep tegen een dergelijke boetebeschikking op dit moment niet de betalingsverplichting op. Dat volgt uit artikel 6:16 Awb. De Awb geeft echter de mogelijkheid om bij of krachtens wet van artikel 6:16 af te wijken. Naar aanleiding van de vraag van de leden van de VVD-fractie heb ik nogmaals overwogen of het verstandig is in de Zorgverzekeringswet te regelen dat de betalingsverplichting voor bedoelde boete gedurende het bezwaar of beroep van de zorgverzekeraar wordt opgeschort. Ik denk echter dat dit niet zo is. Door zo'n bepaling krijgt de verzekeraar er namelijk belang bij om, zelfs als hij zich kansloos acht, tegen de boete in bezwaar of beroep te komen. Dat leidt tot onnodige procedures en tijdverlies. Daarom heb ik besloten artikel 6:16 Awb ook voor de boete op grond van artikel 97 van de Zorgverzekeringswet te laten gelden, en de betalingsverplichting dus niet op te schorten. Een verzekeraar die door het direct betalen in (financiële) problemen komt, kan op grond van artikel 8:81 Awb een voorlopige voorziening bij de rechtbank

Rotterdam vragen (inhoudende, dat hij voorlopig niet hoeft te betalen). De rechter zal daar dan over oordelen.

Hoofdstuk 11

Artikel 118, eerste lid

Artikel 118 vindt slechts toepassing bij uitbreiding van het wettelijk te verzekeren pakket Zorgverzekeringswet-zorg. Het artikel regelt dat de zorg die extra in het Zorgverzekeringswet-pakket komt, met ingang van de dag waarop dat gebeurt, automatisch uit de aanvullende verzekeringen valt. Er is dus geen dag waarop de verzekerde met zo'n aanvullende verzekering niet voor die zorg verzekerd is. De bepaling is voor de verzekerde van belang omdat aldus wordt voorkomen dat voor de bedoelde zorg vanaf het moment waarin deze in het wettelijke pakket wordt opgenomen, dubbel premie moet worden betaald. De bepaling is ook voor zorgverzekeraars van belang: die hoeven niet, zodra het wettelijk pakket wordt uitgebreid, aan alle aanvullend verzekerden een bericht te sturen met de mededeling dat eerderbedoelde zorg niet meer op grond van de aanvullende verzekering (maar op grond van de zorgverzekering) verzekerd is. Dat laat natuurlijk onverlet dat dezen wel zo snel mogelijk deze mededeling moeten krijgen, alsmede de in het tweede lid van artikel 118 bedoelde premierestitutie. Mede gezien het feit dat een artikel als artikel 118 al sinds jaar en dag in de Zfw staat en daar niet tot problemen heeft geleid, vind ik het te ver gaan om te regelen binnen welke termijn de zorgverzekeraar zo'n mededeling moet doen. Overigens zal de zorgverzekeraar bij een uitbreiding van het wettelijk te verzekeren pakket ook de zorgpolis moeten wijzigen.

Artikel 118 kan een inbreuk maken op het vrij verkeer van diensten, indien althans de aanvullende verzekering bij een verzekeraar in een andere lid-staat loopt. Zoals uit het voorgaande blijkt, is artikel 118 Zorgverzekeringswet echter (mede) getroffen vanuit het oogpunt van consumentenbescherming. Daarom denk ik dat het op grond van het algemeen belang te rechtvaardigen is. Ook een procedure van een aanvullend verzekeraar op grond van artikel 1 van het eerste protocol bij het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) (wegens ontneming van eigendom, te weten een deel van de aanvullende verzekering) geef ik weinig kans van slagen.

Artikel 120

De leden van de fracties van de het CDA, de ChristenUnie, de PvdA, de SP en de VVD stellen een aantal vragen over de toepasselijkheid van het mededingingsrecht op de zorgverzekeraars, mede in relatie tot artikel 120 van het wetsvoorstel.

Wij gaan ervan uit en kunnen er redelijkerwijs van uitgaan dat zorgverzekeraars ondernemingen zijn in de zin van het Europese mededingingsrecht, en daarmee in de zin van het Nederlandse mededingingsrecht – immers, de Nederlandse Mw is direct geënt op het Europese mededingingsrecht. Het mededingingsrecht en -toezicht zijn daarom van toepassing op zorgverzekeraars. Niettemin is er een geringe kans dat het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen, als de vraag daar wordt voorgelegd, een andere opvatting heeft dan de hier opgenomen opvatting van de Nederlandse regering. Als zorgverzekeraars geen ondernemingen in de zin van het Europese mededingingsrecht zouden zijn, dan zou, zonder nadere regeling, het voor het functioneren van het zorgverzekeringsstelsel noodzakelijke nationale mededingingstoezicht wegvallen. Het is echter essentieel voor het functioneren van het zorgstelsel dat mededingingstoezicht gehouden kan worden op de verzekeringsmarktmarkt: door kartels, fusies en machtsposities kan de prikkel

tot doelmatig gedrag immers wegvallen. Om die reden is artikel 120 in het wetsvoorstel opgenomen. Op grond van die bepaling vallen zorgverzekeraars als zij geen ondernemingen in de Europeesrechtelijke zin van het woord zouden blijken te zijn, niettemin onder het Nederlandse mededingingstoezicht op grond van de Mw. Het wijzigen van de Zorgverzekeringswet nadat het Hof een dergelijke uitspraak zou doen, zou bovendien te lange tijd in beslag nemen. Die tijd zou zorgverzekeraars de gelegenheid bieden mededingingsbeperkende gedragingen (fusies, kartels) te ontplooiën die niet eenvoudig zijn terug te draaien. Het Europese recht staat er overigens niet aan in de weg dat zorgverzekeraars in dat geval binnen de werkingssfeer van het nationale mededingingsrecht worden gebracht.

De Nederlandse regering wil er dus geen enkele twijfel over laten bestaan dat zorgverzekeraars te allen tijde onder het nationale mededingingstoezicht vallen.

Graag grijpen wij de gelegenheid aan nader toe te lichten waarom zorgverzekeraars onder de Zorgverzekeringswet ondernemingen zijn in de zin van het mededingingsrecht. Volgens vaste rechtspraak omvat het begrip onderneming in de context van het mededingingsrecht elke eenheid die een economische activiteit uitoefent, ongeacht haar rechtsvorm en de wijze waarop zij wordt gefinancierd. In het arrest AOK Bundesverband (gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01), stelde het Hof vast dat de ziekenfondsen van het Duitse wettelijk ziektekostenverzekeringsstelsel, meewerken aan het beheer van het socialezekerheidsstelsel. Zij vervullen een taak van zuiver sociale aard, die berust op het beginsel van solidariteit en ieder winstoogmerk mist. De vrijheid waarover de Duitse ziekenfondsen beschikken bij de vaststelling van de hoogte van de premie en bij de onderlinge concurrentie om verzekeren aan te trekken, doet volgens het Hof aan deze beoordeling niet af. De wetgever heeft immers met betrekking tot de premies een element van concurrentie ingevoerd om in het belang van de goede werking van het Duitse socialezekerheidsstelsel de ziekenfondsen ertoe aan te zetten, hun activiteiten te organiseren volgens de beginselen van goed beheer, namelijk zo efficiënt en goedkoop mogelijk. Dat dit het doel is, verandert niets aan de aard van de activiteiten van de ziekenfondsen. Het Hof concludeert dat, nu de activiteiten van organen zoals de Duitse ziekenfondsen niet van economische aard zijn, deze organen geen ondernemingen zijn in de zin van de Europese mededingingsregels.

In het licht van deze jurisprudentie is de vraag gerechtvaardigd of zorgverzekeraars in het beoogde Nederlandse zorgverzekeringsstelsel ondernemingen zijn. De analyse van de regering is dat die vraag bevestigend dient te worden beantwoord. Dit kan als volgt worden beargumenteerd. Voor een zorgverzekeraar die in het beoogde Nederlandse stelsel van een sociale zorgverzekering, zoals neergelegd in de Zorgverzekeringswet, in aanmerking wil komen voor een vereveningsbijdrage zijn met name de volgende kenmerken van belang:

- het is een privaatrechtelijke rechtspersoon die winst kan beogen en die beschikt over een vergunning van de DNB/PVK (of een daarmee overeenkomende toezichthouder van een andere lid-staat) om het schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen;
- risicoselectie wordt zoveel mogelijk uitgesloten en solidariteit wordt opgelegd door een acceptatieplicht, een risicovereveningssysteem, het wettelijk vastleggen van de verzekerde prestatie, de verplichting van de zorgverzekeraar voor iedereen gelijke nominale verzekeringspremies te innen en de overige financiering van de zorgverzekering;
- de financiering van de zorgverzekering berust op vier pijlers: de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage, de werkgeversbijdrage en de rijksbijdrage (voor verzekerden jonger dan 18 jaar); de zorg-

- verzekeraar stelt de nominale premie vast; de inkomensafhankelijke bijdrage, de werkgeversbijdrage en de rijksbijdrage worden door de overheid vastgesteld; daarbij gaat de overheid uit van een nominale rekenpremie van ongeveer 45%;
- een zorgverzekeraar kan de zorgverzekering opschorten, opzeggen of ontbinden wegens het niet betalen van de verschuldigde premie;
 - op zorgverzekeraars rust niet de verplichting de vereveningsbijdrage en de geïnde nominale premies te benutten voor de zorgverzekering; wel rust op de zorgverzekeraar een zorgplicht;
 - de verzekeraar loopt verzekeringsrisico; het risicovereveningssysteem vlakkt immers slechts de risicoverschillen tussen verzekerdersgroepen uit.

Er is een belangrijk verschil tussen het beoogde Nederlandse zorgverzekeringstelsel en het Duitse stelsel zoals dat door het Hof in het arrest AOK Bundesverband is beoordeeld in het licht van de vraag of een Duits ziekenfonds een onderneming is. Anders dan Duitse ziekenfondsen mogen zorgverzekeraars in het beoogde Nederlandse stelsel wel winst beogen en rust op zorgverzekeraars niet direct de verplichting de vereveningsbijdrage te benutten voor de wettelijk omschreven verzekerde prestaties. De mogelijkheid voor zorgverzekeraars om winst na te streven, geeft aan de wettelijke taken van zorgverzekeraars een economisch karakter. Ondanks het sociale karakter van de zorgverzekering, hoeft het streven van de zorgverzekeraar niet uitsluitend gericht te zijn op het verzekeren van zorg of vergoeding voor kosten van zorg; het kan mede gericht zijn op het uitkeren van dividend aan de aandeelhouders. De zorgverzekeraar kan kiezen of winst wordt beoogd of niet. De taken van een zorgverzekeraar hebben daarmee een economisch karakter, zeker gezien in combinatie met de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om de zorgverzekering op te schorten, op te heffen of te ontbinden wegens het niet betalen van de premie, en het feit dat zij verzekeringsrisico dragen. Het aanbieden van een zorgverzekering is daarmee ook in de Nederlandse situatie een economische activiteit en een zorgverzekeraar een onderneming in de zin van het mededingingsrecht.

Hoofdstuk 12

De leden van de SP-fractie vragen bij de evaluatie van de wet, die over vijf jaar wordt voorzien, niet alleen de kwaliteit van de wet te betrekken maar ook de kwaliteit van de gezondheidszorg.

De ontwikkeling van de gezondheidszorg acht ik, evenals de leden van de SP-fractie, een buitengewoon belangrijk onderwerp. Zodanig belangrijk, dat ik daarover het parlement jaarlijks wil gaan rapporteren. Eerder in deze nota ben ik uitgebreider op dit onderwerp ingegaan, naar aanleiding van vragen van de leden van de fracties van de PvdA en de SP over de relatie tussen de Zorgverzekeringswet en de gezondheidszorg.

Ik vertrouw erop dat met het voorgaande de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende zijn beantwoord om de openbare behandeling van het wetsvoorstel op korte termijn mogelijk te maken. Overeenkomstig uw verzoek zend ik u bijgaand het concept van het Besluit Zorgverzekering¹ alsmede een nota van wijziging (zie kamerstuk 29 763, nr. 8) op enkele punten van het wetsvoorstel.

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

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.