

Vergaderjaar 2004–2005

**29 763**

## **Regels van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)**

**F**

### **NADER VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT<sup>1</sup>**

Vastgesteld 10 mei 2005

#### **1. CDA-fractie**

##### *Algemeen*

Met enige teleurstelling hadden de leden van de **CDA**-fractie kennisgenomen van een aantal antwoorden. Deze leden wilden zich in tweede termijn echter beperken tot slechts die vragen, die vóór de plenaire behandeling nog een duidelijk, nader antwoord vergen. In eerste instantie ging het de leden van de CDA-fractie om de antwoorden over de vragen rond zowel het wetgevings- als het invoeringstraject, die mede namens de andere fracties zijn gesteld. Immers, de minister lijkt in de memorie van antwoord te blijven vasthouden aan het eigen tijdsplan zonder ook maar enigszins te willen tegemoetkomen aan terechte kritiek en zorg. Intussen heeft de minister zich blijkbaar wel laten overtuigen door Zorgverkeeraars Nederland en behoorlijk wat water bij de wijn gedaan. Deze leden gingen ervan uit, dat iedereen zich thans aan de gemaakte afspraken zal houden.

Nieuwe of aanvullende inzichten dienen echter vóór de plenaire behandeling bekend te zijn.

De memorie van antwoord op de voet volgend, is het uiteraard juist, dat de beoogde indieningsdatum voor de Invoerings- en Aanpassingswet – mei 2005 – reeds in maart 2004 bekend was, maar van meet af is aangedrongen op versnelling van deze datum, wil de beoogde invoeringsdatum voor de Zorgverzekeringswet, te weten 1 januari 2006, niet in gevaar komen. De plenaire behandeling van de Zorgverzekeringswet, eerst op 7 juni a.s., houdt direct verband met het beschikbaar komen van de Invoerings- en Aanpassingswet (I& A.-wet) op 23 mei a.s. als noodzakelijke schakel in het wetgevingstraject.

<sup>1</sup> Samenstelling: Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA) (voorzitter), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), Swenker (VVD), Hamel (PvdA), Nap-Borger (CDA), Slagter-Roukema (SP), Schouw (D66), Putters (PvdA) en Thissen (GL).

Met betrekking tot het invoeringstraject wilden de leden van de CDA-fractie uitgaan van de gemaakte afspraken, zoals gevraagd in de brief van 12 april jl. van Zorgverkeeraars Nederland en bevestigd in de brief van 13 april 2005 van de minister. Met betrekking tot het invoeringstraject

hadden de leden van de CDA-fractie na de bijgestelde afspraken tussen de minister en de zorgverzekeraars toch nog enige twijfel. Weliswaar wordt nu gesteld, dat wanneer op 1 juni a.s. het pakket bekend is en op 15 september de individuele verzekeraarsbudgetten, dat alle verzekeraars dan uiterlijk vóór 16 december hun verzekerden een passend polisaanbod kunnen doen. Deze nadere afspraken zijn gebaseerd op de rapportage van PriceWaterhouseCoopers (PCW) over de haalbaarheid. De vaste commissie heeft met de eerdergenoemde brief deze rapportage echter niet meegezonden gekregen. Na lezing, eerst na de hoorzitting, vroegen de leden van de CDA-fractie zich af of de minister ter zake de conclusies voor zijn rekening neemt. Met PWC wilden deze leden de invoering als een megaproject beschouwen en wilden zij de minister vragen wat te doen wanneer niet alle zorgverleners de aangescherpte afspraken kunnen waarmaken. Tevens vroegen deze leden zich af of de toetsing van de polissen door de betreffende instantie tijdig kan worden waargemaakt. Informatie hierover ontbreekt. Tenslotte gingen zij er vanuit, dat mocht een bepaalde datum niet kunnen worden gehaald, de minister dan tot nader overleg over de invoeringsdatum bereid is.

Ook deze leden wilden in dit stadium, gelet ook op de omvangrijke, reeds gedane investeringen – indien maar enigszins mogelijk – de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari a.s. doen plaatsvinden. Chaos moet echter worden voorkomen en ook niet elke zorgverzekeraar is ervan overtuigd, dat dit metterdaad niet het geval zal zijn, gelet op alle ingewikkelde processen, die nog hun beslag moeten krijgen. En de ketting is altijd nog zo sterk als de zwakste schakel!

Een uitermate zorgelijke zaak blijft in dit kader ook nog de overgang van de huidige ziekenfondsverzekerden naar de nieuwe standaardverzekering. Het principe van de «negatieve optie» (wie zwijgt, stemt toe) kan immers niet van toepassing zijn op de ziekenfondsverzekerden en de verzekerden krachtens de publiekrechtelijke regelingen. Al deze verzekerden dienen expliciet aan te geven dat zij verzekerd willen worden. Het is weer één van de zaken die alleen nog in de Invoerings- en Aanpassingswet afdoende kan worden geregeld. Uit het overleg met de zorgverzekeraars hadden de leden van de CDA-fractie de indruk overgehouden, dat dit nog niet is gebeurd. Hoe moet dit dan nu nog worden geregeld en zal dit ook gelden voor de publiekrechtelijke regelingen, die in dezelfde situatie verkeren? Zal de oplossing inhouden dat de negatieve optie ook voor al deze verzekerden gaat gelden?

Uit de brief over de Invoerings- en aanpassingswet (29 762/29 763, nr. 70) was deze leden overigens ook nog niet duidelijk geworden op welke wijze de overgang van de publiekrechtelijke regelingen naar de Zorgverzekeringswet zal worden geregeld.

#### *Zorggebruikers*

De leden van de CDA-fractie hadden veel aandacht gegeven aan het voorbereiden van de derde partij – de patiënten/consumenten – op haar nieuwe taak. Het antwoord van de minister had deze leden er nog niet van overtuigd, dat niet op korte termijn aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn. Uit de contacten met het veld is dat overduidelijk gebleken. In dit licht stelden deze leden enkele aanvullende vragen. Is de minister bereid nog vóór de plenaire behandeling verdere bestuurlijke afspraken te maken met ZN, de Consumentenbond en de N.P.C.F. over de totstandkoming van keuze-informatie over zorgverzekeringen op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en de Kamer daarvan op de hoogte te stellen? In de tweede plaats zal er toch een duidelijke toezegging moeten worden gegeven over het ook beschikbaar komen van schriftelijke informatie. Tenslotte is de vraag over de noodzakelijke specifieke informatie anders beantwoord dan bedoeld,

namelijk informatie over de specifieke ziekte van de patiënt, waaraan dan behoefte is en die mede is gestoeld op ervaringsinformatie.

Ronduit teleurstellend is het antwoord met betrekking tot de noodzakelijke extra financiering voor de koepels en de patiëntenorganisaties. Het veld weet, dat er een nieuwe subsidieregeling komt, maar ook hoe gedraald wordt met de bekendmaking van de criteria. Dit betekent dat het jaar 2006 in dit opzicht een verloren jaar gaat worden, omdat van overwegend vrijwilligersorganisaties niet mag worden verwacht dat zij zich in enkele maanden goed kunnen voorbereiden op een geheel andere regeling. Daarom wilden de leden van de CDA-fractie nogmaals de noodzaak van aanvullende financiering benadrukken. In ieder geval voor de eerstkomende jaren om te kunnen bewerkstelligen dat het patiëntenveld zich tot een gelijkwaardige partij kan ontwikkelen. Hierbij zijn de koepels van essentieel belang, maar ook de individuele patiëntenorganisaties moeten de eerste jaren niet langer met financiële perikelen worden geconfronteerd, zoals nu al te lang het geval is. De energie dient nu vóór alles te worden ingezet voor het voorbereiden van de patiënten op de gevolgen en de mogelijkheden van de Zorgverzekeringswet en niet voor administratieve processen in het kader van een nieuw financieringssysteem. Kortom, de patiënten/consumentenorganisaties dienen adequaat te worden gefaciliteerd om de nieuwe rol te kunnen waarmaken in de geest van de stellingname van de minister zelf dat het zorgaanbod alleen vraaggericht zal worden onder druk van de zorggebruikers. Vandaar, dat de leden van de CDA-fractie blijven staan op een duidelijke toezegging terzake, waarbij deze leden tevens wilden aandringen op een snelle uitvoering van het onderzoek naar de gewenste toerusting van de patiënten/consumentenorganisaties.

Deze leden maakten zich ook grote zorgen over het nog tijdig tussen de oren kunnen komen van alle veranderingen bij de verzekerden. Welk budget is hiervoor exact beschikbaar en wat te doen als per december a.s. blijkt, dat de voorlichtingscampagne niet het beoogde effect heeft gehad? Worden deze effecten gemonitord?

Een- en andermaal hadden de leden van de CDA-fractie zich ook uitgesproken over de noodzaak om de verzekerden via de ledenraad invloed te geven op het zorginkoopbeleid door middel van een toetsende rol bij de af te sluiten contracten met zorgaanbieders. De minister toont zich in zijn antwoord thans terughoudender dan bij een eerdere gelegenheid. Dit wel in tegenstelling tot enkele zorgverzekeraars en ondanks het feit, dat de minister toch van mening is, dat de verzekerden wel terdege invloed moeten hebben op het zorginkoopbeleid.

In het kader van het vooralsnog niet uitgaan van een AMvB en de positievere opstelling in het veld wilden deze leden dan tenminste nu de toezegging, dat de voortgang terzake zal worden gemonitord en dat na één jaar aan de hand van deze uitkomst zo nodig alsnog zal worden besloten tot een AMvB.

In het veld van patiënten/consumentenorganisaties is toch de overheersende mening, ondanks vele positieve ontwikkelingen, dat de rechtspositie van de patiënt/consument in de zorgverzekeringswet nog niet voldoende is geregeld en geborgd. In dit kader is een pleidooi gehouden voor een afzonderlijke consumentenwet. Kan de minister dit pleidooi begrijpen en heeft hij de bereidheid dit in positieve overweging te nemen, zo vroegen de leden van de CDA-fractie zich af. Of ziet de minister nog andere mogelijkheden?

Tenslotte, de inventarisatie van de mogelijkheden voor een persoonsgebonden budget zal eerst beschikbaar komen bij de indiening van de

I&A-wet Zvw. Op welke wijze worden eventuele consequenties dan verwerkt?

#### *Natura of restitutie*

Een punt van zorg was voor de leden van de CDA-fractie voorshands gebleven de uit de restitutiepolis voortvloeiende extra kosten in vergelijking tot de naturapolis, alsmede de afwijzing van de gedane suggestie. De minister komt in de memorie van antwoord terug op de toezegging dat een addendum met alle gecontracteerde zorgaanbieders aan de polis zal worden toegevoegd. Een verwijzing naar een website en een telefonische hulpdienst is onvoldoende, vraagt actie van de verzekerden, terwijl de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor adequate voorlichting aan de verzekerden. De leden van de CDA-fractie wilden dan ook vasthouden aan de door de minister gedane toezegging. Dit temeer omdat tijdens de door de vaste commissie voor VWS gehouden hoorzitting is gesteld dat «de meeste verzekeraars geen enkel bezwaar zullen hebben tegen een addendum met de lijst van gecontracteerde aanbieders».

Als tweede punt wilden deze leden de stelling aansnijden, dat voor de naturapolissen, gebaseerd op een groter aantal verzekerden, een lagere prijs kan worden bedongen dan voor individuele verzekerden in casu ook voor restitutiepolissen. Op zichzelf juist, maar het ontnemt in een aantal gevallen patiënten wel de mogelijkheid de behandelaar van hun keuze te blijven houden. De minister kent de bezwaren van de CDA-fractie, deze wilden deze leden thans niet herhalen. Wel wilden zij een nadere toelichting op de passage over de plicht tot vergoeding van de rekening van een zorgaanbieder op grond van een restitutiepolis, mits deze niet hoger is dan de prijs die voor de geleverde zorg op de Nederlandse markt marktconform is. Betekent een marktconform tarief metterdaad het maximum WTG-tarief? Waar komen de meerkosten dan grosso modo op neer? Zullen hiernaast de zorgaanbieders wel altijd voldoen aan hun plicht tot tijdige en volledige informatie over het in rekening te brengen tarief? Zo niet, wat dan? Dit alles merkten deze leden op tegen de achtergrond, dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend in de zorgpolis zal komen. De verzekerde patiënt heeft dan in ieder geval de mogelijkheid tot toetsing.

Overigens hadden deze leden het toch goed begrepen, dat er naar de mening van de zorgverzekeraars sprake zal zijn van een gewenningsperiode van een aantal jaren, zowel voor de verzekerde als voor de aanbieder en de verzekeraar. Dat heeft tot gevolg dat er in feite per 1 januari a.s. weinig of niets zal veranderen. Dit betekent ook de mogelijkheid om aan de hand van verdergaande verkenningen recht te doen aan keuzemogelijkheden ook voor de patiënten. Kan de minister hierin meegaan?

#### *Winstoogmerk*

De leden van de CDA-fractie hadden er kennis van genomen, dat eerst in 2012 de zorginstellingen zullen voldoen aan de voorwaarden om winst aan derden te kunnen uitkeren. Ongetwijfeld zijn er tot die tijd nog vele mogelijkheden om met de minister hierover te spreken. Niettemin wilden deze leden dan nog wel de toezegging dat de uitzonderingen op basis van een afzonderlijk kabinetsbesluit om vóór 2012 aan instellingen daadwerkelijk het toestaan van winstuitkeringen te verlenen, aan het parlement worden voorgelegd. Het gaat dan om instellingen, die eerder transparantie en integrale tarieven kunnen realiseren.

Allerwegen werd zorg uitgesproken, ook door de CDA-fractie, over het handhaven van de kwaliteit van zorg, de kwaliteitsverschillen, etc. Opvallend is de optimistische toon in de beantwoording van de gestelde vragen. Gelet op recente voorbeelden, maar ook op de mogelijkheden ter zake van de zorgverzekeraars, waren de leden van de CDA-fractie er nog niet gerust op dat voldoende alert zal worden opgetreden. De zorgverzekeraars hebben zich tijdens de hoorzitting wel aanmerkelijk realistischer opgesteld met uitspraken als «wij zijn bezig door middel van kwaliteitsparagrafen meer inzicht in de kwaliteit van het zorgaanbod te verkrijgen. De éne verzekeraar is daar verder mee dan de andere. Ook wij vinden dat kwaliteitsverschillen bij de aanbieders langzamerhand transparant en inzichtelijk moeten worden». Deze leden vroegen de minister een zelfde realiteitszin uit te stralen met een geavanceerd overheidsbeleid ter zake en bij het ondersteunen van de patiëntenorganisaties. Hoe kan van patiënten worden verwacht – ondanks de keuzegids zorgverzekeringen – wat zorgverzekeraars nog maar zeer ten dele kunnen waarmaken?

### *Overgangsrecht*

In reactie op de opmerking van deze leden over het niet zwaar tillen van de minister aan het traject rond de I&A-wet Zvw biedt de minister onder meer aan over de inhoud van deze wet nog van gedachten te willen wisselen vóór aanbidding van het wetsvoorstel aan de Tweede Kamer. Staatsrechtelijk zou dit een novum zijn. Bovendien zal dit noodzakelijkerwijze dan een vrijblijvende discussie moeten zijn. Niettemin wilden de leden van de CDA-fractie hiervan wel gebruik maken tussen 23 mei en 7 juni, mede omdat de problematiek van het overgangsrecht eerst in deze wet zal worden geregeld. Tot dusverre is bepaald nog geen recht gedaan aan de motie-Jaarsma waarnaar deze leden hadden verwezen. De leden van de CDA-fractie wilden de minister dan ook nogmaals uitnodigen te voldoen aan beide elementen van de genoemde motie, namelijk overgangsrecht integraal onderdeel te doen uitmaken van de beoogde wijzigingen in het zorgverzekeringsstelsel en de motivering van het overgangsrecht te baseren op systematische en transparante keuzes aan de hand van het Toetsingskader Overgangsrecht.

Het gaat er immers om dat recht wordt gedaan aan de beginselen van de rechtsstaat, waarbij duidelijk wordt gemaakt welke afwegingen de wetgever heeft gemaakt om in te grijpen in «verworven rechten». Hiervan is immers sprake bij het niet mogelijk maken van een totale verzekering, door een splitsing in een standaardverzekering én een aanvullende verzekering. Hierdoor wordt een grote groep verzekerden geconfronteerd met een ingreep in verworven rechten, die hen noodzaakt extra kosten te maken, die niet zullen worden meegenomen in de zorgtoeslag. Met name de ambtenaren met lage inkomens en de gepensioneerde ambtenaren met lage pensioenen zullen hierdoor onredelijk worden getroffen: zij moeten nu een aanvullende verzekering sluiten, die niet onder de zorgtoeslag valt.

Op 12 juni 2000 heeft de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de heer Hoogervorst, in de Eerste Kamer gesteld, dat overgangsrecht altijd integraal deel moet uitmaken van de wijziging van het wettelijk regime ter zake en dat in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel steeds de keuze voor een bepaald type overgangsrecht aan de hand van systematische en transparante keuzes dient te worden onderbouwd en dat hiervoor het Toetsingskader Overgangsrecht zal gelden. De minister zal zich kunnen voorstellen, dat het gegeven antwoord nog niet aan deze vereisten voldoet. Deze leden gingen er nu van uit, dat de minister deze omissie óf in de nadere memorie van

antwoord òf in de memorie van toelichting bij de I&A-wet zal herstellen. Deze leden wilden hieraan nog toevoegen, dat de minister ook van een verkeerde veronderstelling uitgaat. Er is hier sprake van een verplichting van de Rijksoverheid ten opzichte van de door overheidsmaatregelen getroffen verzekerden en niet van een verplichting van de werkgever (toevallig een overheidswerkgever) ten opzichte van zijn werknemers. Kortom, het gaat er hier niet om de relatieve arbeidsmarkt voor ambtenaren te behouden. Er kan dus geen sprake zijn van verwijzing naar het arbeidsvoorwaardenoverleg, tenzij hierover afspraken zijn gemaakt die hiervan wel uitgaan, zoals de minister min of meer suggereert, maar die zich aan de waarneming van deze leden onttrekken. Deze leden hadden behoefte aan volledige opening van zaken in dit opzicht. In ieder geval kan dit niet gelden voor de D.G.V.P.-ambtenaren. Daarom dient ook het bedrag van 160 miljoen euro, dat voor studenten en ambtenaren is gereserveerd, herkenbaar en onderscheiden naar diverse categorieën, te worden ingezet. Op basis van een heldere keuze voor een bepaalde vorm van overgangsrecht dient dan de regeling te worden gebaseerd.

De leden van de CDA-fractie wilden zich hierbij vooral sterk maken voor de kwetsbare groepen en hadden hiertoe vóór alles behoefte aan concrete voorstellen alsmede de toedeling van de financiële gevolgen aan elk der categorieën, waarbij zij zich nog steeds niet goed kunnen voorstellen waar het bij de rijksambtenaren om gaat.

#### *Het risico-vereveningssysteem*

De leden van de CDA-fractie hadden in het voorlopig verslag bijzondere aandacht gegeven aan het risico-vereveningssysteem zowel met het oog op de Europese regelgeving als met het oog op het zo goed mogelijk uitsluiten van de mogelijkheid tot risicoselectie. Het gaat hier metterdaad om de achilleshiel van het zorgstelsel.

Deze leden hadden ook goede nota genomen van het open antwoord op de verschillende vragen en stelden het bovendien op prijs dat de minister de creatieve dialoog is aangegaan met name over de reserves voor de ziekenfondsen en de mogelijke staatssteunaspecten van het risico-vereveningssysteem. Tussen haakjes: wat gaat er gebeuren met de reserves van de particuliere verzekeraars? De positieve beoordeling door de Europese Commissie is zeker een gelukwens waard. Overigens waren deze leden van mening, dat eerst na de eerste zaak bij het Europese Hof er volledige duidelijkheid over de vereiste noodzakelijkheid en proportionaliteit zal zijn. Wel kan een dergelijke uitspraak nu met meer vertrouwen tegemoet worden gezien.

Dit geldt ook voor het risico-vereveningssysteem als zodanig, dat wel goed is, maar bepaald nog niet volledig op de nieuwe situatie is toegesneden. De leden van de CDA-fractie hadden dan ook aandacht gevraagd voor specifieke problemen en groepen, maar zijn door de gegeven antwoorden niet gerustgesteld. Enerzijds laat de minister bijvoorbeeld onderzoeken of de kwaliteit van het vereveningsmodel voor de grote steden verbetert als het regiocriterium wordt aangepast. Anderzijds, zo wordt gesteld, kan ten minste een deel van het verschil ook voortkomen uit de wijze waarop de verzekeraars de verzekering uitvoeren. Zonder nadere toelichting konden deze leden niet anders doen dan beamen, dat ondoelmatigheid niet mag worden beloond, maar dat beoogt de minister toch niet te suggereren? Met betrekking tot de risicovolle groepen oordeelden deze leden de antwoorden bepaald ontoereikend. Dit is ook duidelijk geworden uit het onderzoek «Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering». Brengt de inhoud de minister nu tot andere standpunten dan in de memorie van antwoord zijn ingenomen? Zo ja, welke? Ook deze leden wilden op dit moment niet het onmogelijke vragen. De samenvatting van het onderzoek is echter dermate verontrustend met betrekking tot niet gewenste gevolgen voor met name kwetsbare

patiënten, dat de minister op z'n minst enige harde toezeggingen met betrekking tot toekomstige aanpassingen moet doen. Is de minister bereid het voorstel van de N.P.C.F. over te nemen, namelijk het huidige systeem door te ontwikkelen en verder te verfijnen en voorlopig, naast de verevening vooraf, ook de kostencompensatie achteraf te handhaven?

#### *Onverzekerden*

Uit de memorie van antwoord hadden de leden van de CDA-fractie opgemaakt, dat met voortzetting van het huidige beleid in de Zvw de gevolgen van het onverzekerd zijn niet eenzijdig zullen worden afgewenteld op de zorgaanbieders en zorginstellingen met uitzondering van segment B. Is dit wel redelijk? Immers de oninbare vorderingen binnen dit segment dienen in de prijs te worden opgenomen en worden derhalve betaald door verzekerden, die hieraan part noch deel hebben om de zorgaanbieders/zorginstellingen aan hun trekken te laten komen.

#### *Collectiviteiten*

Om te kunnen beoordelen of er sprake zal zijn van ongewenste kruis-subsidie zullen we in hoge mate afhankelijk zijn van de toezichthouders, die erop moeten toezien dat de solidariteit wordt gehandhaafd, aldus de memorie van antwoord. Dit bleef voor de CDA-fractie een moeilijke zaak. Zij hadden liever gezien, dat zorgverzekeraars hier tot de noodzakelijke transparantie werden verplicht. Dan kan ook duidelijk worden of schade-lastbeperking metterdaad het gevolg is van een verantwoorde verzuim-aanpak.

#### *Toezicht*

Nu de Wet Marktordening Gezondheidszorg tegen de verwachtingen in nog niet bij de Tweede Kamer is ingediend, komt de invoering per 1 januari a.s. steeds meer onder druk te staan. Dit betekent de noodzaak thans reeds heel goed uit te leggen wat in de transitiefase mag en kan worden verwacht. De leden van de CDA-fractie hadden er reeds eerder op gewezen, dat vooral de consumenten hierover ernstig bezorgd zijn. Kan de minister nog eens duidelijk uiteenzetten op welke wijze het toezicht in de transitiefase zal worden geregeld?

Hiernaast wilden de leden van de CDA-fractie de minister vragen de driedubbele rol van de Zorgautoriteit nader toe te lichten. Zijn de diverse taken wel verenigbaar? Tenslotte wilden deze leden worden geïnformeerd over de personeelsuitbreiding die reeds in gang is gezet en – naar verluidt – van zeer behoorlijke omvang is.

## **2. PvdA-fractie**

Onduidelijk blijft voor de leden van de **PvdA**-fractie hoe marktwerking en een budgettair kader te verenigen zijn en beide tot hun recht kunnen komen. Zij zouden daar graag een nadere toelichting op willen hebben. Het antwoord in de memorie van antwoord begrepen deze leden niet goed, immers binnen een bedrijf wordt uiteraard met budgetten gewerkt, maar binnen een bedrijf is er ook geen sprake van marktwerking

Het bleef voor deze leden een vraag of verzekeraars door onderlinge concurrentie kunnen zorgen voor een doelmatige zorg. In dit kader zouden deze leden willen vragen hoe zij het moeten duiden dat in de Verenigde Staten te zien is dat de concurrentie tussen verzekeraars in het geheel niet hoeft te leiden tot doelmatiger zorg. Deze leden zagen daarbij een minder eenduidige relatie tussen doelmatigheid en marktwerking en geen relatie tussen de geringe doelmatigheid en het voorkomen van risicoselectie in de Verenigde Staten.

Welke betere mogelijkheden biedt het kader van de zorgverzekeringswet om kapitaal aan te trekken? Is het niet eerder zo dat het aantrekken van kapitaal voor zowel de aanbieders als de verzekeraars lastiger, dan wel duurder wordt? Kan tevens worden verduidelijkt op welke investeringen wordt gedoeld voor de zorgverzekeraars waarvoor zij extern kapitaal moeten aantrekken?

Kan een toelichting worden gegeven bij de opmerking dat toen de hoofdlijnen van dit wetsvoorstel duidelijk werden een aantal particuliere ziektekostenverzekeraars niet bereid of in staat was om hun organisatie daartoe in te richten, terwijl er juist meer op deze organisaties toegesneden elementen in het wetsvoorstel zijn opgenomen?

In de memorie van toelichting wordt gesteld dat er op prijs en kwaliteit zal worden geconcurrereerd. In dit verband vroegen deze leden hoe verzekeraars zich met de kwaliteit van de gecontracteerde zorg kunnen onderscheiden. Zij vroegen hier temeer naar daar in de memorie van antwoord kwaliteit gelijk wordt gesteld aan verantwoorde zorg. Daar wordt aan verbonden dat de kwaliteit van de zorg waarop aanspraak bestaat, niet zal verschillen.

De leden van de PvdA-fractie erkenden dat de mogelijkheden om prijsontwikkelingen bij te sturen voor een belangrijk deel met een andere wet (WTG) dan de zorgverzekeringswet zullen worden geregeld. Gezien de samenhang tussen beide wetsvoorstellen vroegen deze leden nogmaals hoe kan worden bijgestuurd als het gevolg van voorliggend wetsvoorstel wel een hogere kwaliteit maar niet een lagere prijs is.

Hoe moeten deze leden de opmerking in de memorie van antwoord begrijpen dat in het geval van een volledig van staatswege ingerichte zorgverzekering zonder concurrentie, een forse claim vanuit de private sector te verwachten valt? Valt een vergelijkbare claim ook te verwachten wanneer het voorgestelde stelsel niet blijkt te functioneren en alsnog gekozen moet worden voor een publiek stelsel?

Deze leden vroegen niet zozeer naar een oordeel over het plan van professor Van de Ven, maar vroegen zich af of het alternatief dat professor Van de Ven noemt in zijn artikel de proportionaliteit en noodzakelijkheid van het nu voorliggende wetsvoorstel niet in twijfel trekt.

De leden van de PvdA-fractie vroegen vervolgens of zij het goed begrepen hebben dat op basis van artikel 12, lid 2 door een AMvB voor bepaalde vormen van zorg een contracteerplicht zal gelden.

Het was deze leden onduidelijk waarom er voor is gekozen de bepaling dat verzekeraars met meer dan 850 000 verzekerden landelijk moeten opereren, niet geldt per concern, maar per afzonderlijke verzekeraar al dan niet uitmakend van een concern. In hoeverre zal deze bepaling de concernvorming aantrekkelijker maken?

In de memorie van antwoord lazen deze leden dat de rechtspositionele vorm, zoals Besloten Vennootschap, van veel verzekeraars beperkingen oplegt aan de invloed van verzekerdenraden. Naar aanleiding hiervan vroegen deze leden hoe aan de invloed van verzekerden juridisch invulling kan worden gegeven.

Op welke wijze denkt de minister de verzekeringsplicht reëel inhoud te geven bij bijvoorbeeld dak- en thuislozen? Tevens zouden de leden van de PvdA-fractie willen weten hoe bij de opname van een niet-verzekerde dak- of thuisloze een eventuele boete zal worden geëffectueerd.



Hoe zal gelet op de concurrentiepositie van verzekeraars, in de toekomst de WTG- Beleidsregel dubieuze debiteuren gehanteerd worden? Worden de kosten hiervan gespreid over de verzekeraars die met de betreffende aanbieder een contract hebben? Waarom is er niet voor gekozen om de kosten van het afschrijven van dubieuze debiteuren te verhalen op het zorgverzekeringsfonds?

In artikel 32 lid 4a wordt bepaald dat ieder jaar voor 1 oktober de hoogte van de totale uitkering voor het volgende jaar, in het kader van de risicoverevening, aan een verzekeraar wordt bepaald. In de memorie van antwoord wordt gezegd dat deze uitkering wordt berekend aan de hand van een vast bedrag per risico. Eveneens wordt gesteld dat de vereveningsbijdrage proportioneel is. Begrepen deze leden het goed dat de hoogte van het bedrag dat een verzekeraar ontvangt voor een bepaald slecht risico op jaarbasis kan verschillen? Kan voor dezelfde groep verzekerden, zonder verandering van FGK's, DKG's, aard van inkomen, regio, etc., in twee jaren een verschillend bedrag worden uitgekeerd? Is de hoogte van het vaste bedrag per risico afhankelijk van het beschikbare budget en/of het «aantal risico's» dat zich bij alle verzekeraars voordoet? Deze leden vroegen hiernaar met het oog op de mate waarin een verzekeraar beleid kan voeren op de te verwachten compensatie voor bepaalde risico's, niet alleen voor het komende jaar maar voor een reeks van jaren.

Wie betaalt de boete als een kind onverzekerd is, vroegen deze leden vervolgens.

Het kwam deze leden voor dat het hanteren van de trechter van Dunning niet direct zal leiden tot hetgeen in artikel 10 is geregeld. Ook is hun niet bekend dat op zo ruime schaal als in de memorie van antwoord wordt gesuggereerd, de trechter wordt toegepast. Zij zouden graag willen weten wie er met deze toepassing zijn belast.

De volgende vraag van de leden van de PvdA-fractie was op welke wijze een zorgverzekeraar verzekerden moet informeren over de zorg die in natura zal worden verstrekt.

Deze leden lazen in de memorie van antwoord dat er sprake is van een én-én situatie. Verzekerden kunnen jaarlijks en wanneer een verzekeraar de modelpolis wijzigt van verzekeraar wisselen. Waarom kan een verzekerde niet overstappen in het geval zijn verzekeraar de aanbieder van zijn keus niet heeft gecontracteerd?

De leden van de PvdA-fractie lazen in de memorie van antwoord dat het verbod op het opzeggen van de aanvullende verzekering door de verzekeraar indien het basispakket niet meer wordt afgenomen, mogelijk op Europeesrechtelijke problemen stuit. Zouden die problemen zich in mindere mate voordoen wanneer er voor de aanvullende verzekering een acceptatieplicht zou bestaan?

Begrepen deze leden het goed dat de verzekeraars de hoogte van de totale werkgeversbijdrage bepalen, gezien de fifty-fifty verdeling van de premielast? Tevens vroegen deze leden hoe als het budgettaire kader wordt overschreden, de inkomensafhankelijke premie wordt vastgesteld.

Deze leden zouden voor een juiste boordeling toch eerder dan de plenaire behandeling willen kunnen beschikken over de reactie van de Europese Commissie op de aan hen voorgelegde maatregelen. Wanneer kunnen zij deze tegemoetzien?

Van meerdere kanten bereiken de leden van de PvdA-fractie berichten dat de gegevens van particulier verzekerden die nodig zijn voor de verevening, nog niet compleet zijn. Is dat thans al wel het geval of wordt er rekening mee gehouden dat achteraf nog correcties zullen worden aangebracht?

Naar aanleiding van het antwoord op hun vraag naar het verschil tussen het Ierse en het Nederlandse stelsel van risicoverevening, vroegen deze leden in hoeverre deze verschillen voortkomen uit het feit dat in Ierland verliezen als gevolg van slechte risico's zowel ex-ante als ex-post worden gecompenseerd.

Kan een zorgaanbieder die schade oploopt door het faillissement van een zorgverzekeraar een beroep doen op de WTG beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren? De leden van de PvdA-fractie meenden dat de kans op aanzienlijke schade voor zorgaanbieders als gevolg van een faillissement niet denkbeeldig is, gelet op de lange looptijd van diagnose behandelcombinaties (DBC's).

Het was deze leden opgevallen dat er tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars een verschil bestaat in de minimumeisen voor het aanhouden van reserves en dat deze eisen hoger liggen voor particuliere verzekeraars dan voor ziekenfondsen. Kan worden uiteengezet tot welke verschillen in reserves dit heeft geleid? Is er gelet op deze verschillen wel sprake van een level playing field tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen bij de start van het nieuwe stelsel?

### **3. SGP-fractie mede namens de ChristenUnie**

#### *Risicoverevening*

Risicoverevening is een financiële compensatie voor kwetsbare groepen in de samenleving met een hoger ziektekostenpatroon. Door financiële compensatie van de verzekeraars wordt de mobiliteit van deze verzekerden bevorderd en kunnen verzekeraars eventueel investeren in zorgarrangementen, zo merkten de leden van de fracties van de **SGP** en **ChristenUnie** op. De minister heeft toegezegd een risicoverevening in te voeren voor diabetes II. Welke definitie hanteert de minister voor diabetes II patiënten? Hoe wil hij de aantallen bepalen? Geldt de risicoverevening voor alle diabetes II patiënten of worden er beperkende voorwaarden opgelegd?

Ten opzichte van de huidige risicoverevening vervalt risicoverevening op rechtsgrond. Toch blijkt dat ook hier kwetsbare groepen in de samenleving (WAO-ers, Werkelozen, etc.) toch een hoger zorgverbruik kennen. Op welke manier wil de minister dit compenseren?

Er komt risicoverevening voor mensen met een zeldzame aandoening. In praktijk blijkt dat er duizenden zo niet tienduizenden patiënten aan een ziekte moeten lijden, voordat er risicoverevening wordt ingezet. In hoeverre kan er dan nog gesproken worden van een risicoverevening voor zeldzame aandoeningen, zo vroegen deze leden. Wat voor soort risicoverevening komt er dan voor de echt zeldzame aandoeningen?

Op welke manier wil de minister patiënten, die voor risicoverevening in aanmerking komen, traceren? Het huidige systeem is gebaseerd op een administratieve controle bijvoorbeeld aan de hand van medicijngebruik. Nu blijkt dat bijvoorbeeld voor een ziekte als Reuma er meerdere medicijnen effectief zijn in te zetten. Slechts een soort medicijn wordt als criterium gebruikt voor het vereveningssysteem van reumapatiënten. Dit betreft zo'n slechts zo'n 10% van het daadwerkelijke aantal reumapa-

tiënten. Kan de minister komen met een voorstel voor een betere manier van bepaling van het aantal patiënten, bijvoorbeeld door telling en compensatie achter (wellicht door het koppelen van andere gegevensbestanden) i.p.v. het huidige systeem dat werkt met (onnauwkeurige) schattingen en verdeelcriteria vooraf?

#### *Zorgtoeslag en betalingsrisico's*

De minister heeft gekozen voor een systeem waar mensen zelf de zorgtoeslag moeten aanvragen, zo vervolgden de leden van de fracties van SGP en ChristenUnie. Kwetsbare groepen in de samenleving zoals bijvoorbeeld ouderen hebben veel minder mediacontact. Zij zullen minder snel de zorgtoeslag uit zichzelf aanvragen, terwijl de financiële consequenties voor hen erg groot kunnen zijn. Kan de minister wellicht met een actievere oplossing komen voor uitbetaling van de zorgtoeslag?

In het huidige reglement voor de basisverzekering is het voor verzekeraars mogelijk om wanbetalers na drie maanden te schorsen. Deze periode lijkt erg kort te zijn, zo merkten deze leden op. Voor een periode van drie maanden zullen veel verzekeraars niet gemotiveerd zijn dure incasso-procedures op te zetten. Indien deze periode wordt verlengd naar bijvoorbeeld 10 maanden, dan wordt het voor verzekeraars lonend om incasso-inspanningen te verrichten. Tevens blijkt in de praktijk dat bij een periode van 10 maanden het aantal wanbetalers met meer dan 50% afneemt ten opzichte van een periode van 3 maanden. Bijkomend voordeel is dat er wordt voorkomen dat er een rondreizend circus ontstaat van enkele tienduizenden, zo niet honderdduizenden verzekerden die wegens wanbetaling van de ene verzekeraar naar de andere verzekeraar trekken, (die ze overigens moeten accepteren vanwege de acceptatieplicht). Is de minister bereid om de periode van drie maanden te verlengen naar tien maanden, om zo het betalingsrisico beter te laten managen door de zorgverzekeraars?

Als compensatie voor verzekeraars en als middel tegen ongeoorloofd gebruik van de zorgtoeslag zou bij notoire wanbetalers (> 3 maanden) het mogelijk moeten zijn dat de zorgtoeslag rechtstreeks wordt overgemaakt naar de zorgverzekeraars, ter vermindering van hun risico. Is de minister bereid hier een aparte regeling voor op te nemen?

#### *Solvabiliteit*

Door het vrijvallen van grote eigen vermogens bij commerciële verzekeraars en nieuwe solvabiliteitseisen in de basisverzekering ontstaat een groot verschil tussen commerciële verzekeraars en de oude ziekenfondsen. Zeker omdat de minister heeft gezegd dat men slechts een jaar de tijd heeft om aan de nieuwe solvabiliteitsnormen te voldoen. Het is goed mogelijk dat (zeker bij optrekken van de solvabiliteitsnormen) een aantal verzekeraars onvoldoende tijd heeft om aan de nieuwe solvabiliteitsnormen te voldoen. In het kader van een gelijke uitgangspositie tussen de verzekeraars onderling zou het goed zijn om de periode van één jaar te verlengen tot een periode van drie jaar om aan de solvabiliteitseisen te voldoen. Is de minister bereid om deze aanpassing te maken, zo vroegen deze leden.

#### *Vrij verkeer voor alle verzekerden*

Op welke manier denkt de minister te waarborgen dat alle Nederlanders vrij kunnen kiezen voor een eigen zorgverzekering? Hierbij dient speciale aandacht geschonken te worden aan sectoren die nu een eigen regeling kennen (ambtenaren, politie).

In welke mate is het toegestaan om middels CAO bepalingen (zoals bijvoorbeeld in de zorg) (financiële) beperkingen op te leggen aan verzekerden in hun vrije keuze voor een zorgverzekeraar, zo vroegen de leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie tot besluit.

#### 4. SP-fractie

Hoewel de eerste vragenronde naar aanleiding van beide wetten al veel vragen opleverde hebben de antwoorden op de gestelde antwoorden in de beide memories van antwoord bij de leden van de **SP**-fractie toch weer nieuwe vragen opgeroepen. Evenals de publicatie van het zorgverzekeringsbesluit en de antwoorden die door de minister zijn gegeven op vragen van de Tweede kamer over dit besluit. Ook de diverse brieven van de minister over het uitstel van de overheveling van de GGZ naar de ZVW en over de indiening van de Wet Marktordening Gezondheidszorg en Invoerings en Aanpassingswet, alsmede de stand van zaken ten aanzien van het invoeringstraject boden veel ruimte voor nieuwe gedachten en vragen ter verduidelijking. Het gaat in dezen om een uiterst complexe wijziging van het zorgstelsel met veel consequenties die in ieder geval in de ogen van de SP-fractie nog lang niet alle ten volle zijn te overzien. Deze leden wilden graag hun bijdrage leveren om ervoor te zorgen dat invoering verantwoord is.

Zij verwerpen daarom ook met kracht de suggestie dat de Eerste Kamer er de tijd voor neemt. Net als overigens naar zij aannemen de medewerkers van het ministerie, de minister zelf, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders werken de leden van de Eerste Kamer binnen hun mogelijkheden mee om zo snel mogelijk alle informatie (en die belooft zo langzamerhand duizenden pagina's) tot zich te nemen en te integreren zodat er geen overbodige vragen worden gesteld en het proces voortgang kan vinden. Ieder heeft zijn eigen verantwoordelijkheid in dat proces, die van de Eerste Kamer is om toe te zien op de deugdelijkheid en uitvoerbaarheid van wetgeving. Consequenties van een overhaaste invoering kunnen minstens zo groot zijn als van een jaar uitstel, zoals van verschillende zijden is bepleit. Voor alles is een gedegen en zorgvuldig politiek besluitvormingsproces noodzakelijk.

Graag kregen deze leden nog antwoord op de volgende vragen. Zij betreurden het dat de wetteksten van de WMG en de I & A wet nog niet voorhanden zijn. Wanneer zijn deze wetsvoorstellen wel in te zien?

De zorgverzekeraars hebben gezegd dat zij er klaar voor zijn, weliswaar niet helemaal op 1 november maar op uiterlijk 16 december zullen alle polissen klaar zijn. Zij hebben zelfs gesteld dat het point of no return is gepasseerd. Zijn de zorgaanbieders er echter ook klaar voor? Ook zij staan toch voor grote veranderingen. Het aantal procedures waar ze voor komen te staan, zoals onderhandelen en afsluiten van contracten waarin omschrijvingen van hoe zij hun functionele aanbod gaan aanbieden en veranderingen in de financieringswijze, zullen fors toenemen. Is alle ICT hiervoor toegerust, zo vroegen deze leden.

Wat zijn de consequenties van het uitstel van 1 november naar 16 december? Kan de minister duidelijk maken hoe voorkomen wordt dat onduidelijkheid bij alle partijen ontstaat wie waar hoe verzekerd is? Hoe de al of niet al verzekerde toch zijn hulp adequaat krijgt, hoe de zorgaanbieder of instelling zijn geld krijgt en hoe soepel zorgverzekeraars hiermee omgaan? Is het uitstel ook van invloed op de eerste uitkering van de zorgtoeslag, zo wilden de leden van de SP-fractie weten.

Wat is de stand van zaken ten aanzien van het aanbieden van een polis aan alle verzekerden met een vergelijkbaar aanbod als nu en de mogelijkheid met handtekening akkoord te gaan? Op welke datum moet de verzekerde nu gereageerd hebben? De minister meldde dat de NMA hiermee moet instemmen. Is dat al gebeurd?

Wanneer is het CTZ in staat de (model) polissen te toetsen aan de ZVW? Hoe kan het dat eigenlijk adequaat doen als de laatste polissen pas half december klaar zijn?

Gelijke polissen moeten tegen dezelfde prijs worden aangeboden. Verzekeraars mogen in verschillende provincies verschillende polissen aanbieden en daarbij in premiehoogte differentiëren. Differentiëren in risico mag niet. Klopt het dat het verschil dan vooral zit in het al of niet in natura of restitutie aanbieden, zo vroegen deze leden.

Wanneer is er meer duidelijkheid of alle voorwaarden in Europees perspectief houdbaar zullen zijn? Met name de onzekerheid of het risico-vereveningssysteem als staatssteun kan worden aangemerkt moet weggenomen zijn, zo meenden deze leden. Wanneer verwacht de minister uitsluitsel te krijgen over het notificatiedossier in dezen? Over de verevening vroegen deze leden ook nog het volgende. Wat is de stand van zaken ten aanzien van de ontwikkeling van het aangescherpte model? Met name zou de kwaliteit van het model ten aanzien van de grotesteden-problematiek nog verbeterd moeten worden.

Op welke manier vindt risicoverevening plaats bij buitenlandse zorgverzekeraars? Heeft het CVZ de instrumenten om dat adequaat te doen en is het CVZ in staat om de gegevens die deze zorgverzekeraars voor de risico-verevening moeten verschaffen op hun juistheid te beoordelen?

In de hoorzitting in de Eerste Kamer hebben de patiëntenorganisaties gezegd nog steeds veel zorgen te hebben over de mate waarin zij kunnen zorgen voor een krachtige tegenmacht. Zij achten de financiële middelen die hiervoor ter beschikking staan volstrekt onvoldoende. De fractie van de Socialistische Partij deelt deze zorg. Prestatiegerichte financiering bij een gelijkblijvend budget lijkt hun een erg magere bijdrage aan patient empowerment. Hier past niet alleen een met de mond belijden maar ook een substantiële bijdrage. Graag kregen de leden van de SP-fractie een reactie hierop.

Het NPCF heeft voorgesteld om een zelfstandige zorgconsumentenwet, waarin de positie van de patiënt/consument wordt vastgelegd, te ontwikkelen. Het is van mening dat de rechten van patiënten/consumenten op dit moment te veel versnipperd zijn en in verschillende wet- en regelgeving niet goed op elkaar zijn afgestemd. Wat vindt de minister van dit voorstel?

De functionele omschrijving, vooral als die gaat over eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden, roept nog veel vragen op. De minister merkt daarover op dat de zorgverzekeraar in de zorgpolis dient aan te geven welke zorg binnen deze polis valt onder geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorgverzekeraar beoordeelt of ook een niet BIG geregistreerde beroepsbeoefenaar een deel van de zorg die hier wordt bedoeld op verantwoorde en adequate manier kan leveren. Hiermee wordt de mogelijkheid geopend om ook delen van de integrale zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, apart te contracteren. Verschillende zorgaanbieders kunnen actief worden op deelgebieden. Hiermee dreigt het concept van integrale zorg te

verdwijnen en komt de kwaliteit onder druk te staan. Graag vernamen deze leden het commentaar van de minister hierop.

Het wetsvoorstel stelt niet dat de zorg geleverd moet worden door een daartoe opgeleide en bekwaam geachte professional. Volgens de Landelijke Huisartsenvereniging mogen alleen huisartsen huisartsenzorg leveren, want volgens de ER 93/16 kunnen artsen alleen werkzaamheden als huisarts verrichten als ze in het bezit zijn van een registratie als zodanig. Ook op deze stelling ontvingen de leden van de SP-fractie graag het commentaar van de minister.

Als een verzekerde kiest voor niet gecontracteerde zorg dan moet hij zelf afspraken maken met de aanbieder over de kwaliteit. Betekent dit dat ook de kosten van zorg verleend door iemand uit het «alternatieve» circuit voor restitutie vergoeding in aanmerking kunnen komen?

Vgervolgens ontvingen deze leden graag het commentaar van de minister op de brief van het CPB van 5 april jl. Het CPB zet grote vraagtekens bij de noodzakelijkheids vereisten voor aanlevering aan zorgverzekeraars van persoonsgegevens en diagnose codes. Het CPB betoogt dat een onderbouwing van de noodzaak en een afweging van alternatieven (proportionaliteit en subsidiariteit) ontbreken. Het CPB vindt ook dat gegevens niet tot personen herleidbaar behoren te zijn. Naar de mening van de leden van de SP-fractie heeft de minister tot nu toe onvoldoende gereageerd op de punten die het CPB aandraagt. Wil de minister dat alsnog doen?

De KNMG en de LHV hebben hun bezorgdheid geuit over het feit dat de WGBO en de daarin vastgelegde zwijgplicht die alleen na toestemming van de patiënt kan worden doorbroken, en de verplichting tot aanlevering van persoonsgegevens zoals vastgelegd in de ZVW, op gespannen voet met elkaar staan. Wil de minister deze zorgen serieus nemen en samen met de artsenorganisaties zoeken naar oplossingen?

Is de minister nu definitief afgestapt van het ZIN-nummer? Waarom? Juist het gebruik van een zorgidentificatienummer (ZIN-nummer) zou een deel van de bezwaren van het CPB kunnen wegnemen, zoals overigens ook al in 2002 door de commissie-Van Thijn is vastgesteld.

Wat voor consequenties heeft het afwijzen van het akkoord tussen VWS, ZN en LHV door de huisartsen, zo vroegen deze leden. Heeft dit nog gevolgen voor de invoering van de ZVW? Vindt de minister het ook zijn verantwoordelijkheid om de wederom ontstane impasse te doorbreken?

Wanneer zijn de omvang van de zorgtoeslag en de inkomensgevolgen bekend mede in het licht van het integrale koopkracht beleid? Is de minister van plan om een inkomensafhankelijk financieel plafond voor het totaal aan zorgkosten die verzekerden maken in te stellen? De fractie van de SP zou het toejuichen als de minister de discussie over nut en noodzaak van een dergelijk plafond zou willen aangaan.

De leden van **D66** en **OSF** maakten zich nog steeds grote zorgen, waarbij de leden van de **CDA**-fractie zich aansloten, over de samenhang c.q. samenloop van de no-claim-korting met het vrijwillig eigen risico. Kan de minister garanderen, dat er geen sprake zal zijn van chaos en welke maatregelen stelt de minister zich alsnog voor om dit te voorkomen?

De voorzitter van de commissie,  
Van Leeuwen

De griffier van de commissie,  
Eliane Janssen