

Vergaderjaar 1990-1991

21 592

Nr. 10

Nadere wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Ziekenfondswet, alsmede daarmee samenhangende wijzigingen in enige andere wetten, in het kader van de geleidelijke wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekering (Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase)

EINDVERSLAG

Vastgesteld 7 januari 1991

Na kennisneming van de memorie van antwoord en na het mondeling overleg op 14 en 15 november 1990 met de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur over de stelselwijziging in de zorgsector (Kamerstuk 21 545/21 592, nr. 14), zijn in de vaste Commissie voor de volksgezondheid¹ nog verschillende opmerkingen gemaakt en vragen gesteld. Onder het voorbehoud dat de regering deze schriftelijk zal hebben beantwoord, acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

1. Inleiding

a. Algemeen

De leden van de C.D.A.-fractie hadden met gemengde gevoelens kennis genomen van de memorie van antwoord. Enerzijds is, aldus deze leden, op een aantal vragen hunnerzijds naar behoren ingegaan, anderzijds blijft onduidelijkheid bestaan over enkele hoofdlijnen van het nieuwe stelsel. Ook wordt, aldus deze leden, nog onvoldoende zicht geboden op de beheersbaarheid van de kosten. De leden van de C.D.A.-fractie hadden hun opvattingen al kenbaar gemaakt tijdens het mondeling overleg dat op 14 en 15 november 1990 heeft plaatsgevonden. Dat overleg alsmede de behandeling van de ontwerp-begroting 1991, hoofdstuk Volksgezondheid, heeft geleid tot een nadere stellingname, zowel van de regering als van deze leden, die zij in dit eindverslag wilden bevestigen.

De aan het woord zijnde leden deelden de mening van de regering dat een moderne zorgverzekering voor iedereen noodzakelijk is om voor de gehele bevolking een kwalitatief hoogwaardig en toegankelijk stelsel van zorg te waarborgen. Deze leden hadden de analyse van de bestaande situatie ook niet willen bestrijden, integendeel. Wel waren zij van oordeel dat de memorie van antwoord en ook de beantwoording in eerste termijn bij de begrotingsbehandeling volksgezondheid, te zeer de indruk wekten dat ook over de hoofdlijnen van het nieuwe stelsel overeenstemming zou bestaan. Tot die hoofdlijnen behoren echter ook de verdeling van de

¹ Samenstelling:

Leden: Haas-Berger (PvdA), voorzitter, Dees (VVD), Beckers-de Bruijn (Groen Links), E. G. Terpstra (VVD), Wöltgens (PvdA), Lansink (CDA), ondervoorzitter, Leerling (RPF), De Pree (PvdA), Groenman (D66), Van der Heijden (CDA), Laning-Boersema (CDA), Kamp (VVD), Janmaat-Abee (CDA), Kohnstamm (D66), Vriens-Auerbach (CDA), Tuinstra (CDA), Van Otterloo (PvdA), Netelenbos (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Achttienribbe-Buijs (PvdA), Ruigrok-Verreijdt (PvdA), Hillen (CDA).
Plv.-leden: Apostolou (PvdA), Rempt-Halmmans de Jongh (VVD), Lankhorst (Groen Links), De Korte (VVD), Beijlen-Geerts (PvdA), Franssen (VVD), De Kok (CDA), Van Middelkoop (GPV), Huys (PvdA), Versnel-Schmitz (D66), Frissen (CDA), Gerritse (CDA), Franssen (VVD), Beinema (CDA), Scheltema-de Nie (D66), Smits (CDA), M. D. T. M. de Jong (CDA), Melkert (PvdA), Schoots (PvdA), G de Jong (CDA), Vliegenthart (PvdA), Van der Vlies (SGP), Esselink (CDA).

algemene zorgverzekering over een basisverzekering en een aanvullende verzekering, de omvang en situering van nominale premies en eigen risico's en de instrumenten om te kunnen spreken van een beheersbaar stelsel. Zij doelden daarbij met name op het vraagstuk van de normuitkeringen uit de Centrale Kas en op de uitvoeringsorganisatie. Nu de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur bij het begrotingsdebat heeft toegezegd in de nota naar aanleiding van het eindverslag helderheid te zullen verschaffen over deze hoofdlijnen, ligt het voor de hand het oordeel over de vorm en inhoud van het nieuwe stelsel op te schorten tot de plenaire behandeling van het onderhavige wetsvoorstel.

De leden van de C.D.A.-fractie waren voorts van oordeel dat de ijkpunten voor de invoering van de te onderscheiden stappen op weg naar een algemene zorgverzekering veranderen in voorwaarden, wanneer de door deze leden in het voorlopig verslag en tijdens het mondeling overleg afgegeven politieke signalen onvoldoende worden verstaan. Waar zij echter met de regering van mening blijven dat een fundamentele stelselwijziging op afzienbare termijn, zo mogelijk binnen deze regeerperiode zou moeten worden verwezenlijkt, gingen zij er vanuit dat de regering zo goed mogelijk rekening zal houden met de door hen geplaatste kritische kanttekeningen.

De leden van de fractie van de P.v.d.A. wensten zich in deze fase na het voorlopig verslag en het mondeling overleg te beperken tot enkele thema's, die zij van groot belang achten voor de verdere besluitvorming. Zij spraken de hoop uit dat de regering in staat zal zijn om de nota naar aanleiding van het eindverslag spoedig uit te brengen.

Na de uitvoerige schriftelijke en mondelinge gedachtenwisseling met de regering over de stelselwijziging in het algemeen en het wetsvoorstel tweede fase in het bijzonder, wilden de leden van de V.V.D.-fractie zich in dit eindverslag met name concentreren op een aantal majeure punten.

Deze leden begrepen niet waarom de huns inziens essentiële randvoorwaarden voor de stelselwijziging door de regering nog steeds slechts als «ijkpunten» worden gezien. Volgens deze leden zijn het stelsel van normuitkeringen, de fundamentele pakketomschrijving, voldoende mededinging en de hoogte van de nominale premie wezenlijke elementen voor het functioneren van het stelsel. Zij vonden dat de regering dit volmondig dient te erkennen. Sterker nog, volgende stappen tot uitbreiding van de AWBZ zijn volgens deze leden alleen wenselijk, nadat maximale zekerheid is verkregen over de vier hiervoor genoemde elementen. Uit het mondeling overleg hadden deze leden begrepen dat de regering terzake van het stelsel van normuitkeringen en de functionele pakketomschrijving ruim voor de overheveling van de huisartsenhulp naar de AWBZ per 1 januari 1992, volstreekte duidelijkheid wil verschaffen.

De leden van de fractie van D66 hadden met buitengewone belangstelling kennis genomen van de memorie van antwoord. Op een groot aantal punten had de uiteenzetting van de regering de stand van zaken met betrekking tot de voornemens inzake de stelselherziening verduidelijkt. Bovendien, zo stelden de aan het woord zijnde leden, hadden de UCV over de nota werken aan zorgvernieuwing van 29 oktober 1990 (Kamerstuk 21 545), het mondeling overleg van 14 en 15 november 1990 over de stelselwijziging in de zorgsector, de plenaire behandeling van het wetsvoorstel beperking contracteerplicht (Kamerstuk 21 357), en een gedeelte van de begrotingsbehandeling volksgezondheid, eveneens op een aantal wezenlijke onderdelen meer helderheid gebracht over

knelpunten van de stelselherziening. Omdat is toegezegd dat in de nota naar aanleiding van het eindverslag bij het voorliggende wetsvoorstel uitvoerig op de problematiek van de zogenaamde ijkpunten wordt ingegaan, beperkten de leden van de D66-fractie zich in dit verslag zoveel mogelijk tot de meer technische onderdelen van het wetsvoorstel. Daarbij merkten zij echter wel op dat door deze toezegging de betekenis van het voorliggende wetsvoorstel voor het antwoord op de vraag of de stelselherziening als zodanig doorgang kan en moet vinden, aanmerkelijk groter is geworden. Immers, zo hadden deze leden bij herhaling naar voren gebracht, tot voor kort hadden zij de invoering van de «derde fase» als «point of no return» aangemerkt.

De leden van de fractie van Groen Links zeiden de regering dank voor de – in het algemeen zorgvuldige – beantwoording van de door hen gestelde vragen. In dit stadium van voorbereiding hadden zij nog enkele vragen en opmerkingen over een aantal specifieke onderwerpen.

De leden van de S.G.P.-fractie hadden met belangstelling kennisgenomen van de memorie van antwoord. Bij hun hieronder volgende vragen en opmerkingen hadden zij tevens het advies van de Raad van State inzake de juridische aspecten van de verhouding tussen basis- en aanvullend pakket in de zorgverzekering, alsmede het verslag van het op 14 en 15 november 1990 gehouden mondeling overleg in beschouwing genomen.

Met erkentelijkheid stelden de leden van de S.G.P.-fractie vast dat de regering in de memorie van antwoord een duidelijke uitspraak heeft gedaan over het aspect van gemoedsbezwaren in de toekomstige Wet op de zorgverzekering.

De leden van de G.P.V.-fractie hadden met belangstelling kennis genomen van het antwoord van de regering. Desalniettemin waren, ook na lezing van het verslag van het mondeling overleg, bij hen nog enkele vraagpunten overgebleven. Het lid van de R.P.F.-fractie had eveneens met belangstelling kennis genomen van het antwoord van de regering. Ook na de uitgebreide mondelinge gedachtenwisseling wenste hij nog enkele opmerkingen te maken.

b. Invoeringstraject

De leden van de C.D.A.-fractie erkenden dat een andere dan een stapsgewijze aanpak uiterst moeilijk is. Zij hadden ook daarom gevraagd naar een helder stappenplan. De opmerking in de memorie van antwoord dat de gekozen stapsgewijze aanpak de beleidsruimte zo ruim mogelijk maakt, gaat echter voorbij aan de omstandigheid, dat zowel elke stap, als eventueel noodzakelijke bijstellingen, weer politieke discussie en bij geval onzekerheid oproepen. De behandeling van de eerste stappen maakt dat duidelijk, evenals de reacties op het veranderingsproces. Zij onderstreepten daarmee de noodzaak tot samenhang met de totaalconceptie. Dat concept moet dan wel helder op tafel liggen.

De aan het woord zijnde leden maakten uit de memorie van antwoord op, dat de regering van oordeel blijft, dat een verantwoorde ontwikkeling van onderdelen, zoals het stelsel van normuitkeringen, de reserve-positie van de verzekerings-instellingen en de functionele omschrijving van de verzekeringsaanspraken, pas rond 1995 kan worden gerealiseerd. Zij vroegen een nadere stellingname over het tijdspad, gelet op hun beschouwing over een mogelijke afronding binnen deze regeerperiode. Zij herinnerden ook aan de inhoudelijke aspecten, gelet op de beschouwing van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur over de ijkpunten voor het nieuwe stelsel, uitgesproken tijdens de

behandeling van de ontwerpbegroting 1991, onderdeel volksgezondheid, in antwoord op de door deze leden gestelde voorwaarden, in het bijzonder met betrekking tot de normuitkeringen.

De leden van de fractie van de P.v.d.A. wensten te benadrukken, dat voor hen uitbreiding van de AWBZ met delen van het huidige ziekenfondspakket respectievelijk het pakket van de particuliere ziektekostenverzekeringen prioriteit heeft. In dit kader hebben zij gepleit voor een meer verdergaande uitbreiding dan de voorgestelde uitbreiding per 1 januari 1992. In de debatten hadden zij daar een aantal suggesties voor gedaan. Zij konden zich voorstellen dat alles, behoudens de ziekenhuiszorg, naar de AWBZ overgeheveld zou kunnen worden. Zij waren wel gevoelig voor de technische problemen, die een overheveling van de medisch specialisten zonder een overheveling van de ziekenhuiszorg met zich zou brengen. Met betrekking tot de andere onderdelen van het pakket gold voor hen echter dat alle voorbereidingen verder getroffen zouden moeten worden. Zij gaven er de voorkeur aan om aan het eind van 1991 nog echte keuzen te kunnen doen, in plaats van geconfronteerd te worden met vertraging als gevolg van de volgtijdelijkheid waarmee de verschillende overhevelingsvoorstellen worden voorbereid. Met die volgtijdelijkheid wordt vertraging op vertraging geschapen. In dat kader vroegen zij de regering zo spoedig mogelijk de benodigde technische adviesaanvragen te doen uitgaan.

Het was de leden van de V.V.D.-fractie volstrekt onduidelijk wat de regering nu heeft besloten over de uitbreiding van de AWBZ per 1 januari 1992. Is het waar dat de regering formeel noch materieel een beslissing heeft genomen? Wanneer kan de Kamer een overzicht tegemoet zien van de door de regering voorgestelde uitbreidingen van de AWBZ per 1-1-1992, 1-1-1993 en 1-1-1994, vergezeld van gegevens over de financieel-economische inpasbaarheid? Is het voornemen tot overheveling van huisartsenhulp per 1 januari 1992 op financieel-economische inpasbaarheid getoetst, en zijn de daartoe vereiste condities op het punt van harmonisatie van de tarief- en honoreringsstructuur bereikt?

Met deze vragen herinnerden deze leden aan hun kritiek tijdens het mondeling overleg op het ontbreken van een meerjarig invoeringsplan. Is de regering bereid om zo'n plan op te stellen? Hoe is het standpunt van de regering in de memorie van antwoord, dat invoering van het nieuwe stelsel per 1 januari 1995 niet meer haalbaar is, te rijmen met het tijdschema dat de staatsecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur tijdens het mondeling overleg ontvouwde?

De leden van de S.G.P.-fractie hadden begrepen dat in 1992 gewerkt gaat worden met functionele pakketomschrijvingen op de terreinen van de geestelijke gezondheidszorg en de verpleging en verzorging thuis. Zij informeerden in welke tijdsvolgorde voor overige sectoren functionele omschrijvingen gereed zullen zijn.

c. Mededingingsbeleid

De leden van de C.D.A.-fractie constateerden een toenemende samenwerking tussen verschillende ziekenfondsen, en tussen ziekenfondsen en bovenbouw-instellingen. Vallen alle fusies en samenwerkingsverbanden onder de samenwerkingsmodellen die – tot nu toe met kennelijke instemming van de regering – op natuurlijke wijze tot stand komen, zo vroegen deze leden zich af. Wat betekenen deze fusies en samenwerkingsverbanden voor de grondslagen van het nieuwe stelsel? Hoe denkt de regering kartelvorming te voorkomen, dan wel terug te draaien?

Worden toereikende instrumenten voor een actief mededingingsbeleid gebruikt dan wel ontwikkeld?

De aan het woord zijnde leden hadden tegen die achtergrond met belangstelling kennis genomen van de beschouwing in de memorie van antwoord over het artikel van Prof. Dr. C. A. De Kam «Op weg naar een open einde» (ESB 11 juli 1990). Zij waren van oordeel dat de stelling van Prof. De Kam, dat het nieuwe stelsel de zorguitgaven extra zal opstuwen, nog onvoldoende is weerlegd. Het mededingingsbeleid speelt daarbij vanzelfsprekend een grote rol. Maar ook de vormgeving van het nieuwe stelsel is bepalend voor het antwoord op de vraag of het nieuwe stelsel wel of geen open einde-karakter krijgt. Deze leden doelden op het punt van de aanvullende verzekering, op de vormgeving en uitwerking van de eigen risico's, de kwestie van de functionele verstrekkingen en het normuitkeringsstelsel. Opvallend is dat de regering zelf schrijft «dat de aannemelijkheid van de De Kam's gelijk staat en valt met zijn verwachtingen omtrent het gedrag van partijen en omtrent de doeltreffendheid van het mededingingsbeleid». Het gedrag van partijen, aldus deze leden, wordt mede bepaald door de vormgeving van het gehele stelsel.

De leden van de C.D.A.-fractie stelden vast, dat niet is ingegaan op enkele van hun suggesties terzake. Zij doelden met name op de mogelijkheid van onafhankelijke inschrijfkantoren; op de verschaffing van informatie over de kwaliteit van zorgverlening en op de prijsonderbieding door kruissubsidies. Zij vroegen een standpunt van de regering vanwege het grote belang van een transparante 'markt'.

In het licht van de discussie over versterking van de positie van de patiënt/gebruiker wensten de leden van de fractie van de P.v.d.A. nadrukkelijk de reactie in de memorie van antwoord op de beschouwingen van onder meer prof. de Kam te betrekken. Een reactie die in de ogen van deze leden nog eens aantoont, dat een deel van het vertrouwen in de toekomstige ontwikkelingen terug te voeren is tot verwachtingen omtrent het gedrag dat verzekeraars en verzekerden zullen vertonen. Het dilemma dat zich daarbij voordoet is, dat hoe sterker de prijsconcurrentie tussen verzekeraars zal zijn, des te geringer naar alle waarschijnlijkheid het aanbod aan de verzekerden zal kunnen zijn. Het is de vraag of het toekomstige verzekeringsstelsel voldoende elementen zal bevatten, om een evenwichtige situatie te bereiken.

De leden van de C.D.A.-fractie meenden, dat hun kritische beschouwing inzake het mededingingsbeleid onbeantwoord is gebleven. Bij de bespreking van de Wet economische mededinging (WEM) wordt voorbijgegaan aan de samenhang tussen wet en beleid. Tot 1986 is geen enkele mededingingsregeling onverbindend verklaard. Eventuele zaken werden in het geheim afgedaan, waardoor jurisprudentie over cruciale WEM-begrippen als «algemeen belang» en «economische machtspositie» ontbreekt. Zouden nu alle zwaardere mededingingsregelingen algemeen onverbindend worden verklaard dan zou een deel van de bezwaren van deze leden vervallen, omdat de WEM dan een Europees karakter begint te krijgen.

De aan het woord zijnde leden vreesden, dat voorlopig preventieve controle op machtsconcentraties of kartelvorming onmogelijk is. Zij vroegen daarom opnieuw om aanpassing van de WEM in de zin van verbodswetgeving, onder verwijzing naar hun bijdrage aan de behandeling van de ontwerp-begroting 1991, hoofdstuk economische zaken. Aanleiding daartoe is ook de voorgenomen fusie van het Zilveren Kruis en/of VGZ met een aantal ziekenfondsen, die onverbindend zou moeten worden verklaard dan wel verboden. Deze leden wezen voorts op de ontwikkelingen inzake fusies van ziekenhuizen of vorming van specialisten-maatschappen, die eveneens tot kartelvorming leiden. Is een

fundamentele stelselwijziging wel mogelijk, zo vroegen deze leden, zonder een effectieve WEM?

De leden van de fractie van de P.v.d.A. waren ten aanzien van de mededingingsvraagstukken er nog niet van overtuigd dat het wettelijk instrumentarium toereikend is. Nog los van de bedreiging van het sociale karakter vanuit de Europese regelgeving, moesten zij constateren dat de huidige structuur gebaseerd is op vormen van kartels. Zij vonden het juist dat in de memorie van antwoord in dat kader een stapsgewijze benadering werd verdedigd. Deze leden waren het geheel eens met de stelling dat de mate waarin de overheid terugtreedt afhankelijk zal zijn van de mate waarin vraagbeheersing, mededingingsregelgeving en beleid succesvol zijn op het terrein van kostenbeheersing. Wanneer het kader van regelgeving, overleg en toezichtsstructuur onvoldoende zijn, dan kan er, ook in de ogen van deze leden geen sprake zijn van een terugtreden van de overheid.

De leden van de V.V.D.-fractie herinnerden eraan dat niet was ingegaan op hun vragen en opmerkingen tijdens het mondeling overleg over concentratietendenzen en dreigende afspraken met een monopolistisch karakter in de verzekeringswereld en met name bij de ziekenfondsen. Wat wordt er nu aan gedaan om een te gebrekkige mededinging in de toekomst te vermijden? Over welk instrumentarium beschikt de regering om ongewenste ontwikkelingen nu reeds te voorkomen?

De leden van de G.P.V.-fractie memoreerden dat in de verschillende discussies mogelijke kartelvorming van ziektekostenverzekeringen aan de orde was gesteld. De regering heeft geconcludeerd dat een wijziging van de WEM in Europese zin niet noodzakelijk is. In de schriftelijke antwoorden op vragen, gesteld tijdens het mondeling overleg hadden deze leden gelezen dat het van belang zou zijn concentratiecontrole specifiek gericht op de gezondheidszorg te onderzoeken, aangezien ziekenfondsen regionaal veelal in een machtspositie verkeren. Deze leden vroegen of concreet onderzoek gedaan gaat worden naar deze mogelijkheden.

d. Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ)

De leden van de C.D.A.-fractie wilden bij de behandeling van het onderhavige wetsvoorstel niet nader ingaan op de wijziging van de WTZ. Zij verwezen daarbij naar het op 4 december 1990 gevoerde mondeling overleg over de aanpassingen van deze wet. De budgettering van de WTZ-omslagregeling vergt vanzelfsprekend een afzonderlijke parlementaire behandeling. Wel lijkt het deze leden van belang, gelet op de opstelling van de particuliere ziektekostenverzekeraars ten opzichte van het nieuwe stelsel, te vernemen of met het KLOZ overeenstemming is bereikt over de vormgeving van de budgettering. Ook vroegen deze leden op welke termijn invoering van de budgettering van de omslagregeling mogelijk is, gelet op de afstemming op andere stappen van het besluitvormingsproces.

Deze leden van de fractie van de P.v.d.A. hadden kennisgenomen van de opvatting van de regering dat ook voor particuliere ziektekostenverzekeringen wijzigingen zullen worden voorgesteld. Aan de WTZ-maatregelen gericht op verlaging van de premie voor 65-jarigen hadden zij al hun steun betuigd. Over de precieze inhoud en werking van de budgettering van omslagbijdragen tasten deze leden nog in het duister. Zij spraken de hoop uit het betreffende wetsvoorstel spoedig te ontvangen.

Deze leden waren wel geschrokken van het schriftelijke antwoord op vraag 12, gegeven in het kader van het mondeling overleg over de stelselherziening. Er kan blijkbaar geen garantie gegeven worden, dat de huidige wetgeving op het terrein van de particuliere ziektekostenverzekering een derde EG-richtlijn schadeverzekering zou kunnen overleven. Indien het voorbehoud van de Nederlandse regering niet gehonoreerd wordt, zou dat vervolgens het einde van de WTZ en daarmee van allerlei maatregelen gericht op het totstandbrengen van solidariteit in de particuliere markt betekenen. In die bedreiging zagen deze leden eens te meer een aansporing om voortgang te maken met overheveling van de particuliere verzekering naar de AWBZ. Langs die weg is inkomens- en risicosolidariteit immers verzekerd.

Mede in het licht van de te verwachten wetgeving met betrekking tot budgettering van omslagregelingen wilden de aan het woord zijnde leden de volgende gedachte voorleggen, teneinde sneller dan thans voorzien is een eind te maken aan het verschil tussen ouderen in het ziekenfonds en ouderen in de particuliere verzekering. Zou het mogelijk zijn om los van overheveling van pakket-onderdelen naar de AWBZ reeds de financiering van delen van particuliere verzekering c.q. ziekenfondsverzekering via de AWBZ te laten verlopen? In dat geval zal de premie voor de standaardpolis voor 65-jarigen extra verlaagd kunnen worden. Deze financieringsvorm zou zich overigens niet tot 65-jarigen behoeven te beperken. Aan verzekeraars zou een basisuitkering ter dekking van bijvoorbeeld 50% van de resterende premie, dan wel de eerste 70 gulden premie, kunnen worden uitgekeerd.

2. De toekomstige structuur van het stelsel van ziektekostenverzekering

a. De juridische vormgeving

De leden van de C.D.A.-fractie waren de regering erkentelijk voor de toezending van de nota «Gezondheidszorg in Europa» van J. C. Vreugdenhil en M. de Bruine (Erasmus Universiteit, Rotterdam) over de structuur en financiering van de gezondheidszorg in enkele Europese landen. Deze nota geeft een goede schets van de overeenkomsten en verschillen van de onderscheiden stelsels en geeft ook internationale trends aan. Deze leden deelden de opvatting dat de toekomstige Wet op de zorgverzekering een sociale verzekering moet zijn: een de gehele bevolking omvattende verzekering van rechtswege. De vraag is wel of de wet moet worden gesitueerd binnen het geheel van het Nederlandse stelsel van sociale zekerheid. Zij doelden niet op een formele typering, maar ook en vooral op de materiële aspecten, waarbij naast de aard en omvang van de aanvullende verzekering ook de nominale premies en eigen risico's een rol van betekenis spelen. Het eerste en tweede advies van de Raad van State geven onvoldoende helderheid over dit punt. Deze leden vroegen tegen die achtergrond een nadere uiteenzetting over de relatie tot de Europese en ILO verdragen, die voor een deel betrekking hebben op een beperkte populatie. Gewezen zij op de ILO -verdragen nr. 24 en nr. 25 («sickness insurance for workers in industry and commerce and domestic servants» /Trb. 1957, 27; «sickness insurance for agricultural workers» /Trb. 1957, 28).

De leden van de fractie van de P.v.d.A. hadden met instemming kennisgenomen van de opvatting van de regering, dat de nieuwe zorgverzekering binnen het stelsel van de sociale verzekering geplaatst moet worden. Geconstateerd moet worden dat bij de verdere besluitvorming over de elementen die bedoeld zijn om doelmatig handelen te bevor-

deren, respectievelijk meer marktwerking tot stand te brengen, immers de bedreigingen vanuit het Europese perspectief in het oog moeten worden gehouden. Voor deze leden stond voorop dat hier de grootst mogelijke voorzichtigheid in acht moet worden genomen. Indien de artikelen 85 en 86 EEG-Verdrag rechtstreekse werking zouden hebben op het nieuwe verzekeringsstelsel, moet voor het voortbestaan van het sociale karakter van het stelsel worden gevreesd. Zeker in het licht van de schriftelijke antwoorden, behorende bij het mondeling overleg van 14 en 15 november 1990, leek het deze leden goed die gevaren voortdurend in het oog te houden.

b. De zorgverzekering/ de aanvullende verzekering

De leden van de C.D.A.-fractie stemden in met de functionele omschrijving van de nieuwe zorgverzekering. Die omschrijving sluit aan bij de lijnen zoals getrokken door de Commissie Dekker en neergelegd in de Nota «Verandering verzekerd». Een functionele omschrijving sluit echter een structurele aanvullende verzekering niet uit, zeker niet wanneer op de een of andere wijze een koppeling wordt gelegd tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Deze leden waren voorts van oordeel dat bij aanvaarding van de combinatie van functionele omschrijvingen en eigen risico's aan de voet de realisering van een restitutesysteem noodzakelijk is. Zij vonden een bevestiging van deze stelling in de memorie van antwoord. Daar bevreemdde het deze leden dat de regering toch de keuze tussen een restitutesysteem en een natuursysteem open laat.

De aan het woord zijnde leden wilden nog eens uiteenzetten, waarom zij een substantieel aanvullend pakket van groot belang vinden. Zij herinnerden aan de nevengeschikte uitgangspunten van toegankelijkheid tot een kwalitatief goede zorgvoorziening en van kostenbeheersing door alle partijen. In die benadering past een aanvullende verzekering, die tenminste 10 procent van de kosten dekt. Criterium bij deze keuze zou moeten zijn, dat ongewenste substitutie tussen basis- en aanvullend pakket uitgesloten is. Hierbij past ook een verplicht eigen risico aan de voet in de basisverzekering van bijvoorbeeld f 200.

De leden van de C.D.A.-fractie benadrukten nogmaals dat bij het onverhoopt afzien van een substantieel aanvullend pakket, de noodzaak van een hogere nominale premie c.q. een hoger eigen risico in de basisverzekering onontkoombaar is. In dat geval moet ook rekening worden gehouden met een hoger verplicht eigen risico aan de voet in de basisverzekering.

De leden van de fractie van de P.v.d.A. hadden reeds verschillende keren gewezen op de mogelijke aantasting van het sociale karakter van het verzekeringsstelsel, door de Europese regelgeving. Zij hadden echter tevens geconstateerd dat de internationale verdragen er toe hebben geleid dat de discussie over basis- en aanvullend pakket zich in een richting ontwikkeld heeft die de goedkeuring van deze leden kon wegdragen. Het tweede advies van de Raad van State wensten deze leden in die zin op te vatten, dat het hier slechts om een inventarisatie van mogelijkheden gaat, zonder een verder inhoudelijk oordeel over de wenselijkheid van al dan niet opneming in het aanvullend pakket. In dit tweede advies hadden deze leden dan ook geen bruikbare suggesties voor uitbreiding van het aanvullend pakket gevonden. Uitbreiding van het aanvullend pakket zou overigens, gezien de inhoud van het regeerakkoord, direct ten koste gaan van de nominale premie voor het basispakket en de eigen betalingen, zoals die ook binnen de 15% nominale premies en eigen betalingen zijn opgenomen. Zonder elke uitbreiding van

het aanvullend pakket direct ten principale te willen uitsluiten, wensten deze leden te benadrukken dat verlaging van de nominale premie voor het basispakket, onder gelijktijdige verkleining van het basispakket, hen ongewenst voorkwam. Wel wilden zij uitdrukkelijk de mogelijkheid openhouden, dat advisering van de Ziekenfondsraad over het huidige pakket, tot aanvaardbare voorstellen voor overheveling naar het aanvullend pakket zou kunnen leiden. Vooralsnog dat een goede uitwerking van de functionele omschrijvingen op zich al zal leiden tot minder nadrukkelijke regelgeving met betrekking tot scheiding van basis- en aanvullend pakket. Verzekeraars zullen de aandacht toch vooral richten op een zo flexibel mogelijk c.q. zo gevarieerd mogelijk aanbod ter invulling van het basispakket. Opsplitsing in basis- en aanvullend pakket van aanpalende onderdelen zou dat proces slechts frustreren en leiden tot verkeerde substitutie van goedkope naar dure voorzieningen, zo meenden deze leden.

Voor de leden van de V.V.D.-fractie vormde de koppeling van de AWBZ-uitbreiding aan de gemoderniseerde uitvoeringsstructuur een hoofdpunt van beleid. Met andere woorden:

pakketuitbreiding dient in het algemeen gekoppeld te zijn aan introductie van een functionele pakketomschrijving en het werken met normuitkeringen. Valt de huisarts onder de functionele pakketomschrijving van thuiszorg en dergelijke, waarnaar de regering zegt te streven op korte termijn? Overigens meenden deze leden geen antwoord te hebben gekregen op hun vraag in het voorlopig verslag of en in hoeverre de Wet op de zorgverzekering een verdere modernisering van de AWBZ ten opzichte van het voorliggend wetsvoorstel zal inhouden. Immers, met het onderhavige wetsvoorstel is nog niet voldoende verzekerd, – door talloze voorschriften en regels in de klassieke AWBZ –, dat de sociale verzekering van rechtswege als het ware «particulier» door risicodragende verzekeraars wordt uitgevoerd. De leden van de V.V.D.-fractie vroegen de regering hierop uitvoering in te gaan.

De aan het woord zijnde leden vonden het betoog van de regering inzake het risico van een hogere consumptie, dat is verbonden aan een veelomvattende basisverzekering weinig overtuigend. Uitbreiding van de basisverzekering met tandheelkundige hulp voor volwassenen, en met de bejaardenoordelen zal toch ongetwijfeld een kostenopdrijvend effect hebben, indien deze verstrekkingen onder de verzekering van rechtswege gaan vallen. Deze leden verwezen daarbij naar jurisprudentie, die erop duidt dat aanspraken via de verzekering ook geldend moeten kunnen worden gemaakt. Hoe denkt de regering een opwaartse druk op de kosten en de collectieve lastendruk bij deze twee voorbeelden te voorkomen? Is het voorstel tot onderbrenging van de bejaardenoordelen in de basisverzekering wel voldoende doordacht en onderbouwd? Is niet een voorwaarde dat de eigen bijdrage- regelingen voor ouderenzorg eerst zijn geharmoniseerd, hetgeen de regering blijkens een brief van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur thans niet haalbaar acht? De leden van de V.V.D.-fractie sloten overigens in dit verband aan bij een suggestie van het C.D.A., gedaan tijdens het mondeling overleg, om een onderscheid te maken tussen de functies zorg en wonen. De zorgfunctie zou dan uiteindelijk kunnen worden gefinancierd via het stelsel van ziektekostenverzekering, terwijl de woonfunctie volgens de «gewone» regels van het ministerie van VROM zou dienen te worden geregeld. Hoe denkt de regering over deze suggestie?

Formeel is de concrete invulling van de toekomstige basis- en aanvullende verzekering aan de orde bij het wetsvoorstel over de structuur van de zorgverzekering, zo stelden de leden van de S.G.P.-fractie. Deson-

danks herinnerden zij nadrukkelijk aan de meest essentiële voorwaarde waaraan het basispakket moet voldoen, namelijk dat er geen sprake mag zijn van vergoedingen voor handelingen in verband met onder andere zwangerschapsafbreking, anders dan op strikt medische indicatie, sterilisatie en chirurgische ingrepen om louter cosmetische redenen. De leden van de S.G.P.-fractie wezen in dit kader ook op de inspanningsverplichting van de regering met betrekking tot een «schoon» basispakket, alsmede met betrekking tot mogelijkheden voor een landelijke ziektekostenverzekeraar op levensbeschouwelijke basis.

Met instemming stelde het lid van de R.P.F.-fractie vast, dat in een toekomstig stelsel in principe mogelijkheden zullen worden geboden voor een landelijke ziektekostenverzekeraar, die op basis van de pro-life gedachte werkt. In 1989 stelde de Ziekenfondsraad nog dat een ziektenkostenverzekeraar op levensbeschouwelijke grondslag niet zou kunnen voldoen aan enkele door de huidige wet gestelde voorwaarden. Volgens dit lid behoort de verzekerde in het nieuwe zorgstelsel de vrijheid van keuze te hebben bij welke zorgverzekeraar hij zich wil verzekeren. Het lid van deze fractie onderstreepte nogmaals dat het beginsel van keuzevrijheid, samen met de gedachte van «zorg-op-maat» binnen de zorgsector, impliceert dat personen in de praktijk van het nieuwe stelsel een zorgverzekering op basis van de pro-life gedachte moeten kunnen afsluiten. In dit verband stelde hij voor, om in het kader van de vrijheid van keuze van de verzekerden, elke ziekte kostenverzekeraar de mogelijkheid te bieden naast een «gewoon» pakket een «pro life pakket» aan te bieden.

c. Nominale premie / eigen risico/ eigen bijdragen

De leden van de C.D.A.-fractie stemden in met de beschouwing in de memorie van antwoord over de nominale premies. Wel plaatsten zij een kritische kanttekening bij de stellingname van de regering – in antwoord overigens op opmerkingen van de leden van de V.V.D.-fractie – dat een substantiële nominale premie in de zorgverzekering voor de werking van het stelsel belangrijker is dan de omvang van de aanvullende verzekering. Bedoelt de regering hiermee, zo vroegen deze leden, dat feitelijk al gekozen is voor een algemene zorgverzekering met financiële eigen risico's aan de voet? Zijn de argumenten zoals ontwikkeld door de Commissie-Dekker en overgenomen in de nota «Verandering verzekerd» van nul en generlei waarde? Dient de eigen verantwoordelijkheid niet ook een vertaling te vinden in een zekere keuzevrijheid, waar het daartoe aangewezen functionele verstrekkingen zoals fysiotherapie, tandheelkunde en wellicht zelfs geneesmiddelen betreft, zo vroegen deze leden, die nog eens herhaalden dat het al dan niet opnemen van een serieuze aanvullende verzekering een van de belangrijke ijkpunten voor het nieuwe stelsel is.

De leden van de V.V.D.-fractie kwamen terug op het vraagstuk van de omvang van de nominale premie. In het Dekker-voorstel was deze 25%, in het regeringsvoorstel slechts 15%. Deelt de regering de opvatting, dat de nominale premie een wezenlijke functie in het stelsel vervult en verschillen in preferenties van verzekerden, alsmede kostenverschillen tussen verzekeraars, reflecteert? Deze leden herinnerden eraan dat de Commissie Economische Mededinging erop heeft gewezen dat met name in het stelsel zelf de condities voor voldoende mededinging aanwezig dienen te zijn. Zij betwijfelden of een 15%-marge voor zo'n werking voldoende is. Naar hun oordeel dient de omvang van de nominale premie primair gebaseerd te zijn op haar functie in het stelsel en niet op inkomenspolitieke overwegingen, zoals door de regering in het

mondeling overleg in feite werd toegegeven. Hoe stellig is de regering in het vasthouden aan de verhouding 85-15, met name indien zou blijken dat deze verhouding een effectieve werking van het stelsel in de weg staat, zo vroegen deze leden.

In het voorlopig verslag hadden de leden van de D66-fractie aandacht gevraagd voor het feit dat na de voorgenomen bevrozing van de procentuele, inkomensafhankelijke premie, de om verschillende redenen te verwachten kostenstijgingen volledig zullen worden afgewenteld op de nominale premie.

De daar gegeven voorstelling van zaken lijkt ervan uit te gaan dat de kostenstijging van de gezondheidszorg, te rekenen vanaf het moment van bevrozing van de procentuele premie, nagenoeg zal kunnen worden opgevangen door de groei van het aantal premieplichtigen, van welke groei terecht wordt gesteld dat deze afhankelijk is van de werkgelegenheid en de gemiddelde loonstijging. «In de praktijk», zo stelt de regering, «zal dus slechts een beperkt deel van de kostenstijging, namelijk dat deel dat uitgaat boven de groei van het premieplichtig inkomen in het kader van de Ziekenfondswet, ten laste komen van de nominale premie.» Zagen de leden van de fractie van D66 het goed, dan zegt de regering in feite: zo lang de werkgelegenheid maar groeit, en de gemiddelde loonstijging maar groot genoeg is, zal de druk op de nominale premie «beperkt» zijn. Deze leden konden daaruit slechts concluderen dat het omgekeerde ook waar is. Daarmee is het probleem van de premieheffing niet opgelost, maar slechts vervangen door een ander probleem, te weten hoe de werkgelegenheid en de gemiddelde loonstijging zich zullen ontwikkelen. Derhalve vroegen zij hoe de regering zich voorstelt de nominale premie binnen redelijke grenzen te houden in tijden waarin de werkgelegenheid niet groeit of zelfs daalt, en de gemiddelde loonstijging laag of zelfs negatief is. Hoe kan onder dergelijke – niet geheel denkbeeldige – omstandigheden worden gegarandeerd dat de nominale premie niet tot onaanvaardbare hoogte stijgt, met daarenboven als neveneffect een groeiende roep om verhoging van het niveau van de procentuele premie. Voor de goede orde wezen de aan het woord zijnde leden op de volgende passage in de nota werken aan zorgvernieuwing (Kamerstuk 21 545, blz. 64): «De procentuele premie wordt gestabiliseerd op het niveau van 1990, waardoor kostenstijgingen tot uitdrukking komen in de nominale premie.» Tegen de achtergrond van het voorgaande verzochten deze leden de regering om hun eerdergenoemde vraag uit het voorlopig verslag alsnog te beantwoorden.

Het opnemen van het element eigen risico in de normuitkering had de leden van de fractie van de P.v.d.A. gedeeltelijk gerustgesteld ten aanzien van het door hen reeds meerdere malen gesignaleerde probleem van tekortschietende ontvangsten aan nominale premies als gevolg van een eigen risico. Langs deze weg kan voorkomen worden dat de nominale premies voor degenen die zich geen eigen risico kunnen veroorloven te hoog zullen worden.

De aan het woord zijnde leden waren bereid om een eigen risico ongeveer ter grootte van de nominale premie onder bepaalde voorwaarden toe te staan. De belangrijkste voorwaarden zijn:

- Het eigen risico mag zich niet beperken tot een of meer specifieke zorgonderdelen, doch moet betrekking hebben op het totale basispakket, teneinde risicoselectie te vermijden.
- Het nemen van een eigen risico mag niet verplicht worden. Er kan geen ruimte zijn voor een algemeen voor alle verzekerden in Nederland geldend eigen risico aan de voet. Langs deze weg zou het onmogelijk gemaakt worden, dat er naast het restitutiestelsel ook een in natura-verzekering blijft bestaan.

- De regering behoudt de mogelijkheid tot het vaststellen van een maximum voor de nominale premie.
- Er moet een duidelijke scheiding blijven tussen eigen risico en eigen betalingen.

De leden van de fractie van de V.V.D. vroegen wanneer verzekerden een eigen risico als alternatief voor de nominale premie kunnen nemen. Zij drongen erop aan dit tijdstip zo vroeg mogelijk te doen zijn, mede in verband met het hanteren van de definitie van de collectieve lastendruk.

De leden van de fractie van Groen Links wilden enkele nadere vragen stellen over de hoogte van het eigen risico en de relatie tot de nominale premie. In de bijlage bij het verslag van het mondeling overleg op 14 en 15 november noemt de regering twee bedragen: f 1000 en f 400. De f 400 stelt een nominale jaarpremie van 15% voor, uitgaande van de 85-15-verhouding in de eindfase in 1995. Hoe komt de regering vervolgens op f 1000 maximaal eigen risico? Graag ontvingen zij hierover nadere uitleg. Deze leden waren het zeker niet op voorhand eens met de conclusie van de regering, dat een eigen risico niet zal leiden tot grote premieverschillen tussen goede en slechte risico's. Temeer daar erkend wordt dat er een nadelige uitwerking in de vorm van hogere nominale premies op kan treden voor met name chronisch zieken. Het IOO heeft in haar vervolgonderzoek naar de optimale verdeelsleutel geconcludeerd dat onder andere als maatstaf zou kunnen dienen het al of niet nemen van een eigen risico. De regering heeft dit ook reeds enkele malen aangehaald als mogelijkheid om het gevaar van risicoselectie te matigen. Maar de leden van de fractie van Groen Links zouden graag een verdergaande toezegging ontvangen, namelijk een toezegging dat in principe dit criterium zal worden opgenomen in het nieuwe normuitkeringsstelsel. Zij vroegen om een reactie op dit punt. Hiermee in samenhang merkten de aan het woord zijnde leden op vast te houden aan hun wens dat de nominale premie, alsook de omvang van het eigen risico (jaarlijks) gemaximeerd wordt. Waarom niet nu bij wet die mogelijkheid in principe opgenomen, zodat wanneer de prijsstelling van de nominale premies inderdaad tot ongewenste vormen van risicoselectie onder verzekerden leidt, snel ingegrepen kan worden?

Met betrekking tot een maximum aan de nominale premie in relatie tot de hoogte van een eigen risico was bij de leden van de S.G.P.-fractie de volgende vraag gerezen. Tegenover een bepaald eigen risico kan een premieverlaging staan. Zij concludeerden hieruit dat het maximum eigen risico gelijk is aan de maximumhoogte van de nominale premie. Zij vroegen de regering of deze conclusie juist is, of dat het mogelijk is een groter eigen risico te nemen dan de maximum-nominale premie?

De leden van de fractie van de P.v.d.A. merkten op dat zij ervan uitgaan dat verzekeraars geen vrijheid krijgen om naar eigen goeddunken eigen bijdragen te vragen voor verstrekkingen uit het basispakket. Wel mogen, in de opvatting van deze leden, verzekeraars in het kader van een functionele omschrijving als alternatief voor bepaalde verstrekkingen ook een vergoeding voor te maken kosten aanbieden. In dat kader kan het mogelijk zijn dat, geplaatst voor die keuze, de verzekerde voor het geldbedrag met eventueel aanvullende eigen bijdragen kiest. Deze leden wezen er uitdrukkelijk op dat het om een keuze moet gaan tussen een verstrekking en een geldbedrag. Het is in de ogen van deze leden niet aanvaardbaar, indien slechts uitsluitend het geldbedrag als invulling van het functioneel omschreven onderdeel van het basispakket zou gelden. Het zelfstandig kunnen vaststellen van eigen bijdragen door de verzekeraar kan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in gevaar brengen, zo stelden de aan het woord zijnde leden vast.

De leden van de fractie van Groen Links bleven bij hun opvatting dat eigen bijdragen hoogst ongewenst zijn. Daarmee wordt de solidariteit tussen verzekerden en patiënten ondermijnd. Bovendien maakt de mogelijkheid van eigen bijdragen de doorzichtigheid van de markt van ziektekostenverzekeringen voor de verzekerde nog minder. Mogen deze nadelen in principe ook spelen bij het eigen risico, bij de eigen bijdrage geldt dit in versterkte mate. Deze leden veronderstelden dat de verzekeringswereld op het punt van concurrentiepositie sterke verwachtingen zal hebben van de mogelijkheden van eigen bijdragen. Zij vonden het daarom zwak dat de regering weinig oog lijkt te hebben voor de overduidelijke gevaren van eigen bijdragen voor met name de lagere inkomensgroepen. Is de regering alsnog bereid om het vragen van eigen bijdragen onmogelijk te maken?

d. Normuitkeringen

De leden van de C.D.A.-fractie hadden met meer dan gewone belangstelling kennis genomen van de uitvoerige beschouwingen over het stelsel van normuitkeringen, toetsingspunt bij uitstek voor het slagen of falen van het nieuwe stelsel. Zij verwezen daarbij naar hun kritische beschouwing tijdens het mondeling overleg op 14 en 15 november 1990. Het oordeel over de tijdige realisering van een stelsel van normuitkeringen moet worden opgeschort tot de plenaire behandeling van het onderhavige wetsvoorstel.

Deze leden bleven van oordeel, dat over de vorm van de normuitkeringen onduidelijkheid blijft bestaan. Weliswaar wordt erkend, dat meer verdeelcriteria noodzakelijk zijn, met name criteria die samenhangen met de gezondheid. De uitwerking blijft echter vaag. Is het mogelijk, zo vroegen deze leden, het criterium van de ziektekosten uit het verleden in de beschouwing te betrekken, eventueel gecombineerd met diagnostische informatie over het al dan niet chronisch karakter van de aandoeningen. De positie van de chronische patiënten blijkt steeds weer (terecht trouwens) bepalend voor het slagen of falen van een stelsel. De solidariteit met die patiënten vergt een «zorg op maat» benadering.

De aan het woord zijnde leden maakten uit de memorie van antwoord op, dat de regering bij de budgettering in de overgangperiode vasthoudt aan de historische kosten. Deze leden vroegen naar de mogelijkheid van raming van de kosten in het budgetjaar, teneinde bureaucratie, nacalculatie en extrapolatie te vermijden en te werken in de richting van het systeem van volledige normuitkeringen. Het budget wordt gebaseerd op objectieve verdeelmaatstaven, om te beginnen bijvoorbeeld leeftijd en geslacht, waarbij het verschil tussen budget en feitelijke kosten voor bijvoorbeeld 90 procent wordt vergoed. Naarmate meer verdeelmaatstaven worden toegevoegd, daalt het vergoedingspercentage van het kostenverschil tussen budget en feitelijke kosten.

Het normuitkeringstelsel, waarvan in de memorie van antwoord vastere contouren geschilderd worden, kan in toenemende mate op het vertrouwen van de leden van de fractie van de P.v.d.A. rekenen. Deze leden verzochten de regering om een simulatiemodel, waarmee een aantal bestaande situaties doorgerekend zou kunnen worden. Dit verzoek deden zij mede om te kunnen toetsen hoeveel tijd een overgang van historische kosten naar geobjectiveerde normuitkering in beslag zou moeten nemen.

e. Positie patiënt/consument

De leden van de fractie van de P.v.d.A. hadden behoefte stil te staan bij de vraag of dit wetsvoorstel de positie van de patiënt/verzekerde

daadwerkelijk zou versterken. Helaas konden zij op basis van de tot nu toe gevoerde discussie niet een eenduidige conclusie trekken. Temeer daar de memorie van antwoord weliswaar interessante bouwstenen voor die discussie aandraagt, doch onvoldoende de faam van een op de positie van de patiënt gericht wetsvoorstel kan waarmaken. Zij constateerden dat slechts een deel van de wetswijzigingen in aanzet een versterking van de positie van de patiënt/gebruiker inhoudt. Afgewacht moet worden in hoeverre de beloften verder zullen worden ingelost.

De leden van de fractie van D66 hadden met instemming kennisgenomen van hetgeen de regering in de memorie van antwoord (bladzijde 24) aangeeft met betrekking tot de onderdelen waarop het beleid ter versterking van de positie van de consument/patiënt in het nieuwe zorgstelsel zich in het bijzonder zal richten. Gaarne zagen deze leden echter een meer concrete uitwerking van deze punten, alsmede een overzicht van de daarvoor ter beschikking te stellen financiële middelen. Overigens zouden deze leden het op prijs stellen, wanneer de regering haar visie zou willen geven op het onderscheid tussen «verzekerden» enerzijds, en «consumenten/patiënten» anderzijds, waar het hun rol in het nieuwe zorgstelsel betreft. Deze leden doelden daarbij met name op het voor de hand liggende verschil in instelling en benadering van degene, voor wie de behoefte aan zorg in beginsel de vorm van een theoretisch, onzeker toeval of risico heeft, en van degene, die reeds daadwerkelijk een zorgbehoefte heeft.

De leden van de G.P.V.-fractie stonden nogmaals stil bij het versterken van de positie van de patiënten-consumenten binnen het nieuwe stelsel. Er wordt veel verwacht van de zelfbewuste consument, maar desalniettemin was het hen nog niet geheel duidelijk hoe de invloed van de consument vorm wordt gegeven in bijvoorbeeld de bestuursorganen van verzekeraars. Worden zorgverzekeraars in de toekomst verplicht vertegenwoordigers van patiënten op te nemen in hun bestuursorgaan? Deze leden merkten op dat tot nu toe patiënten niet gewend zijn geweest zich te laten vertegenwoordigen in gezondheidszorgorganen. Welke concrete voorstellen terzake van wetgeving worden voorbereid? Is geen voorwaarde dat patiëntenvertegenwoordigers over voldoende deskundigheid beschikken? Hoe oordelen de verzekeraars over dit voornemen? Zal door de overheid worden toegezien op voldoende informatievoorziening, en hoe zal deze verbeterd worden?

f. Lagere overheden

Voor wat betreft de rol van verschillende overheden in relatie tot het primaat van de zelfregulering, verwezen de leden van de fractie van de P.v.d.A. naar hun inbreng tijdens de UCV over de Nota werken aan zorgvernieuwing en het mondeling overleg over de stelselherziening. Tot hun tevredenheid constateerden deze leden een ontwikkeling in het denken van de regering, waarbij niet alleen het adagium van eenheid en financiering geldt, maar er ook aandacht is voor samenhang in de zorg en de rol van andere overheden bij het tot stand laten komen van die samenhang en het bewaken van de toegankelijkheid. In de opvatting van deze leden zou een regiovisie opgesteld door de provincie, een grote stad of, in de toekomst, door een regionale bestuursautoriteit, een adequate functie kunnen vervullen. Zij stelden zich voor ter gelegenheid van de brief over het kwaliteitsbeleid, die voor het voorjaar van 1991 is aangekondigd, hierover met de regering verder te discussiëren.

De leden van de fractie van Groen Links behielden, ook na het mondeling overleg van 14 en 15 november 1990, hun overtuiging dat het

niet terecht was en ook niet slim om lagere overheden ten aanzien van planning en toezicht in het nieuwe zorgsysteem geen wettelijke positie toe te kennen. Zij spraken de vrees uit dat daardoor fricties die ongetwijfeld regionaal gaan optreden slecht tot een voor ieder van de partijen bevredigende oplossing kan worden gebracht. Zij dachten in dit verband aan het concreet invullen van de verzekeringsaanspraken in zorgvoorzieningen, voor verzekerden en patiënten van het grootste belang. Wanneer patiënten zich regionaal moeten organiseren is het essentieel dat overeenstemming over de regionale zorgvoorzieningen en verzekeringsaanspraken regionaal kan worden bereikt. Juist hier kan de provincie een belangrijke rol vervullen: daar zou de verantwoordelijkheid moeten komen te liggen dat partijen tot overeenstemming komen en inderdaad alles in het werk stellen om problemen op te lossen. Het instrument hiervoor is het regio-plan. Dat mag daarom niet een stuk worden dat zomaar terzijde kan worden geschoven door de andere partijen, maar moet een zekere rechtskracht krijgen.

De aan het woord zijnde leden waren het oneens met de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, die in het mondeling overleg had gezegd dat een wettelijke positie voor de lagere overheden bestuurlijk schimmig is. Integendeel, vonden deze leden, het schept een democratisch controleerbare duidelijkheid. Ten aanzien van dit punt verzochten deze leden om een bijstelling van de regeringsvisie.

Het lid van de R.P.F.-fractie informeerde naar de positie van de gemeente in de nieuwe structuur van de zorgsector. Hij verwees hierbij naar de brief van de VNG dd. 21 augustus 1990. Met name vroeg dit lid een reactie op de stelling uit deze brief dat gemeenten een belangrijke verantwoordelijkheid voor het achterstandsbeleid hebben, zodat het stellen van zorgprioriteiten, de bereikbaarheid en de kwaliteit van de zorg in een situatie van voortdurende schaarste niet uitsluitend aan de belanghebbenden in het veld kan worden overgelaten. Is een goede afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars over het te voeren zorgbeleid gewenst, zo vroeg dit lid.

g. Uitvoering van de verzekering

De leden van de C.D.A.-fractie stemden in beginsel in met een eventuele certificatie van reglementen, waarin de wederzijdse rechten en plichten van verzekeraars en verzekerden worden vastgelegd. Zij vroegen wel een nadere stellingname over de onderbrenging en regeling van de certificatie, hetzij door de Raad voor de Zorgverzekering hetzij door een onafhankelijk instituut.

De aan het woord zijnde leden deelden de opvatting van de regering dat in de toekomst geen afzonderlijke plaats is weggelegd voor de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren, noch voor de onderlinge waarborgfondsen die voor bepaalde ondernemingen werkzaam zijn. Wanneer deze verzekeraars echter voldoen aan alle toelatingsvoorwaarden, dan kunnen zij wel hun functie blijven vervullen, vooropgesteld dat een oplossing wordt gevonden voor de vertaling van de algemene acceptatieplicht. Deze leden betreurden het wel dat de regering geen reden ziet om met de waarborgfondsen overleg te plegen over een inpassing in het nieuwe stelsel.

h. Internationale aspecten

Opvallend vonden de leden van de C.D.A.-fractie enkele passages in de memorie van antwoord, waarin de beleidsvrijheid van de Lid-staten van de EG min of meer wordt erkend. Zij doelden op de passage:

«Nergens evenwel wordt bepaald dat de gehele bevolking volledig dient te worden beschermd door een sociale ziektekostenverzekering». En zij herinnerden aan de kanttekening: « Op grond van de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen staat namelijk vast, dat het EEG-Verdrag niet afdoet aan de bevoegdheid van de Lid-staten zelf hun sociaal zekerheidsstelsel in te richten». Die beleids-vrijheid behoeft intussen niet te leiden tot de omslag naar een stelsel, waarin de elementen van de huidige particuliere verzekeringen overheersen. Deze leden vroegen na kennisneming van de betreffende paragrafen uit de memorie van antwoord een nadere stellingname over de beleidsruimte die het Europese kader biedt. Ook vroegen deze leden specifieke aandacht voor de gevolgen voor het wetsvoorstel van de situatie van na 1 januari 1993, met name van het vrij verkeer van diensten.

De leden van de fracties van de P.v.d.A. en van D66 vroegen de regering uiteen te zetten, wat de consequenties zullen zijn van het nieuwe zorgstelsel in het algemeen en van het voorliggende wetsvoorstel in het bijzonder voor hen die in het buitenland woonachtig zijn, maar niettemin verplicht zijn een AWBZ-premie te betalen. Immers, de AWBZ zal steeds verder worden uitgebreid en diensgevolge zal de hoogte van de inkomensafhankelijke premie stijgen. De leden van de D66-fractie verzochten de regering bij haar antwoord de bevindingen van de Zieken-fondsraad te betrekken.

Op zich zelf achtten de leden van de fractie van de P.v.d.A. het juist dat het gebruik van luchtbruggen voorkomen wordt. Zij vroegen zich echter af of een dergelijke bepaling in de toekomst wel gemist kan worden. Immers in theorie zal een verzekeraar binnen zijn budget een afweging kunnen maken met betrekking tot prijs en prestatie. In de praktijk kan een dergelijke handelwijze echter ontwrichtend gaan werken, zeker als op dit punt de kwalitatieve concurrentiestrijd wordt gevoerd. Uit praktische overwegingen gaven deze leden er daarom voorshands de voorkeur aan ook in de toekomst een dergelijke bepaling te handhaven.

Het lid van de R.P.F.-fractie merkte op dat de gezondheidszorg in de landen van de EG volop in beweging is. Oorzaken als vergrijzing van de bevolking, een groter voorzieningenaanbod en nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen leiden tot overwegingen van kostenbeheersing en efficiënt handelen. Volgens dit lid kon niet worden gesproken van een Europese gezondheidszorg in de zin van één systeem. Veeleer bestaan er naar zijn opvatting twaalf verschillende nationale gezondheidssystemen. Een algemene harmonisatie van de regelgeving in de verzekeringssector in EG-kader leek dit lid niet gewenst. Daarom had het zijn goedkeuring dat de toekomstige Wet op de Zorgverzekering wordt gesitueerd binnen het geheel van het Nederlandse stelsel van sociale zekerheid. Bovendien was een algemene harmonisatie van deze regelgeving op dit moment naar zijn mening niet haalbaar. Hij wees in dit verband op de grote verschillen tussen de afzonderlijke sociale verzekeringsstelsels in de lidstaten. Ook zal elk nationaal gezondheidssysteem niet haar goedkeuring hechten aan het ondermijnen van het gehanteerde solidariteitsbeginsel in het verzekeringsstelsel. Een Interne Markt, waar (particuliere) verzekeraars met elkaar wedijveren, waarbij voordelige zorgpakketten en gunstige polisvoorwaarden er zorg voor moeten dragen dat zij een goede concurrentiepositie op deze markt kunnen innemen, getuigde naar het inzicht van het lid van de R.P.F.-fractie derhalve van weinig realiteitszin. In hoeverre deelt de regering deze mening? Dit lid had verder niet de indruk dat de stelsels van de gezondheidszorg in de Westeuropese landen naar elkaar toe zullen groeien, zoals de schrijver J.

Hurst in zijn boek «International comparison of health care systems» suggereert. Het lid van de R.P.F.-fractie informeerde of de regering een dergelijke convergentie wel constateert en ook wenselijk acht.

Verder kreeg het lid, hier aan het woord, de indruk dat de nieuwe mogelijkheden, die na de totstandkoming van de Interne Markt in 1992 worden geboden, vrijwel uitsluitend gereserveerd zouden zijn voor de particulier verzekerden. Zo zal, als de beperking voor het stichten van een dochtermaatschappij in het buitenland vervalst, het aantal zorgpakketten na 1992 eenvoudiger door buitenlandse maatschappijen op de markt kunnen worden gebracht. Is deze indruk juist? Welke gevolgen zal een mogelijke toename van particuliere buitenlandse ziektekostenverzekeraars op de stelselwijziging hebben? Zal er geen prijsverlagende werking optreden, waardoor de kwaliteitseisen ook zullen worden verlaagd?

Voorts vroeg het lid van de R.P.F.-fractie zich af of het nieuwe stelsel van de zorgverzekering enigszins vergelijkbaar wordt met het Duitse stelsel. De hoogte van de ziekenfondspremie wordt in Duitsland bepaald aan de hand van de uitgaven van de zorgverzekeraar, hetgeen aanleiding kan geven tot concurrentie tussen de zorgverzekeraars op basis van de premiehoogte. Met het oog op de concurrentiemogelijkheden zijn de mogelijkheden voor de ziekenfondsen verruimd om het verstrekkingenpakket te vergroten. Hoe wordt gedacht over de invoering van een verzekering, waarvan de premie voor de helft door de bejaarden en voor de andere helft door het fonds van de «verplichte bejaardenverzekering» wordt betaald, zoals in Duitsland momenteel het geval is?

3. Hoofdpijnen van het wetsvoorstel

a. Budgettering ziekenfondsen

De leden van de C.D.A.-fractie stemden in met de instrumenten van budgettering en met de concrete voorstellen zoals die zijn neergelegd in het onderhavige wetsvoorstel en in het nog te verschijnen wetsvoorstel inzake de omslagregeling voor particuliere ziektekostenverzekeraars. Wel merkten deze leden op dat de beschouwing in de memorie van antwoord op pagina 4 over de stellingname van de VNZ een al te gemakkelijke is. Verwacht mag inderdaad worden, dat de ziekenfondsen loyaal zullen medewerken aan het instrument van de budgettering wanneer het wetsvoorstel in het Staatsblad is verschenen, zo meenden deze leden. De aan het woord zijnde leden vroegen voorts wat bedoeld wordt met de «apocalyptische argumentatie» van de ziekenfondsen, temeer omdat de beschouwing over de regionalisatie en de marktwerking door toeneemende samenwerking achterhaald lijkt. Deze leden verwezen in dit verband ook naar hun beschouwing over het mededingingsbeleid. Tenslotte vroegen zij zich af of welke ingangsdatum voor de budgettering wordt voorzien, nu de behandeling van het onderhavige wetsvoorstel niet vóór 1 januari 1991 is afgerond.

Mede tegen de achtergrond van hetgeen de regering daarover in de memorie van antwoord heeft opgemerkt, toonden de leden van de fractie van D66 zich gevoelig voor de argumenten die pleiten voor zo spoedig mogelijke budgettering van de ziekenfondsen. Na de schriftelijke antwoorden van de regering op vragen tijdens het mondeling overleg van 14 en 15 november 1990, vroegen deze leden op twee punten nog om opheldering. In de eerste plaats zagen zij nog niet duidelijk welke middelen de ziekenfondsen op korte termijn ($\pm$ 1991–1993) ten dienste staan om hun kosten te beïnvloeden. De door de regering aangevoerde mogelijkheid van «productie-afspraken» (Kamerstuk 21 545/21 592, nr. 14, blz. 58) zagen zij in dit verband graag nader uitgewerkt. Ten aanzien

van de contracteerplicht en de maximumtarieven stelden deze leden dat het bij de huidige stand van zaken twijfelachtig is, of het effect daarvan eerder dan in 1994 kan optreden, zowel gezien het tijdstip van inwerkingtreding, als gezien de in het betrokken wetsvoorstel voorziene overgangstermijn van 3 jaar. In de tweede plaats hadden de aan het woord zijnde leden zich afgevraagd, welke de effecten zouden zijn van een budgetoverschrijding in de eerste jaren voor de hoogte van de nominale premie en/of de reserve(vorming) van de ziekenfondsen.

b. Nominale premie AWBZ

De leden van de fractie van de P.v.d.A. hadden grote zorgen over de invoering van de nominale premie in de AWBZ. Onder verwijzing naar een brief terzake van de VNZ uitten deze leden hun grote twijfel rond het aspect uitvoeringskosten. Mede gezien de hoogte van en het tijdstip waarop de nominale premie wordt ingevoerd, vroegen deze leden zich af of hier thans niet sprake is van onnodig geld besteden aan bureaucratie c.q. administratie. Juist in een tijd waarin gepoogd wordt om apparaatskosten te verminderen leek het deze leden niet zinnig nu reeds voor zo'n gering bedrag een dergelijke operatie uit te voeren. Zij gaven de regering in overweging om naar andere financieringsbronnen voor het arbeidsmarktkader te zoeken en de invoering van de nominale premie uit te stellen totdat deze een volwassen omvang zal hebben, en tevens de functie van de nominale premie in de ziekenfondsverzekering (grootendeels) kan overnemen. Het naast elkaar laten bestaan van een incasso-administratie voor de nominale premies voor respectievelijk de aanvullende verzekering van het ziekenfonds, voor de ziekenfondsverzekering en voor de AWBZ achtten deze leden, gezien het streven naar efficiency en kostenbeheersing, niet gewenst.

Een apart punt van zorg vormde voor de aan het woord zijnde leden het feit dat er zonder verdere beperking per kind een nominale premie kan worden geheven. Daarmee wordt de huidige gedragslijn bij particuliere verzekeringspremies en de nominale premie in het ziekenfonds om het aantal te beperken tot maximaal twee, verlaten. Dat riep bij deze leden de volgende vragen op:

- Leidt deze systematiek ook in de toekomstige Wet op de zorgverzekering tot het achterwege laten van een maximering tot twee kinderpremies per huishouden?
- Hoeveel volwassenverzekerden-equivalenten worden er toegevoegd als gevolg van het loslaten van de maximering? (peildatum 1 januari 1991)
- Met welk bedrag kan vervolgens de gemiddelde nominale premie, zoals die voor de eindsituatie is gepresenteerd, worden verlaagd?

In de memorie van antwoord wordt gesteld, dat de administratiekosten van aanmelding van collectief verzekerden lager zijn dan die van de individuele verzekerden, en dat derhalve een lagere nominale premie mogelijk is. Het eerste konden de leden van de fractie van D66 zich voorstellen; bij het tweede plaatsten zij grote vraagtekens.

Deze leden hadden voorshands bezwaren tegen het toelaten van kwantumkortingen, aangezien in de redenering van de regering een wezenlijk element in verband met het solidariteitsuitgangspunt buiten beschouwing wordt gelaten. Immers, het toelaten van collectieve verzekeringsovereenkomsten biedt in meerdere of mindere mate mogelijkheden voor de verzekeraar om aan risicoselectie te doen. Zo ligt het voor de hand dat dergelijke contracten vrijwel altijd zullen worden afgesloten met werkende verzekerden. Reeds daarin is een belangrijk risico-element automatisch verdisconteerd. Hetzelfde geldt voor een bepaald inkomens-

niveau, opleidingsniveau e.d., kortom factoren waarvan bekend is dat zij correleren met de mate van gezondheid. Een en ander geldt temeer nu verzekeraars uiteraard vrij (zullen) zijn om als het ware collectiviteiten te creëren, bijvoorbeeld door gerichte offertes aan bepaalde bedrijven en/of beroepsgroepen uit te brengen. De aan het woord zijnde leden achtten het van groot belang dat de regering nader op dit punt ingaat.

c. Opheffen werkgebieden

Ten aanzien van het opheffen van de werkgebieden voor de ziekenfondsen stelden de leden van de P.v.d.A.-fractie de vraag in hoeverre ziekenfondsen nu ook verplicht zijn c.q. door de regering verplicht worden om in elkaars voormalige werkgebieden wervend op te treden. Is het voldoende dat een ziekenfondsverzekerde aangesloten kan blijven na een verhuizing, zo vroegen zij zich af. Op dit moment hadden zij weinig behoefte om in dit kader de ziekenfondsen te verplichten elders wervingscampagnes op te zetten.

In verband met de mogelijkheid dat er in Nederland gebieden kunnen ontstaan die geen enkele zorgverzekeraar tot zijn werkgebied rekent, zouden de leden van de D66-fractie een reactie van de regering op het op 27 september 1990 vastgestelde advies van de Ziekenfondsraad op prijs stellen.

4. Financiële aspecten

De leden van de C.D.A.-fractie betreurden de noodzaak van een herhaling van zetten over de relatie tussen nominale premies en collectieve lastendruk, temeer omdat de discussie over deze kwestie nu twee keer is gevoerd, zowel bij de behandeling van de ontwerpbegroting 1991, hoofdstuk financiën, als bij de UCV over het FOZ 1991. De argumenten van deze leden zijn derhalve genoegzaam bekend. De regering moet duidelijk maken wat de precieze definitie van de collectieve lastendruk is en wat daarvan de consequenties zijn.

De leden van de V.V.D.-fractie wilden weten hoe nu verder geopereerd wordt met de relatie nominale premie—eigen risico—collectieve lastendruk. Zal de regering een stijging van de nominale premie per 1 januari 1992 wederom niet tot de collectieve lastendruk rekenen? Zo ja, met welke argumentatie? Zo nee, wat zijn de overwegingen om zulks in 1991 niet te doen en in 1992 eventueel wel?

De leden van de C.D.A.-fractie realiseerden zich dat de budgettering van de ziekenfondsen en de daaraan gekoppelde nominalisering, inkomenseffecten met zich kunnen brengen. Zij beoordeelden deze effecten in een andere context dan de effecten die het gevolg zijn van de overheveling van substantiële functionele verstrekkingen – zoals de huisartsenhulp of de specialistische zorg – naar de AWBZ. Uit de omstandigheid dat blijkens de memorie van antwoord geen voorstellen zijn c.q. worden gedaan over concrete stappen in 1991 en 1992 maakten zij op dat deze kwestie pas aan de orde komt bij de eventuele overdracht van huisartsenhulp naar de AWBZ.

De aan het woord zijnde leden achtten het antwoord van de regering over de gevolgen van de stelselwijziging voor de inkomensverdeling onbevredigend. Deze effecten worden van jaar tot jaar bekeken, afhankelijk van de actuele situatie. De inkomenspolitieke afweging bepaalt dan het antwoord op de vraag, hoe gaten in de nieuwe begroting worden gedicht. De doelstelling van de stelselwijziging is een andere: het recht-

zetten van een overtrokken solidariteit ten gunste van een evenwicht tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid. De uitgangssituatie is niet neutraal voor de verdelingsvraag, aldus deze leden, die van oordeel waren, dat het bij voorbaat compenseren van elk negatief inkomenseffect op gespannen voet staat met het werken aan een sociale verzekering «sui generis». Tegen die achtergrond is compensatie van groepen, die nu in een bevoorrechte positie verkeren, niet vanzelfsprekend.

De leden van de fractie van D66 wezen op het feit dat de hoogte van de inkomensafhankelijke premie niet slechts bepaald wordt door het verschil in belastingvrije voet tussen alleenverdieners en alleenstaanden, maar dat ook de eigen bijdragen door alleenstaanden bij gebruik van voorzieningen in de gezinszorg en AWBZ-inrichtingen daarbij een rol spelen. Bij de AWBZ betreft het inkomensafhankelijke bijdragen die voor alleenstaanden nominaal aanzienlijk hoger zijn dan de bijdragen voor gehuwden/samenwonenden. Deze leden verzochten de regering deze verschillen nader te motiveren.

5. Dereguleringsaspecten

Met betrekking tot het dereguleringsaspect dat aan de orde is bij de in de wet voorziene bevoegdheid om bij AMvB aard, inhoud en omvang van de AWBZ-aanspraken te regelen, hadden de leden van de fractie van de P.v.d.A. de opvatting dat een voorhangprocedure snelheid en zorgvuldigheid in de besluitvorming optimaal bijeen zou brengen. Snelheid is zeker geboden, een goede en zorgvuldige parlementaire behandeling echter eveneens. Het kwam deze leden voor dat de voorhangprocedure niet tot een dramatische vertraging zou leiden, maar zij waren bereid zich van het tegendeel te laten overtuigen.

De leden van de V.V.D.-fractie hielden nogmaals een pleidooi om verdere uitbreiding van de basisverzekering via de AWBZ te binden aan directe medewerking van de Staten-Generaal als medewetgever, door deze uitbreiding of via formele wetswijziging of via een AMvB-constructie met voorhangprocedure te doen plaatsvinden. Zij hielden dit pleidooi vooral in verband met de door hen genoemde essentiële randvoorwaarden voor de stelselwijziging.

De leden van de V.V.D.-fractie vroegen nogmaals een reactie van de regering op hun suggestie om de functionele pakketomschrijving als leidend principe in de verzekeringswetgeving op te nemen. Waarom wordt deze suggestie niet ten principale gevolgd, vooral als het de regering ernst is met dit beginsel? Wat is erop tegen dit principe in de wet vast te leggen en uitzonderingen bij AMvB toe te laten, zo vroegen deze leden zich af.

6. Artikelen

De leden van de C.D.A.-fractie plaatsten vraagtekens bij de stelling in de memorie van antwoord, dat de verstrekking van hulpmiddelen niet zou vallen onder het begrip zorgverlening. Kan de regering dit nader toelichten en de reikwijdte van beide begrippen aanduiden en eventueel verdere verschillen verduidelijken, zo vroegen deze leden. Zij toonden begrip voor het onderscheid tussen «arbeidsgeschiktheid» en «validiteit». Deze leden meenden wel, dat in het kader van de onderhavige wet voorbeelden ontbreken. Tegen die achtergrond vroegen deze leden aan welke verschillen moet worden gedacht, wanneer dezelfde aandoening leidt tot het wettelijk recht op aanspraken, die zouden moeten bijdragen aan het herstel van validiteit en arbeidsgeschiktheid. Zijn er in geval van

gelijke leeftijd en persoonlijke omstandigheden verschillende aanspraken mogelijk?

In de memorie van antwoord meldt de regering dat algemeen erkende patiëntenorganisaties kunnen plaats nemen in de Ziekenfondsraad. De leden van de G.P.V.-fractie achtten het echter niet waarschijnlijk dat hiermee bedoeld wordt dat iedere erkende patiëntenorganisatie de mogelijkheid zou krijgen in de Ziekenfondsraad vertegenwoordigd ten zijn. Zij vroegen hoe dan wél wordt bepaald welke organisaties in de Ziekenfondsraad mogen plaats nemen. Worden hierbij meer criteria gehanteerd dan alleen het feit dat een organisatie erkend is en geacht kan worden de belangen van patiënten/verzekerden te behartigen? Zo ja, welke?

De voorzitter van de vaste Commissie voor de volksgezondheid,
Haas-Berger

De griffier van de vaste Commissie voor de volksgezondheid,
Pauw