

Vergaderjaar 2004–2005

30 124

Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet)

B

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT ¹

Vastgesteld 8 september 2005

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

1. Algemeen

De leden van de **commissie** herinnerden de minister van VWS eraan dat hij in het debat over de Zorgverzekeringswet in de Eerste Kamer heeft toegezegd om een onderzoek in te stellen naar de mogelijkheid om de verplichte no-claim en het vrijwillige eigen risico samen te voegen. Inmiddels hebben verzekeraars kenbaar gemaakt dat de onduidelijke stapeling van no-claim en eigen risico een succesvolle invoering van de Zorgverzekeringswet in de weg gaat staan. De verschillende fracties in de Eerste Kamer zijn met de D66-fractie erg benieuwd naar het onderzoek, de resultaten en de conclusies die de minister trekt uit het onderzoek. De commissieleden verzochten de minister dan ook een en ander duidelijk uiteen te zetten.

2. CDA-fractie

Mede tegen de achtergrond van het op 14 juni jl. uitgesproken voorbehoud met betrekking tot de datum van invoering van de Zorgverzekeringswet, hadden de leden van de **CDA**-fractie met bijzondere belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Evenals het Tweede-Kamerlid Heemskerk hadden de leden van de CDA-fractie geconstateerd, dat er gaandeweg de behandeling, mede door de adequate beantwoording, heel wat mist was weggenomen. Niettemin zijn er nog de nodige vragen overgebleven ten aanzien van zowel de race tegen de tijd als met betrekking tot de inhoud en het realiteitsgehalte van de gegeven antwoorden. Hierbij was het de leden van de CDA-fractie bovendien opgevallen dat de inbreng van de CDA Eerste-Kamerfractie tijdens de Zorgverzekeringswet wel bijzondere aandacht heeft gekregen in de Tweede Kamer, zowel tijdens het wetgevingsoverleg als bij de plenaire behandeling. Waar nodig, zullen deze leden hierop terugkomen. Tevens was deze leden gebleken, dat sommige knelpunten zich intussen ten

¹ Samenstelling: Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA) (*voorzitter*), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), Swenker (VVD) (*pl.v. voorzitter*), Hamel (PvdA), Nap-Borger (CDA), Slagter-Roukema (SP), Schouw (D66), Putters (PvdA), Thissen (GL).

goede hebben gekeerd, maar dat zich ook belangrijke nieuwe knelpunten hebben aangediend.

In dit kader wilden de leden van de CDA-fractie de minister allereerst vragen aan te geven op welke wijze en op welke datum de aan de Eerste Kamer gedane toezeggingen nog vóór de plenaire behandeling zullen worden gerealiseerd. Deze leden waren de minister erkentelijk voor het ontvangen overzicht van deze toezeggingen onder stuk 30 124, nr. 8, maar hadden op basis van de tot dusverre ontvangen rapportages moeten constateren, dat de uitwerking van vele toezeggingen nog al te zeer ontbreekt om met een gerust hart de plenaire behandeling tegemoet te zien. In het kader van een zo overzichtelijk mogelijke voorbereiding, alsmede om elk misverstand over de inhoud zoveel mogelijk uit te sluiten, wilden deze leden bij hun inbreng de in de genoemde brief gegeven volgorde aanhouden. Hierbij zal uiteraard de brief van 22 juli jl. – als eerste rapportage – eveneens worden betrokken. Bij de voortgang en inhoud van een aantal toezeggingen wilden deze leden thans reeds de nodige kanttekeningen plaatsen en nadere vragen stellen. Toezeggingen die hierbij worden overgeslagen, zullen wel plenair aan de orde komen, maar noopten thans niet tot het maken van opmerkingen.

1. Onverzekerden

De uitkomsten van het overleg over de problematiek van de onverzekerden hadden naar het oordeel van de CDA-fractie al bekend moeten zijn, temeer daar nog wetswijziging noodzakelijk is. Er is derhalve spoed geboden! Allerwegen heeft deze problematiek intussen aandacht getrokken. Deze leden wilden hierbij ook verwijzen naar de publicatie van Lucas Bolsius in de NRC van 19 juli jl. Er is terecht reden voor onrust, waarbij tevens dient te worden bedacht, dat – ook al is met de negatieve optie al het mogelijke gedaan om bij de overgang nieuwe onverzekerden te voorkomen – er al bij de eerste betalingen verzekerden kunnen afhaken met alle gevolgen vandien. Zeker wanneer niet tijdig toereikende maatregelen worden getroffen. De leden van de CDA-fractie wilden er tevens aan herinneren, dat zij zijn uitgegaan van een adequate, eventueel noodzakelijke financiële oplossing, die niet ten laste van de gemeenten of verzekeraars mag komen.

3/4/5. Privacy-bescherming

Het minste, dat deze leden zich konden voorstellen is, dat de ministeriële regeling nog vóór de plenaire behandeling beschikbaar is, dus uiterlijk op 17 september a.s. Alleen dan hebben deze leden nog de mogelijkheid zich ook te vergewissen van de uitkomst van de diverse gesprekken bij de betrokkenen zelf. Met betrekking tot de eisen van het College Bescherming Persoonsgegevens is uiteraard de brief van de minister van 22 juli jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 11) van groot belang en meer in het bijzonder het overzicht onder paragraaf 3 van de privacy-aspecten gegevensuitwisseling risicoverevening. Hieruit hadden deze leden geconstateerd, dat het CBP de noodzaak van het gebruik van deze gegevens erkent, maar tevens wijst op het belang van het afschermen van privacygevoelige informatie, zoals medische gegevens. Het overleg hierover is echter nog gaande. De leden van de CDA-fractie gingen er vooralsnog vanuit, dat de uitkomsten van dit overleg tijdig voor de plenaire behandeling, dat wil zeggen, uiterlijk 17 september beschikbaar zijn.

Kan de minister tevens nader ingaan op het aspect van de privacy enhancing technologies?

Tenslotte wil de minister commentaar geven op de betreffende punten uit de brief van de KNMG van 31 augustus 2005?

7/8. Het risico-vereveningssysteem

Met de brief van 22 juli konden deze leden beschikken over een inzicht rond de voortgang met het risicovereveningssysteem. Hiervan hadden deze leden met waardering kennisgenomen. Immers de toevoeging van vijf nieuwe FKG's (farmacie kosten groepen), waarvan één reeds bekend was, is een duidelijke stap in de door de CDA-fractie bepleite richting. Overigens is het einddoel hiermede nog geenszins bereikt. De CDA-fractie gaat voor 2007 dan ook uit van de nog noodzakelijke verdergaande verfijning.

De uitvoering van het criterium DKG (diagnose kosten groepen) bleef de leden van de CDA-fractie vooralsnog zorgen baren, zeker in het licht van de gang van zaken rond de diagnose behandelcombinaties (DBC's). Deze leden achtten het voorts een goede zaak, dat in het vereveningsmodel 2006 het criterium «aard van het inkomen» is geoperationaliseerd. In het lijstje van compensatie voor hogere kosten hadden deze leden evenwel de ouderen gemist. Uit het veld hadden deze leden begrepen, dat hierover ook bij zorgverzekeraars nog vragen en zorgen leven. Hoe zit dat nu precies?

Deze leden vroegen zich ook af of de nu voorgestelde toepassing van het regiocriterium 2006, dat wil zeggen door rekening te houden met het sociaal-economisch verschil tussen voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden, wel een voldoende bijdrage levert aan de grote steden-problematiek, waarvoor deze leden ook nadrukkelijk aandacht hadden gevraagd.

Verder hadden zij node de voortgang met betrekking tot de zeldzame aandoeningen gemist. Is hierover een voorlopig laatste woord gesproken tijdens de behandeling in de Tweede Kamer?

Wordt voorts nog aandacht gegeven aan de zelfstandigen?

Terecht wordt gesteld, dat het jaar 2006 een jaar met een relatief grote mate van onzekerheid wordt en dat deze onzekerheden samenkomen in het risicovereveningssysteem. De minister voert hiervoor twee redenen aan. Allereerst is de kwaliteit van de gegevens, die gebruikt worden, door de toevoeging van de particulier en publiekrechtelijk verzekerden minder goed. In de tweede plaats compliceert de overstap op DBC-financiering in 2005 de normering in 2006. De leden van de CDA-fractie vroegen zich af of de minister, gelet op alle informatie dienaangaande, deze problematiek toch niet enigszins onderschat en dat daardoor de ex-post compensatie wel eens ontoereikend kan zijn. Met andere woorden, moet de verhouding ex-ante – ex-post vereveningsbijdrage alsnog worden aangepast? De leden van de CDA-fractie hadden zich hierbij wel gerealiseerd, dat het huidige voorstel inclusief het vangnet van ex-post compensatie de instemming van de zorgverzekeraars had verkregen. Niettemin stelden deze leden een nadere toelichting op prijs, die samen met de op 15 september a.s. beschikbare ministeriële regeling en de beleidsregels de impact kunnen vormen voor een nadere discussie. Hierbij is het monitoren van het gedrag van de verzekeraars voor hen ook van wezenlijk belang. Overigens had de rapportage van 22 juli jl. de leden van de CDA-fractie wel het gevoel gegeven, dat de minister dit onderdeel van de motie Swenker/Van Leeuwen/Schouw (Kamerstuk 29 763, letter E) serieus neemt.

9. Collectiviteitskorting

Door de in de Tweede Kamer voorgestelde en aanvaarde wijziging van de maximale collectiviteitskorting van 5% in 10% dreigt thans een aanzienlijke verschuiving van individueel naar collectief op te treden, zo meenden de leden van de CDA-fractie waar te nemen. Enerzijds een goede ontwikkeling, omdat ook patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties nu mogelijkheden krijgen om meer op maat toegesneden zorg tegen een redelijke prijs te verkrijgen. Anderzijds kan zeker bij een overwegend gebruik maken van de maximale korting van 10% de nominale premie van individueel verzekerden onder sterke druk komen te staan. Overigens hadden deze leden geconstateerd, dat het percentage van 10% een eigen leven is gaan leiden na aanvaarding van het desbetreffende amendement. Het risico van kruissubsidiëring neemt hierdoor eveneens sterk toe. Weliswaar gaat de minister ook deze ontwikkeling nu monitoren, niettemin vroegen deze leden zich af of niet in een eerder stadium gebruik moet worden gemaakt van de in de Zorgverzekeringswet gecreëerde mogelijkheid tot ingrijpen via een AMvB. Kan de minister aangeven hoe de verhouding individueel verzekerden – collectiviteiten in het jaar 2005 is en wat terzake de verwachtingen zijn voor 2006?

11/12. Patiëntenbelangen

De leden van de CDA-fractie gingen ervan uit, dat de uitwerking van beide toezeggingen (inzet extra financiële middelen voor een aantal aangegeven doelen en ervaringsinformatie) tijdig voor de plenaire behandeling beschikbaar zal zijn. Het had deze leden bevreemd, dat in de eerste rapportage van 22 juli hiervan nog geen melding werd gemaakt, omdat het hier toch om betrekkelijk eenvoudig te realiseren toezeggingen ging. Bovendien had de minister aangekondigd op korte termijn afspraken te maken over de inzet van ervaringsinformatie van patiënten.

13/14. Salarissen zorgverzekeraars en code Tabaksblatt

Het is zaak, mede gelet op de diverse ontwikkelingen terzake in de zorgsector, nauwlettend de vinger aan de pols te houden. In dit kader vroegen deze leden of de uitkomsten van het overleg o.a. met het College van Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) en het CVZ (College voor zorgverzekeringen over de salarissen van de zorgverzekeraars, hen waren ontgaan.

Wat moeten deze leden exact onder een wettelijk op te leggen transparant-systeem verstaan?

17. Contracteerbeleid

Aan welke termijn denkt de minister voor het uitbrengen van het samenvattend rapport van het College van Toezicht Zorgverzekeringen inzake de uitvoering van de Zorgverzekeringswet?

18. Natura versus restitutiepolissen

De inbreng van de leden van de CDA-fractie met betrekking tot de vrije artskeuze en de noodzaak in dit kader uit te gaan van restitutiepolissen als norm heeft de bijzondere belangstelling getrokken van enkele leden van de Tweede Kamer, zowel in het wetgevingsoverleg als bij de plenaire behandeling van de Invoerings- en aanpassingswet. Om elk misverstand uit te sluiten, de minister heeft het standpunt van de CDA-fractie, zoals verwoord in de motie Swenker, naar de mening van deze leden inderdaad niet overgenomen, maar wel de toezegging gedaan gebruik te zullen

maken van artikel 12 van de Zorgverzekeringswet, indien onverhoopt mocht blijken dat er een tweedeling in polissen ontstaat. In zoverre hadden de Tweede Kamerleden Heemskerk en Vendrik wel gelijk met de constatering dat het desbetreffende onderdeel van de motie niet wordt uitgevoerd, maar de gedane toezegging, een en andermaal door de minister herhaald, is wel van wezenlijk belang. De CDA-fractie heeft de stellingname van de minister aangehoord en op dat moment niet aangevochten met de bedoeling zich op deze materie verder te bezinnen. Het was op dat moment ook niet noodzakelijk, omdat intussen ook de toezegging was verkregen dat voor alle verzekerden voor 2006 de negatieve optie zal gelden. De aan te bieden natura- en restitutiepolissen zullen bovendien zo dicht mogelijk in de buurt liggen van de thans geldende polissen. Hierbij zal dan voor de naturapolissen nog geen sprake zijn van aanzienlijke kortingen op basis van een scherp inkoopbeleid, zodat de verschillen tussen beide polissen nog te verwaarlozen zullen zijn. Kan de minister enig inzicht verschaffen in de huidige verschillen en tevens uiteenzetten hoe de huidige verhouding natura-restitutiepolissen ligt?

Het ging de CDA-fractie vooral om de mogelijkheid van vrije artskeuze tegen een premie die het voor degenen met een smalle beurs niet onmogelijk maakt vrij te kunnen kiezen. In dit kader gaat de ontwikkeling rond de collectiviteiten eveneens een belangrijke rol spelen. Hierbij is het bovendien van belang te monitoren of hierdoor een verschuiving naar restitutiepolissen zal optreden, wat toch mag worden verwacht dat voor de collectiviteiten de premie zonder korting voor de zorgtoeslag zal worden meegenomen. Behoort dit dan ook niet het geval te zijn voor naturapolissen, namelijk voor de berekeningen uitgaande van de premie zonder inkoopkortingen, zo vroegen deze leden zich af?

Overigens hadden deze leden uit de discussie in de Tweede Kamer ook begrepen, dat oneigenlijke argumenten zoals het klem zetten van de Tweede-Kamerfractie, mede een rol hebben gespeeld. Hoe moet anders de uitspraak van de heer Heemskerk worden verstaan, namelijk «mijn fractie vreest dat dit stelsel eindigt met commerciële schadeverzekeraars, die vooral restitutiepolissen verkopen». Wanneer deze uitspraak – mede aanleiding om tot afwijzing van het gehele voorstel over te gaan – werkelijkheid gaat worden, dan is er toch geen probleem meer en worden de restitutiepolissen de norm! Deze veronderstelde ontwikkeling vormde overigens ook voor deze leden een dilemma.

De leden van de CDA-fractie bleven hun voorkeur houden voor het uitgaan van de restitutiepolissen als norm. In dit kader wilden zij de minister vragen nog eens uiteen te zetten waarop zijn verwachting is gebaseerd dat er sprake zal zijn van een vloeiend continuüm van restitutie- en naturapolissen die nauwelijks van elkaar te onderscheiden zijn. Is zijn verwachting in dit opzicht gelijk aan die van de heer Heemskerk?

Ook de garantie, dat een verzekerde die bijzondere hulp nodig heeft die niet gecontracteerd blijkt te zijn, in het kader van de zorgplicht kan eisen dat de zorgverzekeraar die alsnog contracteert, was voor de CDA-fractie aanleiding tot bezinning. Hiermede kan ook voor patiënten de weg naar de naturapolis worden geplaveid. Van de minister verwachtten deze leden een antwoord op de vraag welke resultaten bij de communicatie over deze aangelegenheid met de betrokken partijen in het veld zijn geboekt.

De leden van de CDA-fractie hadden overigens wel begrip voor het afwijzen van het afstemmen van de zorgtoeslag uitsluitend op de duurste polissen. Het eventuele gevolg – een aanpassing van de percentages in de

zorgtoeslag – wezen deze leden eveneens van de hand; zij wilden erop wijzen, dat zij hiervan bij hun voorkeur niet zijn uitgegaan. Er mag toch ook een verschil in premie tussen de restitutiepolissen worden verwacht, zo wilden deze leden de minister voorleggen. Kan de minister ook nog eens uiteenzetten wat hij zich exact voorstelt bij gebruikmaking van artikel 12?

Zoals bekend, hebben de leden van de CDA-fractie sterk aangedrongen op het opnemen van een addendum bij de zorgpolis, waaruit duidelijk wordt welke zorgaanbieders en zorginstellingen de zorgverzekeraars hebben gecontracteerd. Bekendheid met deze gegevens moet immers, ook al wordt steeds geschermd met de brede contractering, een belangrijke rol kunnen spelen in de afweging van de keuze voor deze of gene zorgverzekeraar. Een vermelding uitsluitend op internet achtten deze leden dan ook ontoereikend, mede gelet op de noodzaak van vrije artskeuze. Daarom stelden deze leden nogmaals de vraag wat de minister verstaat onder goede informatie en welk probleem de zorgverzekeraar heeft wanneer de verzekerde niet goed wordt geïnformeerd. En waarom heeft de verzekerde dan geen probleem, zoals de minister tijdens het wetgevingsoverleg in de Tweede Kamer heeft gesteld (30 124, nr. 34, pagina 45)? De chronisch zieke, de oudere, heeft wel terdege een probleem wanneer de arts van zijn keuze, etc. niet is gecontracteerd. Deze leden konden zich voorstellen, dat met het aanvaarden van de negatieve optie het probleem in 2006 niet zo groot is, maar bleven vasthouden aan een addendum voor latere jaren.

21/27. Implementatie Zorgverzekeringswet

Tijdens de plenaire behandeling van de Zorgverzekeringswet en in de stemverklaring is door de CDA-fractie nadrukkelijk aangegeven over welke zaken nog duidelijkheid zou moeten worden gegeven alvorens beslist kon worden over de invoeringsdatum. Eén van die zaken is de wijze waarop met name de zorgverzekeraars aan hun implementatie-inspanningen inhoud geven. Naar de mening van deze leden waren er – ondanks het onderzoek van Price Waterhouse Coopers, dat weliswaar onder bepaalde condities een positieve uitkomst te zien gaf – op onderdelen nog de nodige tekortkomingen te signaleren. Op basis van dit onderzoek werd volstaan met enige aanpassingen van de data in het af te leggen traject om 1 januari 2006 als invoeringsdatum technisch haalbaar te doen zijn. Mede op grond van de overigens wisselende informatie uit de kringen van de zorgverzekeraars zelf bleef ook de afgelopen maanden de twijfel overheersen, ja, deze is zelfs weer toegenomen. Afdgedacht van de niet onaanzienlijke DBC-problematiek is het deze leden hoe langer hoe meer duidelijk geworden dat onder meer de tijdige ICT-implementatie nog met de nodige onzekerheden is omgeven. Zo zou zelfs de software in een aantal gevallen niet tijdig kunnen worden aangeleverd. Klopt dit beeld met de werkelijkheid? Zo ja, dan is er sprake van reden tot ernstige zorg.

In de eerste rapportage hadden de leden van de CDA-fractie dan ook node informatie over een in uitvoering zijnde audit gemist. Of is hiervan nog geen sprake? Een audit, gericht op de feitelijke stand van zaken. Hiermede zou ook kunnen worden voldaan aan het verzoek van mevrouw Slagter, die heeft gepleit voor een consultant van buitenaf. Deze leden hadden moeten vaststellen, dat – wanneer een dusdanig onderzoek niet tijdig is ingezet – in feite de nog beschikbare tijd welhaast onvoldoende is om de audit te doen slagen. Zal overigens in de eerste plaats aandacht worden gegeven aan de kritische succes-factoren? Kortom, welke informatie kunnen deze leden nog verwachten om hun oordeel in positieve zin te kunnen bijstellen?

In dit kader wilden deze leden – tegen de achtergrond van de discussie over de uiteindelijke hoogte van de nominale premie voor 2006 – nog vragen op welke wijze de schadelast voor 2006 nu zal worden berekend/ingeschat bij de nog steeds bestaande achterstand bij de DBC-declaraties en wat aan de problematiek rond de DBC's zelf zal worden gedaan.

22. De zorgtoeslag

Aan de toezegging dat eerst rond Prinsjesdag beide Kamers zullen worden geïnformeerd over de inkomensgevolgen van de Zorgverzekeringswet voor specifieke groepen, wilden deze leden aanvankelijk niet tornen. Wel is er sprake van een groeiend besef, gevoed door de alom heersende onrust, dat de voorstellen dan onder wel zeer grote tijdsdruk (1 week) onvoldoende op de toereikendheid zullen kunnen worden beoordeeld. De grootst mogelijke zorgvuldigheid is echter, gelet op de voor vele groepen op het spel staande belangen, noodzakelijk. Is een eerdere publicatie denkbaar nu het kabinet zelf al in grote lijnen inzicht in de te verwachten maatregelen heeft gegeven, of kan de uiteindelijke stemming wachten tot 4 oktober?

Steeds meer wordt zichtbaar dat de uitkomsten van het zorgtoeslagstelsel steeds nieuwe verrassingen opleveren. Het aantal specifieke groepen, waarvoor nog aanvullend beleid nodig is, wordt ook steeds groter en omvat in ieder geval nu reeds de navolgende groepen: Wajongers en (jeugd)minimumloners, scholieren/studenten, kleine zelfstandigen, de modale werknemers met een klein tweede inkomen, ouderen met een bepaald aanvullend pensioen en de ouderen tussen 55–65 jaar zonder werkgever. Het was deze leden opgevallen dat er met name veel onrust samenhangt met de door de minister aangebrachte wijziging in afwijking van het SER-advies – trouwens ook van het CDA-verkiezingsprogramma – namelijk de introductie van een werkgeversbijdrage van + 50%. Het SER-advies ging uit van 100% nominale premie. Hierdoor zijn er voor al die groepen die geen werkgever hebben, extra problemen ontstaan, die zowel door het kabinet als door het parlement onvoldoende zijn onderkend en in beeld konden worden gebracht. Naar het oordeel van de CDA-fractie kan noodzakelijke reparatie moeilijk op eenvoudige wijze tot stand worden gebracht zonder nieuwe onevenwichtigheden op te roepen. Deelt de minister deze visie? Zo brengt iedere wijziging in de werkgeversbijdrage (van 5.96 naar 6.25%) voor niet-werknemers weer extra problemen. Om welke redenen was deze wijziging noodzakelijk? De nu gekozen oplossing – verhoging van de werkgeversbijdrage tot 6.50% met compensatie voor de werkgevers – op zichzelf al niet fraai – roept risico's voor de toekomst op. Al is uiteraard positief dat hierdoor de werkgeversbijdragen voor de niet-werkenden kan worden afgevlakt. Deze leden wilden echter eerst het totaalbeeld grondig kunnen bestuderen alvorens tot een oordeel te komen. De CDA-fractie behoudt vooralsnog de nodige twijfels. Dit temeer omdat ook nog geen inzicht bestaat in hoe de losse eindjes nu worden opgelost omdat in het zorgtoeslagstelsel op zich geen wijziging is aangebracht. Ook met betrekking tot de werkgeversbijdrage voor AOW-ers is nog steeds geen volstreekte helderheid verkregen (zie ook uiteenzetting minister Handelingen Eerste Kamer, pagina 27–1244, eerste en tweede kolom).

Een antwoord op de diverse vragen van het CSO (Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties) in zijn brief van 1 september 2005¹ stelden deze leden eveneens bijzonder op prijs. Bovendien wilden deze leden een overzicht krijgen op welke wijze nu is voldaan aan de met name door de CDA-Tweede Kamerfractie gevraagde wijzigingen. Tenslotte wilden deze leden nadrukkelijk pleiten voor een substantiële risicopot,

¹ (registratienummer EK 133682) Ter inzage gelegd op het CIP.

waaruit onvoorziene knelpunten voor bepaalde groepen alsnog kunnen worden gerepareerd.

Ook enkele andere onderwerpen wilden de leden van de CDA-fractie thans nog aan de orde stellen.

Aanvullende verzekering

Zoals bekend, hadden deze leden een- en andermaal de omvang van het basispakket in relatie tot de aanvullende verzekering aan de orde gesteld. Deze leden waren dan ook aangenaam verrast, dat de minister hier om een overigens niet door hen gewenste ontwikkeling de deur op een kier zet. Gelet op het belang van zijn uitspraak, wilden de leden van de CDA-fractie deze toch in eigen bewoordingen herhalen om zo ook vast te leggen dat zij deze uitspraak goed hadden begrepen. Zo moet bij uitsluitingen van grote groepen mensen voor de aanvullende verzekering, waardoor ongewenste gezondheidsklachten ontstaan, het basispakket worden aangepast. In wetgevende zin kan de minister mogelijk weinig – anders dan nu het toegezegde eenmalige toezicht – maar ziet de minister hier niet een taak voor de patiëntenorganisaties om het inzicht in de eventuele uitsluitingen te verschaffen? Is het dan toch niet noodzakelijk om over het op verantwoorde wijze vastleggen van de klachten eerst met het departement te overleggen?

De minister heeft op een gegeven moment de NMa opgevoerd als een hefboom ook met betrekking tot de aanvullende verzekeringen. Kan de minister deze uitspraak nog eens toelichten?

Invloed van verzekerden op het beleid

In het overzicht van toezeggingen van 20 juni jl. hadden de leden van de CDA-fractie de toezegging over het realiseren van de invloed van verzekerden, met name ook op het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars, pijnlijk gemist. Reeds tijdens de plenaire behandeling van de wetsvoorstellen Herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ) en de WTG-Expres op 23 en 30 november 2004 was deze leden toegezegd dat hierover overleg zou worden gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland en dat – zo nodig – een ministeriële regeling zou volgen. Aangezien bij de aanvang van de behandeling van de Zorgverzekeringswet nog geen positief resultaat was gemeld, heeft de discussie zich tijdens deze behandeling voortgezet met als uitkomst een hernieuwde toezegging dat de minister een gesprek zal voeren met Zorgverzekeraars Nederland om invloed van de verzekerden op het beleid, waar onder het inkoopbeleid, te bewerkstelligen.

Zo nodig, komt er metterdaad een ministeriële regeling. In de brief van 28 juni jl. aan de Tweede Kamer, worden ook de ingediende amendementen op de Invoerings- en aanpassingswet behandeld. In de beknopte reactie op amendement 30 124, nr. 13 van de SP geeft de minister in feite aan, dat er nog weinig schot in de gewenste ontwikkeling zit. Wanneer het College van Toezicht Zorgverzekeringswet, zoals nu aangegeven, de invloed van verzekerden gaat monitoren, dan wordt de ministeriële regeling, indien noodzakelijk, toch weer op de lange baan geschoven. Dat leek deze leden een ongewenste ontwikkeling. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet dient ook de invloed van de verzekerden te zijn geregeld. De leden van de CDA-fractie hadden de minister de gelegenheid willen geven om een en ander op vrijwillige basis te regelen. De periode van 30 november 2004 tot einde september 2005 moest voor de betreffende zorgverzekeraars toch een voldoende lange periode zijn om deze toch eenvoudige kwestie op adequate wijze te regelen. De leden van de CDA-fractie gingen er dan ook vooralsnog vanuit, dat tijdens de plenaire behandeling de knoop kan worden

doorgehakt: of er is helderheid over de wijze waarop de onderscheiden zorgverzekeraars de invloed van verzekerden zullen regelen of er komt een ministeriële regeling.

Negatieve optie

De leden van de CDA-fractie hadden zich gestoord aan enkele uitlatingen vanuit het veld over het uitsluiten van de ambtenaren voor de negatieve optie. Dit zou een vorm van niet aanvaardbare discriminatie zijn geweest. De CDA-fractie was de minister dan ook erkentelijk voor zijn zuivere benadering. Wel hadden deze leden in dit kader nog een nadere vraag, gelet op het antwoord over de mogelijke sanctie voor de zorgverzekeraars, die er niet in slagen voor 16 december een integraal non-select aanbod aan hun verzekerden te doen. De sanctie is dat zij de negatieve optie kwijt raken, aldus de minister, maar dit kan dan toch ook een onterechte sanctie betekenen voor deze verzekerden? Op welke wijze wil de minister dan voorkomen, dat deze verzekerden door het ijs zakken, zoals de minister dit noemt, zo wilden deze leden gaarne vernemen (30 124, nr. 34, pagina 33).

Premie voor het jaar 2006

Aan de geruchtenstroom rond de premie voor 2006 (eventueel 1200, ja zelfs 1300 euro) is een voorlopig einde gekomen door de mededeling dat bij een gemiddeld hogere premiestijging dan 25 euro deze stijging in de zorgtoeslag zal worden gecompenseerd. Overigens, zo wilden deze leden opmerken, betekent dit dan toch weer een stijging van lasten voor een echtpaar met alleen AOW van 50 euro per jaar! Hiernaast achtten deze leden het vooral van belang de oorzaken voor een eventueel noodzakelijke hogere premie te vernemen, mede gelet op de thans toch min of meer stabiele uitgaven. Deze hogere premie mag toch niet worden veroorzaakt door hogere uitkomsten voor invoering van de DBC's of de uitkomsten van de Commissie-Korthals Altes (wanneer komt dit advies, toegezegd was medio 2005?) Deze uitkomsten zouden voor de leden van de CDA-fractie als zij tot een hogere premie zouden moeten leiden, moeilijk aanvaardbaar zijn, zoals reeds eerder aangegeven. Maar, hoe dan ook, blijkbaar kunnen hiervoor dan wel financiële middelen worden gevonden. De CDA-fractie zou deze willen benutten, indien noodzakelijk, voor nog boven water komende onevenwichtigheden in het zorgtoeslagstelsel als zodanig.

Publiekrechtelijk of privaatrechtelijk

Tijdens de discussie in de Tweede Kamer werd verondersteld, dat de CDA-fractie ook zou willen weten welke mogelijkheden er voor terugval op een publiekrechtelijk systeem zijn, mocht dat nodig zijn. Terecht is op deze interruptie niet ingegaan en terecht heeft ook de minister op deze uitkomst geen voorschot willen nemen. Gelet op de aanhoudende hinder over deze kwestie wilden deze leden het navolgende aan de minister voorleggen. Binnen het publiekrechtelijke systeem past toch naadloos de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie evenals het risico-vereveningssysteem ook na verdergaande verfijningen? Zelfs elementen van marktwerking kunnen dan worden gehandhaafd binnen een publiekrechtelijke setting, dit temeer daar deze stappen exact zijn omschreven en als zodanig kunnen worden gehandhaafd. Kan de minister zich in deze visie herkennen? Blijven over het zichzelf moeten verzekeren en de contracteerplicht. Ook de CDA-fractie bleef grote moeite houden met het terugvallen op de contracteerplicht wanneer het verschil tussen natura- en restitutie-polis té groot wordt. De minister heeft in de Tweede Kamer gesteld, dat deze mogelijkheid reeds in de Zorgverzekeringswet is

opgenomen en als zodanig aan de Europese Commissie bekend is. De leden van de CDA-fractie stelden in dit opzicht niettemin een nadere toelichting op prijs.

Anders dan hier en daar wordt gesuggereerd hadden deze leden – na kennisneming van het volledige rapport van de Europese Commissie – kunnen constateren, dat in paragraaf 4.2.1 «Belast met een dienst van algemeen economisch belang» ook de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie aan de orde zijn geweest en als zodanig geen bezwaren hebben opgeroepen. Hadden deze leden de betreffende passage goed begrepen?

Voorlichting

Toen nog vóór de stemming in de Eerste Kamer de brief over de publiekscampagne verscheen, waren de leden van de CDA-fractie hoopvol gestemd over het slagen van deze publiekscampagne, noodzakelijk om de invoering van beide wetten verantwoord te doen zijn. Helaas hadden deze leden moeten constateren, dat de brochure, die alle Nederlanders intussen hebben ontvangen, in ieder geval de hoopvolle verwachtingen weer aanzienlijk hebben getemperd. Er zijn met deze brochure meer vragen opgeroepen dan beantwoord. In diverse perspublicaties is dat eveneens geconstateerd, bijvoorbeeld in de Haagsche Courant van 28 juli jl. onder de sprekende titel «VWS verstuurt een duistere brochure». Gelet op het belang van een adequate en transparante voorlichting, die in ieder geval de doorsnee-burger moet kunnen begrijpen en zich nog tijdig eigen zal moeten kunnen maken, vergt dit alsnog een uiterste krachtsinspanning. Deze leden wilden overigens erkennen dat het nog niet beschikbaar zijn van de definitieve uitwerking van de zorgtoeslag een uiterst complicerende factor is bij het goed voor het voetlicht brengen van alle veranderingen in het kader van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag. Welke maatregelen zijn na de negatieve reacties intussen genomen en welke wijzigingen zijn er in de publiekscampagne alsnog te verwachten? Zoals bekend, is het overtuigd raken van de verzekerden een kritische factor voor de leden van de CDA-fractie in de beoordeling of invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari a.s. verantwoord is.

Vrijwillige verzekering AWBZ

De leden van de CDA-fractie hadden – na kennisneming van de uitvoerige discussie in de Tweede Kamer over de vrijwillige verzekering AWBZ – nog behoefte aan enkele kritische kanttekeningen en nadere vragen. Allereerst wilden deze leden erop wijzen dat de Wet vrijwillige verzekering AWBZ tot stand is gekomen op aandringen van de Tweede Kamer tijdens een algemeen overleg op 11 mei 2000, terwijl na de inwerkingtreding zelfs een actief voorlichtingsbeleid is gevoerd om belanghebbenden op deze verzekering te wijzen (zie punt 11 memorie van toelichting bij wetsvoorstel 27 448, vrijwillige verzekering AWBZ en de nota naar aanleiding van het verslag (27 448, nr. 6 pagina 5). De unanieme aanvaarding op 23 november 2000 in de Tweede Kamer en op 18 december daarop volgend in de Eerste Kamer, zonder beraadslaging, geeft het brede draagvlak voor deze vrijwillige verzekering overduidelijk aan. In dit kader achtten deze leden het door de minister voorgestelde overgangsrecht (alleen handhaving van de verkregen rechten van hen die reeds nu gebruik maken van de AWBZ-voorzieningen) ontoereikend. Immers al degenen die na 1 januari 2001 naar het buitenland zijn vertrokken en hiertoe, uitnodigend voorgelicht, een vrijwillige verzekering AWBZ hebben afgesloten en de zeker niet geringe premie hebben afgedragen, mochten veronderstellen, dat zij zich – indien noodzakelijk – van de noodzakelijke voorzieningen hadden verzekerd. Dit zeker in die landen, bijvoorbeeld Spanje, waar de nodige voorzieningen tot stand zijn

gekomen. De vraag om een nadere toelichting op de verschillen in voorzieningen in het woonland, bijvoorbeeld Spanje en Duitsland, en de voorzieningen die op basis van de vrijwillige verzekering AWBZ tot stand zijn gekomen en derhalve beschikbaar, is dan ook zeker gerechtvaardigd. En dat zowel in materieel als in financieel opzicht. Hieruit zal ook moeten blijken of deze voorzieningen binnen de kaders van de AWBZ in Nederland blijven.

Uit het jaarverslag van de Sociale Verzekerings Bank over 2004 hadden deze leden begrepen, dat het per ultimo 2004 nog om 1652 verzekerden ging (in 2001 om 2 132, in 2002 om 2 004, in 2003 om 1 809 verzekerden, een steeds afnemend aantal). Een beduidend lager aantal verzekerden dan indertijd aangenomen. De eerder aangehaalde memorie van toelichting stelt immers «Volgens de beschikbare gegevens gaat het om ca. 10 000 personen, verspreid over een groot aantal landen». Het gaat dus om een overzienbaar probleem. De 1 652 verzekerden wonen in 47 landen, ook dit aantal neemt gestaag af. Is het mogelijk een meer concreet overzicht te geven, namelijk van de aantallen per land? Voor het overwegen van mogelijke oplossingen wilden deze leden eveneens gaarne vernemen welke bedragen aan premie in de jaren 2001 t/m 2004 zijn ontvangen voor degenen, die thans nog geen gebruik maken van AWBZ-voorzieningen. De minister heeft met zijn toelichting met betrekking tot de in de EU of een ander verdragsland wonende post-actieven met een pensioen of uitkering formeel mogelijk het gelijk aan zijn zijde, maar toch De minister is toch niet verplicht de vrijwillige verzekering AWBZ te beëindigen? De in het woonland voorziene zorg schijnt in vele gevallen aanzienlijk af te wijken van de krachtens de AWBZ voorziene zorg, die ook niet aanwezig is. Nood breekt dan wet. In andere landen zijn deze voorzieningen er wel. Vandaar de gestelde vragen, waarbij de leden van de CDA-fractie zich niet aan de indruk konden onttrekken dat andere, in het kader van het overgangsrecht in feite oneigenlijke argumenten, een rol hebben gespeeld bij het onderhavige voorstel tot beëindiging, zoals bijvoorbeeld de financiële uitkomsten.

Deze leden hadden begrip voor de afwijzing van het amendement Smits – de vrijwillige verzekering AWBZ onverkort handhaven – maar wilden niettemin het pleidooi voeren voor een ruimhartiger overgangsrecht. Dit temeer omdat zij een terugkeer van de zeker om medische redenen naar het buitenland vertrokken Nederlanders moreel niet verantwoord achtten. Op welke wijze stelt de minister zich overigens de oplossing van de huisvestingsproblematiek met eventuele verzorging en verpleging dan voor? Dit overgangsrecht zou – afhankelijk van de antwoorden van de minister – kunnen bestaan uit een voortzetting van de verzekering voor de per ultimo 2004 verzekerden (nieuwe aanmeldingen in 2005 hadden de komende wijziging kunnen voorzien), of terugbetaling van de premie over de jaren 2001 t/m 2004, waarbij tussenvarianten eveneens bespreekbaar zijn. Aan welke variant geeft de minister de voorkeur, zo vroegen deze leden zich af. De leden van de CDA-fractie stelden hierbij ook een nadere toelichting van de uitspraak dat de premies tot dusverre niet kosten-dekkend waren, op prijs. Deze voorstellen moeten de minister aanspreken, omdat hierbij geen sprake kan zijn van calculerend gedrag (deze verzekerden hebben eerder hun verantwoordelijkheid genomen) en bovendien weet de minister hoezeer de CDA-fractie hecht aan een rechtvaardig overgangsrecht op basis van gewekte verwachtingen, alsmede door premiebetaling verkregen rechten.

Enkele vragen

Gelet op enige informatie terzake, vroegen de leden van de CDA-fractie zich af of het met de noodzakelijke goedkeuring van de model-overeenkomsten naar wens loopt, dat wil zeggen in de tijd en naar inhoud. Wat dit laatste betreft, in het nu voorliggende besluit

zorgverzekering is een bepaling over het terrorismerisico opgenomen. Heeft dit ook gevolgen voor de modelovereenkomst? Is het voorts nog steeds de bedoeling de zorgsector in het kader van de Wet Financiële Dienstverlening vrijstelling te geven op grond van artikel 9 lid 1 WFD? Tenslotte heeft de Eerste Kamer een brief ontvangen van de heer mr. J.C. Plooy¹ waarin hij aandacht vraagt voor een technische omissie in het voorliggende wetsvoorstel als gevolg waarvan veel verzekerden in de toekomst niet meer in aanmerking dreigen te komen voor fiscale aftrek van ziektekosten. Gaarne zagen deze leden het commentaar van de minister op deze brief tegemoet.

Aan het einde van deze inbreng hadden de leden van de CDA-fractie moeten constateren, dat nog steeds niet is voldaan aan de gestelde voorwaarden met betrekking tot de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag per 1 januari a.s. Het is aan de minister om hierover in de memorie van antwoord alsnog helderheid te verschaffen.

3. PvdA-fractie

De leden van de **PvdA**-fractie hadden met belangstelling kennisgenomen van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet.

Zoals zij ook reeds tijdens de plenaire behandeling van de Zorgverzekeringswet en de wet op de zorgtoeslag hebben aangegeven, maken de leden van de PvdA-fractie zich ernstig zorgen over de gevolgen van de invoering van beide voornoemde wetten per 1 januari 2006. In dit kader vroegen zij allereerst welke waarborgen er bestaan voor een zorgvuldige introductie en implementatie van voornoemde wetten. Welke garanties kunnen worden gegeven dat alle huidige verzekerden voor 16 december 2005 een integraal en non-select aanbod ontvangen en dat de te betalen premie de grens van de gegarandeerde 5% niet te boven gaat?

Deze leden maken zich des te meer zorgen over de implementatie van de Zorgverzekeringswet, daar ook de implementatie van de WTG Expres en de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg meer problemen bij de uitvoering geven dan verwacht.

De leden van de PvdA-fractie zouden willen weten in hoeverre de Belastingdienst in staat is voor 1 november alle verzekeringsplichtigen een zoveel mogelijk ingevuld formulier ten behoeve van het aanvragen van de zorgtoeslag toe te zenden. In dit kader vroegen deze leden ook om een reactie op het bericht van 12 juli 2005 in NRC Handelsblad, daarin wordt een intern memo van de Belastingdienst geciteerd: «het wordt spannend of het gaat lukken.»

Kan worden meegedeeld wanneer de Belastingdienst beschikt over de gewogen premie om de hoogte van de toeslag te berekenen? Hoe worden daarmee de verschillen in het aantal verzekerden dat zich tegen een bepaalde premie verzekert, gewogen? Het was deze leden niet duidelijk op welke gronden de Belastingdienst kan beschikken over gegevens voor het gewogen premiegemiddelde. Kan in dit kader ook worden toegelicht hoe de mogelijkheid tot 1 mei 2006 van verzekeraar te wisselen hierbij wordt betrokken? Kan ten slotte worden gemeld in hoeverre de Belastingdienst in staat is een latere correctie van de hoogte van de zorgtoeslag uit te voeren?

In hoeverre zijn de ramingen gegeven in de nadere memorie van antwoord voor de wet op de zorgtoeslag, betreffende de hoogte van de premie en daarmee van de hoogte van de zorgtoeslag nog in overeenstemming met de werkelijkheid? Kan in dit kader ook worden meegedeeld

¹ (registratienummer Eerste Kamer 133438.9)
Ter inzage gelegd op het CIP.

in hoeverre de ramingen betreffende het gebruik van de zorgtoeslag nog in overeenstemming met de werkelijkheid zijn?

Het was de leden van de PvdA-fractie niet duidelijk tot hoe lang na het in werking treden van het voorliggende wetsvoorstel een verzekerde, op basis van artikel 2.5.4, recht heeft op de continuering van de zorg die hij of zij ontvangt van een bepaalde aanbieder bij het inwerking treden van deze wet waarmee de verzekeraar de overeenkomst niet voortzet? Kan dit aan de hand van een voorbeeld van een chronisch zieke worden geïllustreerd?

Is het juist dat zich bij verzekeraars problemen voordoen bij het inschatten van de schadelast van het A- en B-deel over 2005? Zo ja, waar bestaan deze problemen uit? Kan worden uiteengezet welke gevolgen onduidelijkheid over de schadelast in 2005 heeft voor de vaststelling van verzekeringsbudgetten op basis waarvan verzekeraars hun premie vaststellen voor het komende jaar? Kan tevens worden vermeld wat de gevolgen zullen zijn van het doorschuiven van een deel van de onder het huidige stelsel verzekerde schadelast naar het nieuwe stelsel in 2006?

Op welke wijze is inhoud gegeven aan de toezeggingen, gedaan tijdens de plenaire behandeling van de Zorgverzekeringswet in de Eerste Kamer, betreffende het creëren van voorzieningen waarmee burgers kunnen berekenen wat voor hen de inkomensgevolgen van de Zorgverzekeringswet zijn?

Krachtens de Wet Werk en Bijstand stellen gemeenten een Bijzondere Bijstandsregeling in. In geval van kosten die voortvloeien uit bijzondere omstandigheden, zoals uit ziekte of ouderdom, kunnen inwoners van de gemeente met een inkomen op of rond het minimumniveau aanspraak maken op een uitkering in het kader van de Bijzondere Bijstand. In hoeverre en in welke mate valt te verwachten dat het beroep op de Bijzondere Bijstand zal toenemen als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de aanpassing van de Tegemoetkomingsregeling Buitengewone Uitgaven? In welke mate zou het beroep op de Bijzondere Bijstand kunnen toenemen, daarbij uitgaande van een optimistisch en een pessimistisch scenario? Zullen gemeenten worden gecompenseerd voor een toenemend beroep op de Bijzondere Bijstand als gevolg van landelijk beleid?

In het verlengde hiervan vroegen deze leden naar de verwachte inkomenseffecten voor wajong-gerechtigden en jongeren met het minimumjeugdloon ouder dan 18 jaar. Kan nader worden toegelicht hoe gemeenten worden gecompenseerd voor een toenemend beroep op de Bijzondere Bijstand als gevolg van de inkomenseffecten van de Zorgverzekeringswet en de wet op de zorgtoeslag voor wajong-gerechtigden en jongeren met het minimumjeugdloon?

Kunnen de lijsten met inkomensgevolgen zoals opgenomen in de Nota naar aanleiding van het verslag (stuk nummer 30 124 nr. 9) worden aangepast aan de aangekondigde wijziging in inkomensafhankelijke premie? Zou daarbij ook specifiek kunnen worden ingegaan op de inkomensgevolgen voor verzekerden die zelf hun inkomensafhankelijke premie betalen zoals bijvoorbeeld kleine zelfstandigen en AOW-ers met een klein aanvullend pensioen? Zo ook voor hen die een minimumjeugdloon ontvangen of ouder zijn dan 18 jaar en slechts een zakgeld ontvangen. Kan tevens worden vermeld hoe, op welke wijze en wanneer de zorgtoeslag deze te onderscheiden groepen zal bereiken?

De leden van de PvdA-fractie lazen in de memorie van toelichting dat de huidige compensatie die studenten met een aanvullende beurs ontvangen

voor hun ziektekostenverzekering wordt vervangen door een nieuwe, hogere compensatie in de aanvullende beurs. Zullen de normbedragen voor ouderbijdragen aan studenten zonder aanvullende beurs aangepast worden aan de hogere kosten voor de nieuwe zorgverzekering en zal de drempel voor het ontvangen van een aanvullende beurs worden aangepast?

Kan inzicht worden gegeven in het percentage verzekerden dat zich, naar verwachting, door een collectief contract zal verzekeren? Kan daarbij ook worden vermeld in hoeverre kwetsbare groepen als chronisch zieken, ouderen met alleen AOW of met een klein aanvullend pensioen en mensen met een minimum inkomen zich naar verwachting via collectieve contracten zullen verzekeren?

Van meerdere kanten is gesteld dat verwacht wordt dat het aantal onverzekerden zal toenemen. Hoe ver staat het nu met het treffen van maatregelen om de verwachte stijging van het aantal onverzekerden te beperken?

De leden van de PvdA-fractie vroegen vervolgens op welke wijze verzekeringsplichtigen die op 16 december wanbetaler zijn, ook een integraal en non-select aanbod van hun huidige verzekeraar ontvangen. Tevens vroegen deze leden of voor verzekeringsplichtigen die op 31 december 2005 wanbetaler zijn ook de negatieve optie geldt op 1 maart 2006. Wanneer een verzekeringsplichtige onverzekerd is, moet hij een boete van 130 procent van de over de periode dat hij onverzekerd was verschuldigde premie betalen op het moment dat hij zich opnieuw aanmeldt voor een zorgverzekering? Het was deze leden niet duidelijk in hoeverre de Belastingdienst controleert of een verzekeringsplichtige die de zorgtoeslag ontvangt, inderdaad premie betaalt. Is het mogelijk over de periode dat een verzekeringsplichtige onverzekerd is, achteraf een zorgtoeslag aan te vragen?

De leden van de PvdA-fractie waren benieuwd naar de uitkomsten van het in de nota naar aanleiding van het verslag (p. 9) aangekondigde overleg met Divosa, Cedris, GGZ Nederland, Nibud en de VNG betreffende het afsluiten van een zorgverzekering door verzekeringsplichtigen die een uitkering ontvangen in het kader van de wet werk en bijstand. In hoeverre is het mogelijk dat de gemeentelijke sociale dienst op basis van artikel 57 van de Wet Werk en Bijstand een doorbetalingsverplichting oplegt aan bijstandsgerechtigde daklozen en psychiatrische patiënten betreffende de premie voor de zorgverzekering?

Voor de huidige particuliere verzekeraars vormt de noclaimteruggaaf een nieuw element bij de uitvoering van hun activiteiten. In hoeverre kunnen zij de risico's die hieruit voortvloeien inschatten zonder dat nacalculatie noodzakelijk is? Het was deze leden nog niet duidelijk hoe gegevens betreffende het inkomen van verzekerden beschikbaar komen voor het vereveningssysteem. Kan inzicht gegeven worden in de totale omvang van de administratieve lasten als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet nu de voorbereidingen voor de implementatie verder gevorderd zijn en de consequenties van het onderhavige wetsvoorstel beter zijn in te schatten? Kan daarbij ook duidelijkheid gegeven worden over de toename van administratieve lasten voor verschillende categorieën zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekeringsplichtigen? Kan daarbij ten slotte worden vermeld in welke mate de administratieve lasten zullen toenemen als gevolg van de grotere verscheidenheid aan polissen waarmee de aanbieders te maken krijgen?

In artikel 3.2.32 I houdt het College bouw zijn zelfstandige status en worden zijn bevoegdheden uitgebreid. Hoe moeten deze leden dat

begrijpen in het licht van de brief van de minister en de staatssecretaris van VWS over de positionering van zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel (MC/T&B-2 588 424)? Het was deze leden niet duidelijk waarom er niet voor is gekozen de taken en bevoegdheden van het College bouw in deze wet te beperken en het college onder te brengen bij het College zorgverzekeringen.

Het was de leden van de PvdA-fractie niet duidelijk waarom er in artikel 3.1.1 O 57a niet voor is gekozen om, gelet op de privacy, te bepalen dat alleen gegevens die nodig zijn voor de uitvoering van de wet, mogen worden uitgewisseld. Het was deze leden ook niet duidelijk hoe invulling wordt gegeven in het onderhavige wetsvoorstel aan de waarborgen voor de vrije artskeuze, zoals verwoord in de motie inzake de vloeiende overgang naar het nieuwe zorgverzekeringstelsel (stuk nummer 29 763 E). Deze leden wilden in dit kader nogmaals vragen waarom niet de mogelijkheid is geschapen bij algemene maatregel van bestuur eisen te stellen aan de op basis van artikel 13 lid 2 van de Zorgverzekeringswet te berekenen vergoeding. Op welke wijze wordt de vrije artskeuze nu voor iedereen los van de inkomenspositie, in dit wetsvoorstel gewaarborgd?

In de memorie van toelichting lezen de leden van de PvdA-fractie dat vier ziekenfondsen ultimo 2004 niet voldoen aan de solvabiliteitseis van 8%. Is de situatie die zich nu voordoet dat kleine ziekenfondsen moeite hebben met de solvabiliteitseis, in de toekomst te vermijden, ook in het geval van een plotselinge sterke toename van het aantal verzekerden voortkomend uit goede prestaties? Waarop is de verwachting dat de solvabiliteitseis, uitgesproken in de nota naar aanleiding van het verslag, niet tot problemen zal leiden gebaseerd? Kan nog eens worden toegelicht in hoeverre er vanaf 1 januari 2006 een level playing field bestaat tussen kleine zelfstandige verzekeraars, die mogelijk hun reserves moeten aanvullen, en grote verzekeraars, die kunnen interen op hun reserves, deels opgebouwd onder het oude stelsel als particuliere ziektekostenverzekeraar?

Het was deze leden ook na lezing van de nota naar aanleiding van het verslag (p. 48) niet duidelijk waarom het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) niet om advies is gevraagd. Deze leden vroegen daarnaar omdat voorgestelde artikel 3.1.1.O hoofdstuk VIII overeenkomsten vertoont met hoofdstuk VIII van de Zorgverzekeringswet, waarvan het CBP meende dat de bepalingen onvoldoende specifiek zijn. Het was deze leden daarom nog niet duidelijk welke waarborgen er zijn voor een veilig gebruik van persoonsgegevens op basis van artikel 3.1.1.O hoofdstuk VIII. Wordt in artikel 3.1.1. O hoofdstuk VIII voldoende grond geboden voor de verwerking van persoonsgevoelige gegevens in de zin van de Wet Bescherming Persoonsgegevens?

De leden van de PvdA-fractie vroegen zich vervolgens waarom bij artikel 3.2.32 wordt vooruitgelopen op het aannemen van de Wet toelating zorginstellingen. Wat zouden de consequenties voor het voorliggende wetsvoorstel zijn van een situatie waarin de wet niet wordt aangenomen?

Deze leden waren benieuwd hoe het staat met de onderzoeken naar het IZA-systeem en het omzetten van de no-claim in een verplicht eigen risico, zoals toegezegd tijdens de plenaire behandeling van de Zorgverzekeringswet.

Waarom vervalt onder 2.4.2. GB artikel 14a betreffende het persoonsgebonden budget per 1 januari 2010? Hoe zal na 2010 het persoonsgebonden budget worden georganiseerd? De leden van de PvdA-fractie vroegen nogmaals hoe voorkomen zal worden dat kinderen onverzekerd

zijn onder het nieuwe stelsel. Een zorgverzekeraar bepaalt, krachtens artikel 2.4.2 GB artikel 14a, in de modelovereenkomst op welke wijze een verzekerde die een persoonsgebonden budget ontvangt aannemelijk moet maken dat hij behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of dienst. Op welke wijze kan een verzekerde die een persoonsgebonden budget ontvangt aannemelijk maken dat hij behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of dienst? Waarom is er niet voor gekozen nadere eisen te stellen de bepalingen die een zorgverzekeraar hierover in de modelovereenkomst opneemt?

Kan de noodzaak van het opnemen van artikel 3.2.12 AB artikel 6b betreffende de gronden waarop het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) kan beslissen een prestatiebeschrijving niet goed te keuren, nader worden toegelicht?

Verzekerden kunnen hun oude aanvullende verzekering behouden bij het, voor de basisverzekering, wisselen van verzekeraar. Hoe wordt voorkomen dat de verzekeraar het deze verzekerde door bijvoorbeeld prijsstelling of indirecte risicoselectie onaantrekkelijk maakt deze aanvullende verzekering voort te zetten?

Tot besluit vroegen de leden van de PvdA-fractie of het in het kader van deze wet nog mogelijk is om ambtenaren door een publiekrechtelijke regeling te binden aan een zorgverzekeraar.

4. VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hadden met belangstelling kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel, maar hadden nog een aantal vragen.

Zorgverzekeraars

Voor ziekenfondsen geldt dat zij, teneinde een vergunning als zorgverzekeraar van DNB (De Nederlandsche Bank) in het kader van de nieuwe wet te krijgen, onder meer moeten voldoen aan een solvabiliteitsvereiste van 8% van de totale schade. Bij de start van de nieuwe zorgverzekering op 1 januari 2006 krijgen alle ziekenfondsen automatisch een vergunning. De minister deelt in de memorie van toelichting mee dat nog niet alle ziekenfondsen aan het solvabiliteitsvereiste voldoen. Zal dit ultimo 2005 wel het geval zijn? Hoe is de situatie per ultimo 2006? Indien er dan zorgverzekeraars zijn die nog niet voldoen aan dit vereiste, wat is dan de termijn waarbinnen DNB de vergunning intrekt?

Onverzekerden

Heeft de Minister al besprekingen gevoerd met de VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten) teneinde het aantal moeilijk bereikbare mensen c.q. onverzekerden in kaart te brengen en wordt er al aan een aantal oplossingen gedacht? Wat is de reactie van de minister op de zorgen van Divosa, dat bijstandsgerechtigden de zorgtoeslag die zij ontvangen zullen aanwenden voor andere uitgaven. Immers een tiental jaren geleden toen voor de medisch specialisten een tijdlang het restitutie-systeem gold, bleek dat deze groepering het geld dat zij ontving van het ziekenfonds aanwendde voor andere uitgaven in plaats van het betalen van de specialistenrekening. Ware het niet beter om te regelen dat de sociale diensten de zorgtoeslag kunnen inhouden om daarmee de nominale premie te kunnen voldoen namens de verzekerde?

Premie

Kan de minister meedelen welke instanties (uitvoeringsorganen, pensioenfondsen etc) naast de werkgever inhoudingsplichtig zullen zijn waar het betreft de inkomensafhankelijke werkgeversdeel van de premie? De kleine ondernemers en ZZp-ers (zelfstandigen zonder personeel) moeten nu zelf het «werkgeversdeel» gaan betalen, ofwel 6,25% over de eerste € 30 798 inkomen. Tezamen met de nominale premie betekent dit dat zij per persoon ruim meer dan € 3 000 per jaar gaan betalen, ofwel het dubbele van de particuliere (kostendekkende) premie die zij tot nu toe betalen. Achten de minister deze kostenstijging voor deze ondernemers wel verantwoord? Temeer omdat de compensatie voor de werkgevers voor hun werknemers deels gelegen is in het feit dat zij een verlaging van de WAO-premie krijgen, die voor deze groepering echter niet geldt omdat zij immers niet onder de WAO wetgeving vallen.

Ook jongeren tussen 18 en 23 jaar moeten de volledige nominale premie betalen en krijgen een zorgtoeslag gebaseerd op het minimumloon terwijl hun loon aanzienlijk onder het minimumloon ligt. Dit betekent dat de nominale premie bij deze jongeren niet ongeveer 5% maar 10% van hun inkomen beslaat. Ook de AOW-ers met een aanvullend pensioen gaan er fors op achteruit omdat zij de 6,25% zelf moeten betalen. Inmiddels is bekend geworden dat deze «werkgeversbijdrage» voor zelfstandigen en AOW-ers verlaagd wordt naar 4,4%. Dit betekent echter nog steeds een forse verhoging van de premie vergeleken met hetgeen nu verschuldigd is.

De minister-president heeft meegedeeld dat komend jaar in beginsel er niemand erop achteruit zal gaan. Voor degenen die (net) niet (meer) in aanmerking komen voor de zorgtoeslag betekent een «werkgeversbijdrage» van 4,4% dat deze groepering er procenten van hun inkomen op achteruit gaan. Hoe verhoudt zich dit met de uitspraken van de Minister-President?

Wat is de situatie met betrekking tot de salderingsregeling voor de werkgever na de overgangperiode? Hoe hoog zijn de beheerskosten van ziekenfondsen en van particuliere ziekenkostenverzekeraars als percentage van de (nominale) premie?

Belastingdienst

In toenemende mate verschijnen er mededelingen in de media dat de Belastingdienst onvoldoende in staat is voor 1 januari gereed te zijn de zorgtoeslag op correcte wijze uit te voeren, mede gelet op de aanpassingen die bij de Belastingdienst lopen in het kader van de «walvisoperatie» en de mogelijke invoering van de WIA. Kan de minister meer duidelijkheid geven?

5. GroenLinks-fractie

1. Inkomens- en koopkrachtgevolgen

De leden van de fractie van **GroenLinks** maakten zich ernstige zorgen over de inkomens- en koopkrachtgevolgen van de Zorgverzekeringswet. Het definitieve oordeel daarover is moeilijk te vellen, omdat veel gegevens ontbreken. Houdt de regering haar toezegging staande dat de invoering van de Zorgverzekeringswet geen nadelige gevolgen zal hebben voor de koopkrachtontwikkeling? Kan de regering preciseren bij welke inkomensgrens welke zorgtoeslag hoort?

2. Collectieve contracten

De Zorgverzekeringswet biedt de mogelijkheid voor het afsluiten van collectieve contracten. Zijn daar beperkende voorwaarden voor? Kan een

dorpsvereniging bij wijze van spreken voor de dorpsbewoners een collectief contract afsluiten, of zijn deze mogelijkheden beperkt tot werkgevers (voor hun werknemers) en uitkeringsorganisaties?

3. *Onverzekerden*

De leden van de GroenLinks-fractie wilden graag nader geïnformeerd worden over wat er gebeurt als mensen een betalingsachterstand oplopen bij het betalen van de nominale premie. Wanneer is een zorgverzekeraar gemachtigd de verzekerde uit de verzekering te verwijderen?

De leden van de fractie van GroenLinks wilden graag de volgende casuïstiek voorleggen. Stel dat iemand kiest voor een polis met een hoog eigen risico en onverwacht voor hoge uitgaven komt te zitten, die hij/zij niet kan betalen. Hij/zij besluit bij de gemeente een beroep te doen op de bijzondere bijstand. Is de gemeente dan gemachtigd deze aanvraag te weigeren met als argument dat er een voorliggende voorziening is? Een zelfde vraag kan gesteld worden als iemand niet kiest voor een aanvullende verzekering en door omstandigheden extreem hoge uitgaven heeft voor tandheelkundige hulp. Kan een beroep op bijzondere bijstand dan door een gemeente geweigerd worden met een beroep op het argument dat er sprake is van een zogenaamde voorliggende voorziening?

6. **Fractie Socialistische Partij**

Met de aanneming van de Invoerings- en Aanpassingswet wordt definitief bepaald dat op 1 januari 2006 de nieuwe Zorgverzekeringswet en de wet op de Zorgtoeslag in werking treden. Tijdens de discussie in de Eerste Kamer in juni hebben de leden van deze fractie een- en ander maal hun bezorgdheid geuit over de haalbaarheid van deze datum en over de mogelijkheid dat er chaos en onzekerheid zal ontstaan. De berichten die bijna dagelijks in de media staan over de stand van zaken ten aanzien van de implementatie van de Zorgverzekeringswet en de wet op de Zorgtoeslag stellen de leden van deze fractie niet erg gerust: het lijkt erop dat alle sombere voorspellingen gaan uitkomen. Juist de Senaat is bij uitstek het gremium dat een correcte implementatie van aangenomen wetten moet beoordelen en moet voorzien van kritische vragen. De leden van de SP-fractie namen daarom de vrijheid om met name met het oog op de uitvoering en uitvoerbaarheid nog een aantal kritische vragen te stellen, omdat – (om directeur Sporre van Achmea te citeren – in de NRC van 3 september j.l.) kamervragen achteraf niet helpen.

1. De minister heeft de afgelopen tijd een groot aantal overleggen gehad, wat dat betreft is er van vakantie niet veel terecht gekomen naar de inschatting van de SP-fractie, graag zouden deze leden geïnformeerd willen worden over de uitkomsten van het overleg met VNG en Divosa. Er waren zorgen over aantallen onverzekerden, over toename van beroep op de bijzondere bijstand doordat mensen een te hoog eigen risico zullen nemen om zo de premie van de polis te drukken etcetera. Deze leden wilden graag antwoord op de volgende vragen:
 - Op welke manier is het mogelijk om de nu al onverzekerden, genoemd wordt een aantal van 225.000 Nederlanders te bereiken voor het integrale non selectieve aanbod en de zorgtoeslag?
 - Op welke manier gaat de minister erop toezien dat de naar schatting 10% van de doelgroep die niet automatisch een aanvraagformulier huur en/of zorgtoeslag ontvangen, hiervan kennisnemen? Acht de minister een massamediacampagne van de Belastingdienst hiervoor voldoende en om wat voor soort groepen gaat het eigenlijk precies?
 - Is bekend dat B & F die eerder voor circa 125 gemeenten aanvullende collectieve verzekeringen afsloot, nu ook onderhandelt over

- collectieve basisverzekeringen voor uitkeringsgerechtigden en andere groepen in of rond het minimum (tot 120%)? Kan de minister inzicht geven in hoeveel gemeenten thans van plan zijn een collectieve basisverzekering af te sluiten en zijn dit arrangementen inclusief een aanvullende verzekering?
- Is het nu wel of niet mogelijk voor gemeenten/sociale diensten om de zorgpremie in te houden op de uitkering, dan wel te verrekenen met de zorgtoeslag? Hiervoor een wettelijke basis scheppen is een brug te ver heeft de minister aangegeven, maar hoe wil hij anders voorkomen dat bij een grote groep mensen mogelijk de Zorgtoeslag al geconsumeerd is voordat de eerste maal de nominale premie gestort moet worden?
 - Klopt het dat de minister tijdens de behandeling van de Zorgverzekeringswet in de Tweede Kamer heeft opgemerkt dat in geval van schulden in verband met verzekering, onverzekertheid, premieschuld, boetes, daar voor minima de Bijzondere Bijstand is? Verwacht de minister dus ook, net zoals de VNG een groter beroep op deze Bijstand en gaat hij gemeenten (in overleg met zijn collega van SoZaWe) compenseren voor dit grotere beroep? Is dit laatste ook niet verplicht volgens de financiële verhoudingenwet?
 - Kunnen gemeenten mensen willens en wetens onverzekerd rond laten lopen? Wie kan er uiteindelijk op aan gesproken worden, als mensen zelf niet in staat zijn hun leven op orde te houden? Is dat niet de regering gezien het grondwettelijk recht op zorg?
 - Op welke manier moet het probleem getackeld worden dat mensen met een laag inkomen kiezen voor een hoog eigen risico en vervolgens financieel in de problemen komen omdat ze de zorg tot de hoogte van het eigen risico niet zelf kunnen betalen? Is ook hier inzet van de Bijzondere Bijstand geboden?
 - In de Tweede Kamer heeft onder andere collega Omtzigt zich sterk gemaakt voor het adequaat in kaart brengen van de aantallen onverzekerden. Hij deed hiervoor ook een aantal suggesties, die blijkens antwoord van de minister niet alle haalbaar waren [de minister had het zelfs over het overspannen ambtenarenapparaat van zijn ministerie (hopelijk heeft de vakantie deze overspanning weer tot aanvaardbare proporties teruggebracht)]. Wat is de beste manier om, met in acht neming van de regels van het CBP, toch zo zorgvuldig mogelijk in kaart te brengen wie onverzekerd is?
 - Als er over deze materie wordt nagedacht ontstaat er altijd het spanningsveld tussen eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid, die bij bepaalde groepen in de samenleving nu eenmaal niet groot is. Zo heeft Divosa al aangegeven dat nu al van de 340 000 mensen in de bijstand er 10–15% premieschulden heeft. Gemiddeld bestaat er 500 euro betalingsachterstand. Is dit een probleem dat gemeenten zelf maar moeten oplossen, of heeft het rijk hierin ook een functie? Acht de minister het redelijk te veronderstellen dat een ruim drie maal zo hoge premie ertoe zal leiden dat het genoemde percentage navenant zal stijgen?
2. Een ander overleg betrof het punt van de privacy. De minister heeft de Eerste Kamer toegezegd overleg te hebben met het CBP en de KNMG over de invulling van een ministeriële regeling, die de privacy van verzekerden moet waarborgen. Met de KNMG, die hierover op 31 augustus een brief stuurde (met kenmerk EvW/05-10469) zijn de leden van de fractie van de SP van mening dat klip en klaar moet zijn voor artsen en andere zorgaanbieders welke gegevens in welke gevallen aan zorgverzekeraars verstrekt moeten worden in het kader van het declaratieverkeer. Op zo kort mogelijke termijn dient inhoud van de toegezegde ministeriële regeling bekend te zijn, zodat hij kan worden meegenomen bij de discussie in deze kamer. Een ander punt ,

hier wel mee samenhangend, betreft de gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland, waarin zal worden beschreven onder welke omstandigheden en op welke manier, welke gegevens verstrekt kunnen worden in het kader van materiële controle, fraudebestrijding of doelmatigheidsonderzoek. Als artsen en andere zorgaanbieders niet weten wat er met de gegevens van patiënten gebeurt, dan zal dat volgens de KNMG tot uitvoeringsproblemen van deze wet leiden. Wanneer en op welke manier zal het noodzakelijksheidsvereiste in deze geconcretiseerd worden? Gebeurt dat nog voor 1 januari 2006 met instemming van alle veldpartijen?

3. Op welke manier en waar is de Chinese muur geformuleerd die het onmogelijk moet maken dat verzekeraars persoonsgegevens die zij voor de ene verzekering hebben verzameld, gebruiken om deze persoon voor een andere verzekering te weren of tegen een hogere premie te accepteren? De leden van de SP-fractie meenden dat het toch een reëel probleem zal zijn als de nu particulier verzekerden, integraal verzekerd ook voor kosten die straks in de aanvullende verzekering worden ondergebracht, zich per 1 januari aanvullend willen verzekeren. De eigen zorgverzekeraar die dan zijn non select integraal aanbod moet doen, heeft in feite alle gegevens al in huis om te kunnen selecteren op het aanvullende aanbod. Wat heeft het College van Toezicht Zorgverzekeringen te melden over deze kwestie, die ook tijdens de discussie in de Tweede Kamer speelde? Is het college in staat en bereid toch in de overgangssituatie toe te zien op eventuele risicoselectie bij de aanvullende verzekeringen?
4. De laatste maand is veel onrust ontstaan over een aantal fiscale aspecten rond de inkomensafhankelijke bijdrage en de werkgeversbijdrage. Het is de minister niet ontgaan en er schijnen ook compensatiemaatregelen bekend gemaakt te worden op Prinsjesdag. Voor de beoordeling hiervan is het absoluut nodig dat de Eerste Kamerleden zo spoedig mogelijk op de hoogte worden gesteld van de aard en uitwerking van de maatregelen. In feite maakt de hele gang van zaken het steeds moeilijker om een serieuze beoordeling te geven. Zo zijn in de loop van het jaar de percentages die betrekking hebben op de zorgtoeslag, die met betrekking op de inkomensafhankelijke premie betaald door de werkgevers (van 5.96% naar 6.25% naar op dit moment 6.5%) en die betaald door zelfstandigen (op dit moment 4.4%) steeds veranderd. Nog steeds is de hoogte van de nominale premie niet bekend. Het lijkt wel een aandelenmarkt, per dag is de koers niet zeker!
 - Welke garantie hebben werkgevers dat de premie op 6.5% blijft staan? Hoe worden ze gecompenseerd?
 - Klopt het dat deze inkomensafhankelijke premie wordt ingehouden op het nettoloon? Zo ja, betekent dat dan dat de werknemer via de loonbelasting nog eens een extra bedrag kwijt is en dat het misleidend is te stellen dat de werkgever voor de volledige vergoeding zorgdraagt?
 - De zelfstandige (welke groepen vallen hier nu onder, iedereen die niet zelf een werkgever heeft die een inkomensafhankelijke premie inhoudt?) moet 4.4% betalen, geldt hier nog steeds het eerder genoemde maximum van inkomen voor dat belast wordt (30 000 euro) of ligt de maximering in de te betalen premie (1875 euro)?
 - Welke ziektekosten zijn wel aftrekbaar als bijzondere ziektekosten, de inkomensafhankelijke premie voor zelfstandigen en de premie voor de aanvullende verzekering?
 - In art 3.6.1 onderdeel H, vierde lid wordt een wijziging aan gebracht in art 6.24, tweede lid van de wet inkomstenbelasting 2001, die ertoe strekt de drempel voor aftrek voor buitengewone uitgaven

wegens ziekte te verlagen. Volgens de huidige tekst zou de bestaande aftrekdrempel worden: Verminderd met de standaardpremie, bedoeld in art 4 van de wet op de zorgtoeslag en vermeerderd met de zorgtoeslag, bedoeld in art 2 van dezelfde wet. Het gaat hier over de standaardpremie per verzekerde, terwijl de zorgtoeslag per huishouden wordt uitgekeerd. Waarom zijn hierbij de standaardpremies van de fiscale partners ook niet samengevoegd? De systematiek lijkt hierbij niet te kloppen. Graag kregen deze leden een toelichting.

- In de invoeringswet is de zogenaamde salderingsregeling opgenomen. Wat houdt dat nu precies in? De regeling geldt alleen voor de overgangperiode, wat gebeurt er daarna? Hebben de nu nog particulierverzekerden en de nu nog ziekenfondsverzekerden hierin een gelijkwaardige positie?
 - De grote groep mensen die nu een standaardpakketpolis heeft, gaat straks minder nominale premie betalen maar moet daarnaast wel de inkomensafhankelijke premie betalen die er toe zal leiden dat veel van deze mensen erop achteruit gaan. Acht de minister de verlaging van deze premie van 6.25 naar 4.4% en andere maatregelen voldoende om de negatieve inkomenseffecten te compenseren of verwacht hij dat veel van deze mensen er in koopkracht op achteruit gaan?
 - Het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties maakt zich ook grote zorgen. Ook de leden van SP-fractie zagen graag de vragen gesteld in de brief van 1 september 2005 (met kenmerk B 4879 Z&W/AB/HS) beantwoord.
 - Wanneer is het rapport van CPB (Centraal Planbureau) en Nivel beschikbaar over de inkomensontwikkeling van chronisch zieken en gehandicapten, inclusief wajongers over de afgelopen jaren?
 - Hoever is de minister met een ministeriële regeling die de aanvulling regelt op het inkomen van Wajongers van 18–21 jaar? Hoe structureel en duurzaam is deze regeling?
 - De Zorgtoeslag wordt berekend aan de hand van het wettelijk minimumloon. Wat gaat de minister doen ter compensatie voor die jongeren waarbij de zorgtoeslag per definitie tekort zal schieten?
 - Hoe wordt de financiële situatie van studenten van 18 jaar en ouder, met en zonder aanvullende beurs en met en zonder baantje en wel of niet thuiswonend bij het in werking treden van de Zorgverzekeringswet. Van welke tegemoetkomingsregelingen kunnen zij gebruik maken? Is hierover overleg gaande met de minister van OCW en kan de minister berekeningen laten zien van hoe dit voor de verschillende groepen uitpakt?
 - Is er al iets te zeggen over de achteruitgang in koopkracht van mensen die nu gebruik maken van gunstige sectorale regelingen, zoals de ZKOO (ziektekosten in inkomenstoeslag onderwijs- en onderzoekspersoneel)- en ZVOO (ziektekostenvoorziening voor onderwijs en onderzoekspersoneel)-regelingen?
5. Wat is de actuele stand van zaken ten aanzien van het risico-vereveningssysteem? De minister heeft hierover duidelijke dingen gezegd in de brief van 22 juli j.l, waarvoor dank. Is het CVZ in staat om uiterlijk 15 september de zorgverzekeraars te berichten over hoogte en wijze van uitkeren?
6. Zijn zorgverzekeraars nu wel of niet verplicht om in alle gevallen tegelijk met het non selecte integrale aanbod voor de basisverzekering ook een non select integraal aanbod te doen voor de aanvullende verzekering? Kunt de minister garanderen en zo ja hoe, dat het ook gebeurt?

7. Hoe zijn de ontwikkelingen op de collectiviteitsmarkt? Wat is nu eigenlijk de definitie van een collectief? Moet een collectief altijd geaccepteerd worden door een zorgverzekeraar? Hoe lang mag de looptijd van een collectief contract zijn? Indien er veel collectieve contracten worden afgesloten (met kortingen op de premie), betekent dit dat de algemene premie omhoog zal gaan? Dit zal ten koste gaan van de solidariteit met de overige verzekerden. Vindt de minister dit met de leden van de SP-fractie een ongewenst effect en zo ja hoe gaat hij dit voorkomen?
8. In hoeverre zijn de ontwikkelingen rond het DBC systeem, ontwikkelingen die de SP fractie als zeer zorgelijk duidt, van invloed op de implementatie van de Zorgverzekeringswet? In ieder geval kunnen financiële tegenvallers in dit dossier toch van invloed zijn op de uiteindelijke hoogte van de nominale premie, zo meenden deze leden. Risicodragende zorgverzekeraars zullen dit risico niet willen riskeren.
9. Is de minister er al uit hoe hij de financiële middelen (5 miljoen euro?) gaat inzetten ter versterking van de patiëntenverenigingen?
10. Van wie is het geld, dat in het buitenland wonende mensen vrijwillig als premie betaalden om voor AWBZ zorg in aanmerking te komen en die ze per 1 januari niet meer kunnen verzilveren? Deze mensen zijn in het verleden ertoe overgehaald de premie te betalen met achteraf valse beloften. Kunnen deze mensen de premie terugkrijgen?
11. De motie Swenker/van Leeuwen (Kamerstuk 29 763, letter E) in de Eerste Kamer aangenomen op 14 juni beoogde vrije artskeuze te bewerkstelligen zonder extra premiebetaling. Ook naar het inzicht van de SP-fractie zou dan de gemiddelde premiehoogte voor de restitutiepolissen leidend moeten zijn voor de berekening van de zorgtoeslag. Wil de minister nog eens zijn eigen exegeese geven van deze motie?
12. Er zijn tekenen dat toch restitutie polissen de norm worden. Denkt de minister er nog steeds anders over?
13. Hoeveel en welke ministeriële regelingen staan er nog op de rol? Zijn die allemaal klaar voor 1 januari 2006?
14. De minister heeft toegezegd met de NMa in overleg te treden over het feit dat huisartsen met veel verschillende zorgverzekeraars moeten overleggen/onderhandelen over contracten. Dit veroorzaakt veel administratieve overlast. Het voorstel is het aantal zorgverzekeraars waarmee onderhandeld moet worden, op maximaal drie te stellen. Wat is de mening van de NMa over dit plan en staat dat al ergens zwart op wit?
15. Overigens zien huisartsen de vermeerdering van de administratieve lasten die de Zorgverzekeringswet met zich mee zal brengen nog steeds met zorg tegemoet. Reden waarom de leden van de SP-fractie tijdens de discussie in juni ook de volgende (nog niet beantwoorde) vraag stelden: Klopt het dat met ingang van 1 januari alle verzekerden, dus ook degenen die nu nog particulier verzekerd zijn, bij een huisarts (praktijk) worden ingeschreven en dat huisartsen daarvoor een inschrijftarief in plaats van het oude inschrijftarief ontvangen? Hoe wordt dit geregeld, gaan zorgverzekeraars hun cliënten hiertoe actief benaderen, of wordt van huisartsen verwacht dat zij dit zelf gaan doen? Welke garantie hebben ze dat ze vanaf het begin van het jaar, dus ook als velen nog geen verzekeraar hebben gekozen, toch de

vergoeding krijgen voor het ingeschreven staan en het bewaren van het medisch dossier van hun patiënten?

Is de minister bereid er bij de zorgverzekeraars opaan te dringen de verzekerde direct bij het afsluiten van de polis te vragen wie zijn of haar huisarts is?

16. De minister is voortvarend van start gegaan met de voorlichtingscampagnes, waarbij het er overigens tot nu toe op lijkt dat deze meer vragen oproept dan beantwoordt. Wordt hierbij naast de algemene voorlichting ook rekening gehouden met voorlichting aan specifieke groepen, zoals allochtonen en ouderen?
17. Volgens tot slot nogmaals directeur Sporre van Achmea is de gelijktijdige invoering van twee soorten eigen bijdragen- de no-claim en het vrijwillig eigen risico-niet aan verzekerden uit te leggen. Hij noemt het een bestuurlijk gedrocht. Kan de minister het wel uitleggen? Overigens zagen ook de leden van de SP-fractie met de rest van de commissie VWS uit naar het rapport over het toegezegde onderzoek naar samenvallen van no-claim en eigen risico en naar de alternatieven hiervoor. Volgens Sporre is het tijd om pas op de plaats te maken om na te gaan waar bepaalde maatregelen ook al weer voor waren bedoeld en te bezien of die nog zinnig zijn en of sommige zaken in het zorgstelsel niet eenvoudiger geregeld kunnen worden. Hij noemt dat een soberheidstoets. Graag vernamen deze leden het commentaar van de minister op de uitspraken van de heer Sporre.

7. Fractie D66

Verzekeraars hebben aangegeven dat de premies een stuk hoger zullen uitvallen dan de geraamde 1 100 euro, zo merkten de leden van de fractie van **D66** op. Houdt de minister vast aan een gemiddelde vaste premie van 1 100 euro? Wat is de bandbreedte? Wat is voor de minister nog een acceptabel maximum?

Als de zorgverzekeraars gelijk krijgen met de premiestijging, en zij stellen tenslotte de premies vast, niet het kabinet, dan zou dat zou ook betekenen dat er meer mensen in aanmerking komen voor de zorgtoeslag. Hierdoor kunnen de kosten flink oplopen. Hoe denkt de minister dit te onder-
vangen? Met welke scenario's houdt hij rekening?

Recent is gebleken dat de nieuwe Zorgverzekeringswet grote inkomens-
gevolgen gaat hebben voor bepaalde groepen mensen. De minister heeft al laten weten bepaalde groepen te willen compenseren voor deze gevolgen. Kan de minister nog eens precies aangeven om welke groepen dit gaat en wat voor compensatie er zal komen?

Vooraf ouderen met een aanvullend pensioen maken kans op een premiestijging van tientallen procenten. De leden van de D66-fractie hadden begrepen dat de minister van plan is om de ouderen met een aanvullend pensioen tegemoet te komen door hen 6,5 procent inkomens-
afhankelijke premie te laten betalen over het basispensioen en 4,4 procent inkomensafhankelijke premie over het aanvullende pensioen. Kan de minister precies meedelen wat hij wil?

Freelancers en zelfstandigen zonder personeel gaan ook een forse premiestijging tegemoet zien. De fractie van D66 heeft vernomen dat de minister deze groepen wil compenseren door de inkomensafhankelijke premie voor mensen zonder werkgever te verlagen van 6,25 procent naar 4,4 procent. Deze leden waren benieuwd voor welke mensen dit nu geldt.

Voor alle werkgevers, voor freelancers of/ en voor mensen met een eenmanszaak?

Mensen die minder verdienen als het minimumloon gaan er met de nieuwe regeling erg op achteruit. Deze leden waren er bezorgd over of de mensen met een minimumjeugdloon wel genoeg gecompenseerd gaan worden. Kan de minister hen hierover geruststellen?

De leden van de fractie van D66 maakten zich zorgen over de capabiliteit van de Belastingdienst om de zorgtoeslag op tijd uit te kunnen betalen. Het NRC Handelsblad berichtte op 17 juli dat de computersystemen die nodig zijn voor het uitkeren van de zorgtoeslag niet op tijd klaar zijn. De minister zei na de publicatie het daar niet mee eens te zijn. Voor de zekerheid wilden de leden van deze fractie nog eens geschetst zien hoe het gaat met de vorderingen rond het uitbetalen van de zorgtoeslag bij de Belastingdienst.

Hoe kijkt de minister aan tegen de informatiecampagne en de kritiek hierop?

De leden van de D66-fractie maakten zich grote zorgen over de uitwerking van artikel 18 van de Zorgverzekeringswet. Er ontstaat inmiddels een wildgroei aan collectieve contracten. Door kortingen voor veel groepen komt de premie van de individuele verzekerden onder druk te staan. Mogelijk ontstaan kruissubsidies van individueel naar collectief contract. Hierdoor vermindert de risicosolidariteit. Bovendien ontstaat door een opwaartse premiedruk voor individueel verzekerden en collectieven mogelijk een budgettair probleem bij de zorgtoeslag? Deelt de minister hun zorg en wat gaat hij hieraan doen? Is het niet verstandig om het begrip «collectiviteit» nader in te perken?

Tijdens de behandeling van de Zorgverzekeringswet heeft de minister gezegd serieus bezig te zijn met het waarborgen van de invloed van verzekerden op de zorginkoop en het contracteerbeleid van de verzekeraars. De minister deelde mee in overleg te zijn met Zorgverzekeraars Nederland over de concrete invulling van de invloed van verzekerden. Ook de fractie van D66 was benieuwd naar de voortgang van deze gesprekken en vooral naar de resultaten van dit overleg.

8. Fractie SGP, mede namens de ChristenUnie

1. Premies

Met zorg hebben de leden van de fracties van **SGP** en **ChristenUnie** kennisgenomen van veel artikelen waaruit zou blijken dat bepaalde groepen burgers te maken zullen krijgen met een forse stijging van hun ziektekostenpremies. Zo blijkt uit de pers dat zij die meer verdienen dan 25 000 euro per jaar – en geen recht hebben op een zorgtoeslag, in de problemen komen. Als dit juist is, zo vroegen deze leden de minister, staat deze lastenverzwaring dan niet haaks op de beloofde lastenverlichting voor 2006.

2. Problematiek bij ouderen en zelfstandigen.

Het is ongewenst, zo meenden deze leden, als zij opeens als groep veel meer premie moeten gaan betalen. Voorstellen zijn «uitgelekt» over verlaging van de premie naar 4,4%, maar ook dan blijft de premie naar verwachting nog stevig hoger dan bij werknemers. Is de toegezegde aanpassing voldoende?

3. Problematiek van de koppeling tussen ZVW en AWBZ voor gemoedsbezwaarden.

Tot op heden is het wettelijk volledig mogelijk om geen gemoedsbezwaarden te hebben ten opzichte van de AWBZ, maar wel ten opzichte van nu nog de Zfw. Voor de algemene voorzieningen zoals de AOW, de AWBZ en de Kinderbijslagwet kan iedereen zelf aangeven of hij of zij de desbetreffende wet als verzekering aanmerkt. Door de automatische koppeling tussen de vrijstelling voor de ZVW aan de vrijstelling voor de AWBZ, komen mensen in problemen. Bijvoorbeeld: men gebruikt thuiszorg en heeft het hele leven premie betaald voor de AWBZ. Dat betekent dat men zich nu verplicht moet verzekeren. Deze leden vroegen aandacht voor genoemde problematiek.

Een ander punt is dat over de premieervangende belasting in de Ziekenfondswet geen inkomstenbelasting betaald hoeft te worden. Dit is ook volstrekt logisch: over belasting vraag je niet nog eens opnieuw een belasting. In de Zorgverzekeringswet komt deze verplichting om belasting te betalen opeens wel naar voren. Dit is een stevig financieel verschil. Alle gemoedsbezwaarden moeten dus ineens 40% tot de helft van de 6,25% extra gaan betalen. Deze groep heeft dus een koopkrachtverslechtering van ongeveer 3%. Op welke manier vindt hier compensatie plaats? Ook tarief van 4,4% hanteren?

Meer in het algemeen geldt dat iedere Nederlander erg veel problemen ondervindt om aan de juiste informatie over de nieuwe situatie te komen. Hier moet een stevige verbetering plaatsvinden. Deze onduidelijkheid geldt des te meer voor gemoedsbezwaarden. Hoe komen zij aan hun informatie? Wordt er door het ministerie van VWS of CVZ een aparte folder uitgegeven waarin wordt uitgelegd wat er verandert?

4. Koopkracht

In de voorlichting lijkt het alsof burgers alleen te maken hebben met de 1100 euro. Ook in de koopkrachtplaatjes in de stukken wordt hier vanuit gegaan. Onterecht wordt de suggestie gewekt dat de inkomensafhankelijke bijdrage volledig wordt vergoed. Langzamerhand vroegen deze leden zich af of er nog wel iemand is die er financieel werkelijk op vooruit gaat bij de Zorgverzekeringswet – uiteraard afgezien van werkenden met kinderen. Graag vernamen zij de visie van de minister.

5. Problemen DBC's

De problemen met de DBC's worden zichtbaar. Vooral voor mensen die de kosten zelf moeten betalen levert dit systeem veel onrust op. Logisch natuurlijk, zo meenden deze leden. Het is vreemd als je voor een dagje ziekenhuis opeens een DBC-rekening van bijvoorbeeld 2000 euro krijgt. Hoe gaat de minister hierin veranderingen aanbrengen?

6. Collectiviteitskortingen.

Veel grote bedrijven gaan tenderen, maar ook veel particulieren verenigen zich in organisaties die korting gaan vragen. De verwachting is dat hierdoor meer dan 50% van de markt collectiviseert. De 10% korting die hier geboden wordt, zal opgebracht moeten worden door de individueel verzekerden. Dit betekent, uitgaande van een BV premie van € 1 100 per jaar dat deze verhoogd dient te worden naar € 1 160 alleen al om de collectieve kortingen te financieren. Is dit probleem onderkend? Is dit een gewenste ontwikkeling?

7. Diversen

Graag ontvangen deze leden een overzicht van de huidige ontwikkelingen rond concentratie van verzekeraars en het toezicht van de NMa daarop.

Vervolgens wezen deze leden op de problematiek van alleenstaande jongeren die rond het minimumloon zitten en toch 1100 euro moeten betalen. Weliswaar ontvangen zij zorgtoeslag, maar ze hebben hierdoor nog erg hoge kosten.

Bij artikel 2.1.1 staat eenvoudig vermeld dat bij DBC's de rekeningen betaald moeten worden door de verzekeraar waarbij iemand hoort op het moment van opening van de DBC. Hoe is dat wettelijk precies vormgegeven? Nu is het gewoon een losse opmerking. Bovendien spelen natuurlijk dezelfde problemen in latere jaren. Hoe wordt er dan omgegaan met reeds geopende, maar nog niet afgeronde DBC's?

Naar aanleiding van 3.6.1, onderdeel E wilden de leden van de fracties van SGP en ChristenUnie graag een precieze vergelijking van de inkomensbegrippen voor zowel de berekening van de zorgtoeslag, als de Wet IB als de premiebetaling voor de inkomensafhankelijke bijdrage. Kan in een overzicht duidelijk gemaakt worden welke aftrekposten en heffingskortingen nu wel en welke niet meetellen bij de berekening van de hoogte van het inkomen. Zijn de begrippen precies hetzelfde? Zo niet, wat zijn daarvan de consequenties, zo vroegen deze leden tot besluit.

De voorzitter van de commissie,
Van Leeuwen

De griffier van de commissie,
Janssen