

Vergaderjaar 2004–2005

**30 124**

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

**C**

### **MEMORIE VAN ANTWOORD<sup>1</sup>**

Ontvangen 16 september 2005

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het voorlopig verslag op het voorstel van wet tot Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet). Bij de beantwoording van de vragen heb ik de volgorde en de indeling van het voorlopig verslag aangehouden.

#### **1. Algemeen**

De leden van de commissie herinnerden de minister van VWS eraan dat hij in het debat over de Zorgverzekeringswet (Zvw) 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 Zvw 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. De leden van de PvdA-fractie geven verder aan benieuwd te zijn hoe het staat met de onderzoeken naar het IZA-systeem.

Tijdens de behandeling van de Zvw en Wzt (Handelingen I 2004/05, nr. 27, pag. 1183–1263) heb ik de Eerste Kamer toegezegd de haalbaarheid van de omzetting van de no-claimteruggaveregelings in een verplicht eigen risico in de nieuwe Zvw en de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem van eigen betalingen te onderzoeken. Daarbij heb ik toegezegd te komen met een standpunt over een mogelijke andere vormgeving van de eigen betalingen in de Zvw in de toekomst.

Een brief over dit onderwerp zend ik heden naar beide Kamers zodat deze brief ruim voor de behandeling van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-wet Zvw) beschikbaar is voor de leden van de Eerste Kamer. Deze brief zal mijn standpunt over een mogelijke andere vormgeving van eigen betalingen in de Zvw in de toekomst bevatten.

<sup>1</sup> Het overzicht toezeggingen wetsvoorstel ZVW en het rapport Monitoring invoering van de Zorgverzekeringswet liggen ter inzage op het CIP onder griffienr. 133438.30.

## 2. CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen om 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.

Allereerst wil ik graag opmerken dat ik zowel een zorgvuldige parlementaire behandeling van de wetgeving in het kader van het nieuwe verzekeringsstelsel de Zvw, de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) en het voorstel voor de I&A-wet Zvw als een zorgvuldige implementatie van deze wetgeving van zeer groot belang acht. Daarom bericht ik beide Kamers ook zeer regelmatig over de voortgang. In aansluiting op mijn brief «Voortgang Zorgverzekeringswet» van 22 juli jl. (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 9) zult u binnenkort weer een voortgangsrapportage inzake de invoering van de Zvw ontvangen. In deze voortgangsrapportage ga ik onder andere nader in op een groot aantal toezeggingen die ik tijdens de plenaire behandeling van het voorstel voor de Zvw en de Wzt op 7 juni jl. in de Eerste Kamer heb gedaan. Volledigheidshalve is in de bijlage bij deze memorie van antwoord een overzicht opgenomen met de stand van zaken met betrekking tot het door u geciteerde overzicht met toezeggingen (Kamerstukken II 2004/05, 30 124, nr. 8).

### *Onverzekerden*

De leden van het CDA geven aan dat de uitkomsten van het overleg over de problematiek van de onverzekerden naar het oordeel van de CDA-fractie al bekend hadden moeten zijn, temeer daar nog wetswijziging noodzakelijk is. Er is derhalve spoed geboden, zo geven deze leden aan.

Allereerst wil ik graag opmerken dat door de verankering van de zogeheten negatieve optie in het wetsvoorstel voor de I&A-wet Zvw wordt voorkomen dat mensen onverzekerd raken omdat zij niet (tijdig) reageren op het aanbod dat zij van hun verzekeraar krijgen. De betreffende bepaling in het genoemde wetsvoorstel regelt immers dat verzekerden die positief reageren óf niet reageren op het aanbod van hun verzekeraar per 1 januari 2006 volgens dat aanbod verzekerd zijn<sup>1</sup>. Door deze wettelijke verankering van de negatieve optie is het vraagstuk van de onverzekerden bij de overgang naar het nieuwe verzekeringsstelsel niet groter dan nu. Daarnaast biedt de Zvw gemeenten de mogelijkheid om ten behoeve van hun cliënten collectieve ziektekostenverzekeringen af te sluiten. Ook dit kan een bijdrage leveren aan het voorkomen van onverzekerdheid. Verder wil ik graag op het volgende wijzen. Eventuele betalingsproblemen van (voormalige ziekenfonds-)verzekerden als gevolg van de (hogere) nominale premie kunnen uiteindelijk tot royement door de verzekeraar leiden. Dit hoeft echter niet te betekenen dat de betrokkenen onverzekerd raken. Door de acceptatieplicht van verzekeraars kunnen verzekeringsplichtigen dan eenvoudig een zorgovereenkomst bij een andere verzekeraar afsluiten, al dan niet in combinatie met afspraken over premiebetaling. Overigens ben ik voornemens om in de tweede fase van de voorlichtingscampagne extra aandacht te besteden aan een aantal «moeilijk bereikbare doelgroepen», zoals (oudere) allochtonen, dak- en thuislozen, verslaafden en langdurig thuiswonende psychiatrische patiënten.

<sup>1</sup> Verzekerden krijgen tegelijkertijd voldoende tijd om desgewenst een andere verzekering of een ander aanbod te kiezen. De betreffende bepaling regelt namelijk bovendien dat verzekerden nog tot 1 maart 2006 de gelegenheid hebben om hun verzekering alsnog op te zeggen, en daarna tot 1 mei een andere verzekering kunnen afsluiten die terugwerkt tot 1 januari 2006.

De leden van de CDA-fractie wijzen op de noodzaak van wetswijziging. Ik veronderstel dat zij daarbij doelen op hun eerdere suggestie om de Wet werk en bijstand zodanig te wijzigen dat het voor gemeenten mogelijk wordt om over te gaan tot een collectieve automatische (i.e. zonder expliciete instemming van bijstandsgerechtigden) inhouding van de zorgpremies van bijstandsgerechtigden. De leden van de VVD- en

SP-fractie informeren naar de resultaten van mijn gesprekken met de VNG over het vraagstuk van de onverzekerden. In deze besprekingen heeft ook de VNG op de bovenstaande optie gewezen.

De Wet Werk en Bijstand (WWB) is gericht op het bevorderen van het voorzien in een zelfstandig bestaan door de betrokkenen. Circa 85 tot 90 procent van de bijstandsgerechtigden heeft geen betalingsachterstanden. Het zonder expliciete toestemming van bijstandsgerechtigden wettelijk regelen van collectieve automatische inhouding van zorgpremies leidt tot onterechte stigmatisering van bijstandsgerechtigden. Wel wil ik graag wijzen op artikel 57 van de WWB.

Dit artikel biedt gemeenten de mogelijkheid om individuele bijstandsgerechtigden bijvoorbeeld te verplichten deel te nemen aan een (collectieve) verzekering tegen ziektekosten of akkoord te gaan met betaling van de ziektekostenverzekeringspremie uit de bijstandsuitkering. Het is hiervoor noodzakelijk dat de gemeente vaststelt dat de bijstandsgerechtigde niet in staat is tot een verantwoorde besteding van de bestaansmiddelen. Zowel een betalingsachterstand bij de premies voor de zorgverzekering als een roeyement kan daartoe aanleiding zijn. Om deze mogelijkheid breed te kunnen toepassen moet de gemeente overigens wel op enigerlei wijze informatie krijgen over de vraag of bijstandsgerechtigden een betalingsachterstand hebben of zelfs geroyeerd zijn door de zorgverzekeraar. Het spreekt voor zich dat hierbij een afweging moet worden gemaakt tussen het doel (het voorkomen van onverzekerden) en het instrument (een mogelijke inbreuk op de privacy van betrokkenen).

De leden van de CDA-fractie verwijzen naar de publicatie van Lucas Bolsius in de NRC van 19 juli jl. ter ondersteuning van de noodzaak tot het tijdig treffen van toereikende maatregelen. De heer Bolsius wijst onder andere op het risico dat mensen door bijvoorbeeld een te hoog eigen risico te kiezen in financiële problemen komen en op de zijns inziens benodigde compensatie van gemeenten voor het daaruit voortvloeiende toenemende beroep op de bijzondere bijstand. Ook de leden van de PvdA-fractie vragen of en zo ja in welke mate het beroep op de bijzondere bijstand zal toenemen daarbij uitgaande van zowel een optimistisch als een pessimistisch scenario. Zij vragen daarbij in het bijzonder aandacht voor Wajonggerechtigden en jongeren met het jeugdminimumloon. De leden van de fractie van GroenLinks leggen de volgende casus voor. Iemand kiest voor een polis met een hoog eigen risico maar komt onverwacht voor hoge uitgaven te zitten en kan deze uitgaven niet betalen. Kan deze gemeente een eventueel beroep op bijzondere bijstand weigeren met als argument dat er een voorliggende voorziening is, zo vragen zij zich af. Tot slot vragen de leden van de SP-fractie of als gevolg van schulden in verband met de Zvw een beroep op de bijzondere bijstand mogelijk is en of gemeenten daarvoor gecompenseerd worden. Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie of gemeenten verantwoordelijk zijn voor het oplossen van betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden of dat het rijk daar ook een rol in speelt. De leden van de CDA-fractie geven aan er tevens aan te willen herinneren, dat zij zijn uitgegaan van een adequate, eventueel noodzakelijke financiële oplossing, die niet ten laste van de gemeenten of verzekeraars mag komen.

Voor verzekeraars geldt het volgende. Indien verzekerden niet langer de premie betalen voor hun verzekering, kan een zorgverzekeraar een incassotraject volgen. Als dit geen soelaas biedt, staat de Zvw toe dat een verzekeraar de zorgverzekering van betrokkene opzegt of ontbindt. Over het door de heer Bolsius genoemde toenemende beroep op de bijzondere bijstand wil ik graag het volgende opmerken. Mensen hebben ongeacht

hun financiële situatie en ongeacht de vraag of zij wel of niet verzekerd zijn recht op medisch noodzakelijke zorg. Iemand die niet verzekerd is zal de kosten van de verleende zorg in principe zelf moeten betalen. Als de betrokkene een rekening niet direct kan betalen, kan hij met de zorgaanbieder een betalingsregeling afspreken. Mocht dit niet mogelijk zijn, dan kunnen ziekenhuizen oninbare vorderingen boeken op de post dubieuze debiteuren. Eerstelijnszorgaanbieders kunnen bij oninbare rekeningen voor kosten van medisch noodzakelijke zorg die aan illegalen is verleend een beroep doen op de zogeheten Stichting Koppeling. Het is aan gemeenten om te bepalen of bijstandsgerechtigden die de nominale ziektekostenpremie niet kunnen betalen of die te maken krijgen met hoge medische kosten terwijl ze niet verzekerd zijn in aanmerking komen voor bijzondere bijstand. Volledigheidshalve wil ik er wel graag op wijzen dat de kosten voor de nominale ziektekostenpremie – net als nu het geval is – tot de algemeen noodzakelijke kosten van het bestaan behoren die uit de bijstandsnorm of het daarmee qua hoogte vergelijkbare inkomen dienen te worden bestreden. Situaties waarin bijstandsgerechtigden vanwege hoge medische kosten in financiële problemen geraken doordat zij niet verzekerd zijn, kunnen worden aangemerkt als tekortschietend besef van de betrokkenen voor de verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan. Dit kan bijstandsverlening geheel of gedeeltelijk in de weg staan.

Overigens is mede als gevolg van de maatregelen in het kader van het lastenverlichtingspakket 2006, sprake van dusdanige koopkracht-vooruitzichten voor bijstandsgerechtigden dat een stijging van het aantal onverzekerden om financiële redenen niet in de rede ligt (zie Bijlage Inkomenseffecten).

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier het probleem getackeld moet 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.

Ik verwacht niet dat mensen met een relatief bescheiden inkomen of met een ongunstig gezondheidsrisico zomaar voor een hoog eigen risico zullen kiezen. Mensen zijn in het algemeen goed in staat om hun eigen financiële situatie of gezondheidsrisico naar behoren in te schatten. Het is immers zo dat tegenover de lagere premie als gevolg van een (hoog) eigen risico de kans bestaat dat de betrokkenen eventuele (hoge) kosten van genoten zorg in een keer moeten betalen. Als een verzekerde daarentegen niet kiest voor een eigen risico, moet hij weliswaar maandelijks een iets hogere premie betalen, maar wordt hij niet geconfronteerd met (hoge) medische kosten die ineens betaald moeten worden.

Daarnaast wil ik graag nog een opmerking maken over het risico dat mensen de zorgtoeslag voor andere doelen aanwenden dan het betalen van de ziektekostenpremie en daardoor wellicht in financiële problemen raken. Zowel de leden van de van de VVD- als de SP-fractie vragen hier aandacht voor. In het licht daarvan vragen de leden van de VVD-fractie of het niet beter is dat de sociale diensten de zorgtoeslag kunnen inhouden om daarmee de nominale premie te kunnen voldoen namens de verzekerde.

Het risico dat mensen in financiële problemen raken doordat ze de zorgtoeslag niet gebruiken voor het betalen van de ziektekostenpremie wordt gemitigeerd doordat de Belastingdienst/Toeslagen de zorgtoeslag waar mensen in enig jaar recht op hebben niet in één keer uitbetaalt, maar maandelijks. In het verlengde van mijn standpunt over een collectieve inhouding van de premies voor de ziektekostenverzekering op de

bijstandsuitkering vind ik dat het verplicht overmaken van de zorgtoeslag naar de sociale diensten niet in de geest is met het doel van de WWB.

De leden van de SP-fractie vragen tot slot wat de beste manier is om, met inachtneming van de regels van het CBP, zo zorgvuldig mogelijk in kaart te brengen wie onverzekerd zijn. Daarnaast vragen zij naar de resultaten van de gesprekken met Divosa.

Momenteel worden er verschillende methodes onderzocht om in kaart te brengen wie onverzekerd zijn. Allereerst ben ik in gesprek met het Centraal bureau voor de statistiek (CBS) om te bezien hoe het aantal onverzekerden nauwkeuriger kan worden gemonitord dan thans het geval is. Het CBS houdt hierbij rekening met de Wbp. Een andere nauwkeurige manier om vast te stellen hoeveel onverzekerden er zijn, is de koppeling van gegevensbestanden. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een koppeling van verzekerdenbestanden aan inwonersbestanden. Dit gebeurt ook in andere Europese landen. Bijvoorbeeld in België waar in Vlaanderen ingezetenen verplicht zijn zich aan te sluiten bij een zorgverzekeringsfonds en in Zwitserland, waar op aanwijzing van de kantons een organisatie verantwoordelijk is voor het onderbrengen van onverzekerde personen bij een verzekeraar. In beide landen wordt gewerkt met de koppeling van bestanden. In hoeverre een dergelijke koppeling technisch mogelijk is en zich verhoudt tot de privacywetgeving, zal nader worden bestudeerd.

Daarnaast is mij gebleken dat de Divosa voornemens is om bij een representatieve groep gemeenten een maandelijkse monitor te laten uitvoeren waardoor voor de groep bijstandsgerechtigden een beeld ontstaat van het hebben (afgesloten) van een zorgverzekering. Divosa heeft aangegeven, dat dan in juli 2006 een redelijk goede inschatting gemaakt zou kunnen worden van het aantal onverzekerde bijstandsgerechtigden.

#### *Privacy-bescherming*

De leden van de CDA-fractie vragen naar overleg met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) over de risicoverevening en over de ministeriële regeling, waarbij zij aangegeven hebben er vooralsnog van uit te gaan dat de uitkomsten van dit overleg alsmede de ministeriële regeling tijdig voor de plenaire behandeling, d.w.z. uiterlijk 17 september beschikbaar zijn. De CDA-fractie heeft gevraagd daarbij ook in te gaan op het aspect van de «privacy enhancing technologies». Daarbij verwijzen deze leden naar mijn brief van 22 juli (TK 2004–2005, 29 689 nr. 11) over dit onderwerp. De leden van de SP-fractie zijn van oordeel dat de inhoud van de ministeriële regeling op zo kort mogelijke termijn bekend dient te zijn.

Over de privacyaspecten samenhangend met het wetsvoorstel Zvw wordt met zowel het CBP als met ZN, KNMG en Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) uitvoerig en constructief overleg gevoerd. Ik hecht eraan om, alvorens nader in te gaan op de stand van zaken bij de verschillende onderwerpen, aan te geven dat op de draaggolf van de invoering van de Zvw thans een groot aantal waarborgen in ontwikkeling is voor de bescherming en een juist gebruik van persoonsgegevens. Daarmee ontstaat een expliciet en solide toetsingskader, dat wij in de situatie onder de Ziekenfondswet tot nog toe ontbeerden. In het proces van totstandkoming van dat toetsingskader en het maken van afspraken over het concrete gebruik van persoonsgegevens is de afgelopen maanden belangrijke voortgang geboekt. Ik memoreer de belangrijkste resultaten.

- Artikel 87 Zvw biedt een wettelijke basis voor het gebruik van persoonsgegevens in de uitvoering van de Zvw. Op aandringen van

het CBP komt er een ministeriële regeling op basis van dit artikel, waarin helderheid wordt geboden over de door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars te verstrekken gegevens.

- Naar aanleiding van advisering door het CBP en daaropvolgend onderzoek zal de levering van dbc-gegevens aan het DIS via «privacy enhancing technologies» (versleuteling) plaatsvinden.
- Ook de risicoverevening gaat plaatsvinden met behulp van versleutelde persoonsgegevens.
- Zorgverzekeraars Nederland heeft een nieuwe gedragscode bescherming persoonsgegevens zorgverzekeraars opgesteld, op basis van een met de NPCF gesloten convenant. Een belangrijke bijlage bij de gedragscode vormt het protocol materiële controle.
- Mede op aandringen van het CBP is besloten af te zien van het gebruik van persoonsgegevens bij het dbc-onderhoud.
- CTZ en CBP zijn voornemens een convenant te sluiten met betrekking tot het toezicht op het gebruik van persoonsgegevens.
- Er wordt in gezamenlijk overleg tussen partijen gewerkt aan een structurele oplossing voor het gebruik van persoonsgegevens in het kader van de dbc's.
- Met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is afgesproken dat het gebruik van gegevens op de factuur in het nieuwe bekostigingsstelsel niet zal afwijken van de huidige situatie. Dat betekent dat uitsluitend speciale verrichtingen indien daar aparte tarieven voor bestaan op de factuur vermeld behoeven te worden.

Dit overzicht illustreert het brede front waarover thans aan een structurele bescherming van persoonsgegevens wordt gewerkt. De voor een zorgvuldige invoering van de Zvw noodzakelijke activiteiten, zoals de ministeriële regeling op grond van artikel 87 Zvw, zullen tijdig hun beslag kunnen krijgen. Hieronder ga ik uitgebreider in op de stand van zaken bij de gegevensstromen risicoverevening (artikel 35 Zvw), de ministeriële regeling met betrekking tot verstrekking van persoonsgegevens door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars (artikel 87 Zvw) en de gedragscode van de zorgverzekeraars.

#### *Gegevensstromen risicoverevening (artikel 35 Zvw)*

Zoals ook bij brief van 3 juni 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 8) is aangegeven, is met het CBP afgesproken om na te gaan waar en in hoeverre «privacy enhancing technologies» in het proces van de risicoverevening het door het CBP gesignaleerde privacyrisico kan voorkomen. In het verlengde hiervan is in de zomer van 2005 met het CBP een eerste inventarisatie gemaakt van de mogelijkheden van «versleutelingstechnieken» om te voorkomen dat het CVZ voor de uitvoering van de risicoverevening, persoonsgegevens aanhoudt. Na adequate versleuteling zou voor de risicoverevening geen sprake meer zijn van gebruik van persoonsgegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Daarbij geldt wel als randvoorwaarde dat het CVZ zijn werkzaamheden op een adequate manier moet kunnen blijven uitvoeren.

Om de mogelijkheid van koppeling van de verschillende informatiestromen ook in de toekomst te waarborgen, is het nodig om gegevens die verschillende leveranciers aan het CVZ aanleveren, op eenzelfde wijze te versleutelen. Momenteel voert de Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ) een inventarisatie uit naar de mogelijkheden om de gegevensstromen ten behoeve van de risicoverevening technisch te versleutelen. De verwachting is dat deze inventarisatie uiterlijk eind oktober 2005 is afgerond, waarna nader overleg over de uitwerking van de versleuteling tussen CBP, CVZ en ZN zal plaatsvinden.

Insteek hierbij is om reeds in 2006 over te gaan tot versleuteling van de verzekerdengegevens die CVZ gebruikt voor de uitvoering van de risicoverevening voor het jaar 2006 (wat betreft de ex post vaststelling van de normatieve bedragen) en verdere jaren, waarbij de basis voor de versleuteling het burgerservicenummer zal zijn. In bijlage I bij de toelichting op de Regeling zorgverzekering wordt een schematische schets gegeven van de huidige situatie wat betreft de ex ante-toekenning van de normatieve bedragen en de beoogde eindsituatie, met, dan wel zonder versleuteling. Het CBP heeft in zijn brief van 16 augustus 2005 aangegeven in te kunnen stemmen met de in schema 3 van deze bijlage geschetste beoogde structurele situatie, onder voorwaarde dat het gebruik van persoonsgegevens in een tijdelijke overgangssituatie niet het schema voor de structurele situatie doorkruist.

De tijdelijke overgangssituatie betreft de ex ante toekenning van de bijdragen ten behoeve van het jaar 2006 waarvoor nog persoonsgegevens worden gebruikt. In artikel 3.17 van de Regeling zorgverzekering wordt benoemd om welke gegevens het gaat, te weten: gegevens die gehanteerd worden voor de compensatie van chronische patiënten, gegevens die gehanteerd worden voor compensatie op basis van het criterium «aard van het inkomen» en de gegevens met betrekking tot «geboortedatum, geslacht, adres». In de eerste voortgangsrapportage van 22 juli 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 11) is aangegeven dat de zogenoemde GAR-gegevens (gender-address-region) door het CBP niet als bestanden met privacygevoelige informatie worden gezien; dit geldt echter alleen voor de «uitgeklede» GAR-bestanden die normaliter voor de verzekerdenramingen worden gehanteerd, en niet voor de «uitgebreide» GAR-bestanden die in 2006 eenmalig voor de koppeling met gegevens over «aard van het inkomen» worden gebruikt. In genoemde voortgangsrapportage is abusievelijk vermeld dat naar het oordeel van het CBP verzekeraars rechtstreeks dbc-informatie van aanbieders op het laagste detailniveau (wat noodzakelijk is voor het kunnen afleiden van DKG's) mogen ontvangen mits rekening wordt gehouden met de Wbp en de toepassing van technologieën ter bevordering van de privacyborging bij de zorgverzekeraars. Op dit moment vindt nog overleg met het CBP plaats over de vraag op welk detailniveau dbc-informatie naar verzekeraars toe mag.

Het CBP heeft bij brief van 16 augustus 2005 aangegeven voor de tijdelijke overgangsfase als randvoorwaarden te hanteren dat slechts tijdelijk gebruik gemaakt wordt van persoonsgegevens en dat koppeling met geanonimiseerde gegevens in de structurele situatie voorkomen wordt. In de Regeling zorgverzekering is dan ook in het vierde lid bij artikel 3.17 opgenomen dat de persoonsgegevens alleen voor de ex ante-berekeningen 2006 worden gebruikt, waarbij tevens is aangegeven dat na gebruik voor dit doel de persoonsgegevens dusdanig worden bewerkt dat zij niet meer tot individuele verzekerden herleidbaar zijn. Hiermee is aan de eisen van het CBP voldaan.

Hierbij kan nog aanvullend worden opgemerkt, dat – conform ook de wens van het CBP – wanneer de ggz in 2007 onder de risicoverevening komt te vallen, er voor de normering van de kosten in elk geval geen gebruik gemaakt zal worden van tot de persoon herleidbare gegevens. Dit ook, gegeven het gevoelige karakter van deze vorm van zorgverlening.

Als in 2006 het traject van versleuteling verder is uitgekristalliseerd, zal dit zijn beslag vinden in een wijziging van de ministeriële regeling. Daarbij zal tevens nader invulling worden gegeven aan de regels voor de inrichting van de administratie van CVZ ten behoeve van de uitvoering van de risicoverevening. U wordt hier te zijner tijd over geïnformeerd.

Bij het overleg over de verstrekking van persoonsgegevens door zorgaanbieders gaat het om de invulling van de ministeriële regeling op grond van artikel 87 Zvw. Op dit moment wordt in gezamenlijk en constructief overleg met het CBP, de KNMG en ZN gewerkt aan de totstandkoming van een regeling die helderheid biedt over de door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars te verstrekken persoonsgegevens en de doelen die met die verstrekking gediend worden. Deze persoonsgegevens kunnen ook gegevens betreffende iemands gezondheid omvatten.

De ministeriële regeling zal daarom vanzelfsprekend de kaders die het privacyrecht stelt, meer in het bijzonder de WBP en het medisch beroepsgeheim, voluit respecteren. Het CBP zal advies uitbrengen over de privacy-aspecten van de regeling. Behalve de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerden is ook het perspectief dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben bij de gegevensverstrekking van groot belang. Verstrekking van persoonsgegevens, ook die betreffende iemands gezondheid, door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars is noodzakelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw. Op basis van dergelijke gegevens wordt immers onder meer door de zorgverzekeraar vastgesteld of de persoon bij de zorgverzekeraar verzekerd is voor de door de betreffende zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie, en of het tarief voldoet aan de geldende regels of gemaakte afspraken. Behalve de zorgverzekeraar hebben uiteraard ook de zorgaanbieder, in verband met de bekostiging van de geboden zorg (hetzij rechtstreeks, hetzij via de verzekerde), en de verzekerde zelf hier belang bij.

In de regeling zal worden aangegeven welke gegevens voor welk doel verstrekt worden. Alleen voor zo ver dat noodzakelijk is (en in overeenstemming met de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit), zal in de ministeriële regeling verstrekking van persoonsgegevens worden voorgeschreven.

Gezien het voorgaande is het belangrijk dat de inhoud van de regeling op een zorgvuldige wijze met CBP, KNMG en ZN wordt afgestemd. Ik heb er vertrouwen in dat deze afstemming op korte termijn zal worden afgerond, opdat de regeling per 1 januari a.s. in werking kan treden. De plaatsing van dit onderdeel van de ministeriële regeling is voorzien in de tweede fase van publicatie, naar verwachting eind oktober 2005.

De leden van de CDA-fractie vragen mij verder een reactie te geven op de in de brief van de KNMG van 31 augustus 2005 aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste Kamer der Staten-Generaal genoemde punten.

Bij deze reactie ga ik tevens in op de vraag van de leden van de SP-fractie betreffende de gedragscode van ZN. In deze gedragscode 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, zal dat volgens de KNMG tot uitvoeringsproblemen leiden. De leden van de SP-fractie vragen wanneer en op welke manier het noodzakelijkheidsvereiste in deze geconcretiseerd zal worden en of dat nog voor 1 januari 2006 gebeurt met instemming van alle veldpartijen. In onderstaande reactie heb ik de volgorde van de brief van de KNMG aangehouden.



### *Poortwachtersfunctie en de vrije artskeuze*

Het zeker stellen van de poortwachtersfunctie van de huisarts is geregeld met de nota van wijziging waarmee aan artikel 14 van de Zvw een nieuw tweede lid is toegevoegd (Kamerstukken II 2004/05, 30 124, nr. 10). Op de vrije artskeuze ga ik uitgebreid in bij de antwoorden op de vier laatste vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Natura-versus restitutiepolissen».

### *Welke gegevens worden in welke gevallen aan de zorgverzekeraars verstrekt in het kader van het declaratieverkeer*

De KNMG heeft in de brief van 31 augustus jl. het belang onderstreept van het spoedig tot stand komen van bovenvermelde ministeriële regeling op grond van artikel 87 Zvw, waarin klip en klaar wordt aangegeven welke gegevens door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars worden verstrekt. Op de stand van zaken met betrekking tot de totstandkoming van deze regeling is hierboven ingegaan.

### *Gedragscode verzekeraars*

Voorts wijst de KNMG op het belang dat in de gedragscode van ZN adequaat wordt beschreven hoe de gegevensverstrekking in het kader van materiële controle en fraudebestrijding verloopt. Over deze gedragscode is al enige tijd overleg gaande tussen ZN en het CBP. In mijn brief van 3 juni 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689 nr. 8) heb ik aangegeven dat het CBP de positionering van de gedragscode naast de bestaande gedragscode van De Nederlandse Bank en het Verbond van Verzekeraars problematisch achtte. Inmiddels is deze kwestie in overleg tussen partijen opgelost. De gedragscode van ZN zal als addendum van de genoemde gedragscode van De Nederlandse Bank en het Verbond van Verzekeraars fungeren. Om ook hier te bewerkstelligen dat er aansluiting is tussen addendum, richtlijnen van de KNMG en de privacy-eisen, zal met CBP, KNMG, ZN en VWS finale afstemming plaatsvinden. Mijn stellige verwachting is dat ruim voor 1 januari 2006 alle veldpartijen met de gedragscode zullen hebben ingestemd.

### *Financieel vangnet voor dak- en thuislozen*

#### *Voorkomen van een stapeling van een te hoog – weliswaar vrijwillig – eigen risico, verplichte eigen bijdragen en mogelijke boetebetalingen*

Voor mijn reactie hierop verwijs ik naar hetgeen ik hierover heb verwoord bij het antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Onverzekerden».

### *Implementatieplatform*

#### *Plan van aanpak met betrekking tot monitoring*

De KNMG verwijst in haar brief naar de toezegging die ik in de Eerste Kamer heb gedaan voor het opstarten van een informatieplatform voor zorgaanbieders. Daaraan heb ik inmiddels op verschillende wijzen vorm en inhoud gegeven. Evenals met andere organisaties in de zorg, zoals de zorgverzekeraars, de patiënten- en consumenten-organisaties en de zorg-ZBO's vindt ook met de zorgaanbieders geregeld overleg plaats over de implementatie van de Zvw. Dat gebeurt veelal via bestaande overlegstructuren. Voor de eerstelijnszorg is het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) het eerste aanspraakpunt. Voor de ziekenhuizen zijn NVZ en NFU de gesprekspartners. Daarenboven zijn al diverse informatiebijeenkomsten georganiseerd over de implementatie van de Zvw en de praktische gevolgen voor de aanbieders. Vanwege de voorgenomen

overheveling van de kortdurende ggz-zorg is een intensief traject gaande met de organisaties van de ggz. Ik zal overigens met de KNMG in overleg treden om in de komende implementatiefase de gezamenlijke monitoring te intensiveren.

#### *Artikel 2.8*

De KNMG pleit in voormelde brief voor het verzachten of verwijderen van de beperkende bepalingen van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering. Artikel 2.8 betreffende farmaceutische zorg regelt hetzelfde als ook op grond van de Ziekenfondswet (Zfw) in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering was geregeld. Dit geldt ook voor de bevoegdheid van de zorgverzekeraar om geregistreerde geneesmiddelen aan te wijzen. Deze bevoegdheid bestaat sinds december 2003. Ik zie geen aanleiding om de bepaling te wijzigen.

#### *Het risicovereveningssysteem*

De leden van de CDA-fractie vinden het een goede zaak dat in het vereveningsmodel 2006 het criterium «aard van het inkomen» is geoperationaliseerd. In het lijstje van compensatie voor hogere kosten missen deze leden echter de ouderen. Uit het veld hebben deze leden begrepen, dat hierover ook bij zorgverzekeraars nog vragen en zorgen leven. De CDA-fractieleden vragen hoe compensatie voor hogere kosten van ouderen in het vereveningsmodel 2006 is opgenomen.

Het vereveningsmodel 2006 is zodanig opgebouwd dat alle beschikbare middelen op basis van de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld, waarna vervolgens herschikkingen plaatsvinden op basis van de andere verdeelkenmerken («farmaceutische kostengroepen», «diagnose kostengroepen», «aard van het inkomen» en «regio»). De normbedragen bij de «oudere leeftijdsklassen» zijn aanzienlijk hoger dan voor «jongere leeftijdsklassen». Zo is bijvoorbeeld het ex ante-normbedrag (zonder rekening te houden met hogekostenverevening) voor een man in de leeftijdsklasse 10 tot met 14 jaar ongeveer € 836. Voor een man in de leeftijdsklasse 75 tot en met 79 is het normbedrag daarentegen circa € 2 473. De normbedragen behorende bij het kenmerk «leeftijd en geslacht» houden dus volledig rekening met de hogere gemiddelde kosten van ouderen.

Relatief veel ouderen hebben bovendien een chronische ziekte. Zo komt van de verzekerden boven de 75 jaar meer dan 40% in aanmerking voor een vergoeding op grond van een FKG (tegen 12% van de totale bevolking) en ongeveer 10% in aanmerking voor een vergoeding op grond van een DKG (tegen ruim twee procent van de totale bevolking). De hogere kosten van ouderen vanwege een chronische ziekte worden dus ook gecompenseerd door het vereveningsmodel via de verdeelcriteria «farmaceutische kostengroepen» en «diagnose kostengroepen».

De leden van de CDA-fractie vragen of toepassing van het criterium «regio» in het vereveningsmodel 2006 voldoende bijdrage levert aan de grotestedenproblematiek.

Uit onderzoeksresultaten komt naar voren dat het verdeelcriterium «regio» zoals gehanteerd in de Zfw-verstrekkingenbudgettering, na aanpassing voor de verbreding van de verzekerdenpopulatie onder de Zvw, onvoldoende in staat is compensatie te bieden voor de bestaande (sociaal-economische) verschillen tussen de (voormalige) ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden (waaronder ook publiekrechtelijk verzekerden). Voor 2006 heb ik een pragmatische oplossing gekozen. De regio-indeling bestaat uit tien clusters van postcodes, hierbij gelden aparte gewichten voor voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden. In mijn brief van 22 juli 2005 (Kamerstukken II

2004/05, 29 689, nr. 11) heb ik opgemerkt dat deze oplossing ook een bijdrage levert aan het verbeteren van de aansluiting tussen de vereveningsbijdrage en kosten in de grote steden. Uit recent onderzoek van onderzoeksbureau Ape bv blijkt niettemin dat er nog steeds regionale verschillen blijven bestaan. Uit het onderzoek springt het verwachte negatieve resultaat voor Den Haag in het oog, alsmede de verwachte positieve resultaten voor Rotterdam en Utrecht. Het is dus moeilijk te spreken van een «grotestedenproblematiek» in algemene zin. Ook Ape bv geeft aan dat deze verschillen én moeilijk zijn te duiden én vragen om een nadere analyse van vooral de kosten van ziekenhuisverpleging. Ik zal hier in het onderzoeksprogramma 2006 aandacht aan schenken.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts naar de voortgang voor de compensatie van zeldzame aandoeningen in het risicovereveningsmodel.

In mijn brief van 23 mei 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 6) heb ik u geïnformeerd over een aantal onderwerpen. Eén van de onderwerpen was het verzoek om zeldzame, zeer kostbare aandoeningen mee te nemen in de vereveningssystematiek. Ik heb aangegeven dat deze vraag zal worden meegenomen in het onderzoeksprogramma 2006 van de Werkgroep onderzoek risicoverevening. De komende maanden zal het onderzoeksprogramma 2006 worden opgesteld en uitgevoerd. Mijn doel is om de uitkomsten van het onderzoek mee te wegen in de besluitvorming over de vormgeving van het risicovereveningssysteem in 2007.

De CDA-fractie uit tevens haar zorgen over de uitvoering van het criterium «diagnose kostengroepen» (DKG) in het licht van de gang van zaken rond dbc's.

Het is gelukt hiervoor een werkbare oplossing te vinden. In de uiteindelijke vaststelling van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars zal de prevalentie van DKG's worden vastgesteld op basis van dbc's. Echter, voor het bepalen van de gewichten en de (ex ante) toekenning van deze bijdragen is deze dbc-informatie nog niet beschikbaar. In plaats hiervan wordt uitgegaan van diagnose-informatie zoals geregistreerd in de Landelijke Medische Registratie (LMR), in combinatie met informatie over enkele specifieke nevenverrichtingen (chemotherapie, radiotherapie, dialyse, thuisbeademing) uit de zorgverzekeraarsadministraties. Hierbij worden alleen diagnosecodes en nevenverrichtingen beschouwd die zich laten doorvertalen in dbc's die de DKG's bepalen, uitgaande van een vertalingstabel die onder begeleiding van een commissie van medisch-inhoudelijke deskundigen is vastgesteld.

Door deze aanpassing kunnen niet alle huidige diagnoses meelopen in de DKG-systematiek, bijvoorbeeld omdat de dbc-indeling bij kindergeneeskunde niet aansluit op de DKG-indeling. Uit statistisch onderzoek blijkt echter dat de effecten van deze inperking in termen van verevenende werking op verzekeraarsniveau minimaal zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of in het risicovereveningsmodel nog aandacht wordt gegeven aan de zelfstandigen.

Bij de toepassing van het criterium «aard van het inkomen» wordt per zorgverzekeraar – naast verschillende soorten uitkeringen – expliciet rekening gehouden met het aandeel zelfstandigen in de verzekerdenportefeuille. Uit jarenlang onderzoek blijkt dat zij een consistent lager kostenbeeld laten zien. Door met lagere kosten van zelfstandigen rekening te houden in de risicoverevening, wordt risicoselectie op zelfstandigen voorkomen.

De leden van de CDA-fractie achten het terecht dat ik in mijn hiervoor genoemde brief van 22 juli 2005 aangeef dat het jaar 2006 een jaar wordt met een relatief grote mate van onzekerheid. Dit omdat in de eerste plaats de kwaliteit van de gegevens door de toevoeging van de privaot- en publiekrechtelijk particulier verzekerden minder goed is, en in de tweede plaats de overstap op dbc-financiering in 2005 de normering in 2006 compliceert. Omdat deze onzekerheden samenkomen in het risico-vereveningssysteem, vragen de leden van de CDA-fractie zich af of ik deze problematiek niet enigszins onderschat waardoor de ex post compensatie wel eens ontoereikend kan zijn.

In antwoord hierop kan ik stellen dat ik me bewust blijf van de onzekerheden in 2006. Om deze onzekerheid binnen acceptabele grenzen te houden, is er – ook met het oog op de prikkels tot doelmatige zorginkoop bij zorgverzekeraars – voor gekozen om naast de algemeen geldende verevening- en nacalculatiepercentages, extra nacalculatie toe te passen wanneer het uiteindelijke resultaat (na toepassing van ex post compensatiemechanismen: hogekostenverevening, generieke verevening en nacalculatie) buiten een bandbreedte van plus of minus € 35 per premieplichtige verzekerde valt. De insteek van premieplichtige verzekerden (dat wil zeggen: van 18 jaar en ouder) is gekozen omdat eventuele winsten en verliezen moeten worden gedragen door de premieplichtigen. De omvang van de bandbreedte is ontleend aan de bandbreedte waarbinnen in de Zfw-verstrekingenbudgettering resultaten van de grotere zorgverzekeraars met meer dan 100 000 verzekerden (waarbij toevalsuitschieters niet of nauwelijks een rol spelen) plegen te vallen. Buiten de genoemde bandbreedte geldt geen volledige compensatie, maar wordt 90% nagecalculeerd, om de prikkel tot kostenbeheersing te handhaven.

De besluitvorming over de inzet van ex post mechanismen – inclusief het aanvullende vangnet – heeft plaatsgevonden na bestuurlijk overleg met ZN en de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Zorgverzekeringen (KPZ) op 4 juli 2005. In de maanden juli en augustus heeft nog nader overleg plaats gevonden met ZN en het CVZ over de technische uitwerking van dit vangnet. Hierbij is geconstateerd dat het wenselijk is eerst nacalculatie op het macro-prestatiebedrag toe te passen, voordat het vangnet wordt toegepast. Zo blijven – ondanks het vangnet – resultaatverschillen tussen verzekeraars bestaan, maar lopen verzekeraars geen risico op eventuele afwijkingen tussen kostenramingen en kostenrealisaties op macroniveau.

Ik ben van mening dat al met al het pakket van ex post compensatiemechanismen in 2006 de onzekerheden voor verzekeraars in afdoende mate afdekt. Hiermee wordt ook recht gedaan aan de motie van de kamerleden Swenker, Schouw, Van Leeuwen, Werner, Rosenthal, Schuyer, Van den Berg en Ten Hoeve op dit punt (Kamerstukken I 2004/05, 29 623, 29 762, 29 763, E).

#### *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 menen de leden van de CDA-fractie waar te nemen. De leden van deze fractie zien hierin een goede ontwikkeling, omdat ook patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties nu mogelijkheden krijgen om meer op maat toegesneden zorg tegen een redelijke prijs te verkrijgen. Overigens hadden deze leden geconstateerd, dat het percentage van 10% een eigen leven is gaan leiden na aanvaarding van het desbetreffende amendement. De leden van deze fractie wijzen op het risico van kruissubsidiëring.

Ook de leden van de fractie van D66 maken zich zorgen over de uitwerking van de collectiviteitskorting en het mogelijk ontstaan van kruis-subsidiëring. Zij vragen zich af of door een opwaartse premiedruk voor individueel verzekerden en collectieven mogelijk een budgettaire probleem bij de zorgtoeslag ontstaat.

De leden van de fracties van SGP en ChristenUnie, de SP en D66 wijzen expliciet op de opwaartse druk op de premie die het gevolg kan zijn van het «overall» toestaan van de maximale premiekorting. Deze leden vragen zich af of de regering dit vraagstuk voldoende onderkent. Weliswaar gaat de minister dit monitoren, maar niettemin vroegen zowel de leden van de CDA-fractie als de leden van de fractie van D66 zich af of het niet verstandig is nu al het begrip collectiviteiten nader in te perken door gebruik te maken van de in de Zvw gecreëerde mogelijkheid tot ingrijpen via een amvb.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder of inzicht kan worden gegeven in het aantal personen, waaronder kwetsbare groepen als chronisch zieken en mensen met een klein pensioen of minimum inkomen, dat zich naar verwachting collectief zal verzekeren.

Een zorgverzekeraar biedt zijn zorgverzekering(en) aan in de vorm van modelpolissen met de daarbij behorende premiegrondslag en de kortingen voor vrijwillige eigen risico's. Indien een werkgever of een patiëntenorganisatie voor een van die modelpolissen een collectieve overeenkomst wil sluiten, dan bepaalt de zorgverzekeraar – tot het in de wet gestelde maximum – de hoogte van de korting voor die collectiviteit. De aspecten die daarbij een rol spelen, zijn de voordelen die de zorgverzekeraar behaalt met het sluiten van een collectieve verzekering op onder meer de kosten van administratie en de zorginkoop. Een verzekeraar mag de hoogte van de korting mede laten afhangen van de looptijd van het contract.

Het is dus de zorgverzekeraar die, in overleg met de werkgever of rechtspersoon, bepaalt of een collectief contract tot stand komt, omdat hij bepaalt tot welk percentage hij bereid is korting te geven op de premie(s) voor zijn model(polissen). Indien de zorgverzekeraar zijn korting baseert op zijn verwachte besparingen bij de administratie, de zorginkoop en een goed preventiebeleid, is er ook geen sprake van kruissubsidiëring ten laste van de individuele polissen. In antwoord op de vraag van de leden van de D66-fractie kan ik hen mededelen dat de hoogte van de zorgtoeslag wordt afgestemd op de gemiddelde werkelijke premie voor de zorgverzekering.

De wetgever heeft met de gekozen formulering van artikel 18 aan werkgevers en rechtspersonen die een onderscheiden belang van hun leden/deelnemers vertegenwoordigen, de mogelijkheid willen bieden een korting voor een collectief contract te geven op de nominale premie. Als het gaat om rechtspersonen is daarbij vooral gedacht aan patiëntenorganisaties als belanghebbenden bij het sluiten van een collectieve overeenkomst.

Inmiddels blijken ook andere dan patiëntenorganisaties, vaak met een verwijzing naar de 10%-korting, mensen aan zich te willen binden voor een collectieve zorgverzekering. Omdat de kosten van een dergelijke collectiviteit niet of nauwelijks zullen verschillen van de kosten van een in grootte vergelijkbare groep individuele verzekerden zal een korting op de premie hetzij ten laste moeten gaan van de winst of de reserves dan wel worden afgewenteld op de premie van de individuele verzekerden. Dan treedt kruissubsidie op.

Inmiddels heb ik onderzoek gedaan naar de verwachtingen in de markt over het aantal collectieve contracten. De verwachting bij verzekeraars is dat 50 tot 70 procent van de verzekerden in 2006 verzekerd zal zijn via een

collectief contract. Dit laat onverlet dat ik geen exact inzicht heb in de aantallen personen dat zich naar verwachting collectief zal verzekeren. De grootste toename verwachten verzekeraars bij de werkgeverscontracten. Niet alleen de werknemers die voorheen particulier verzekerd waren, zullen naar verwachting deelnemen in de collectiviteit, maar ook de voormalig ziekenfondsverzekerde werknemers. Voorts lopen onderhandelingen over afspraken over collectieve contracten bij gemeenten voor gemeente-ambtenaren, bij de gemeentelijke sociale diensten voor uitkeringsgerechtigden, en worden onderhandelingen gevoerd over een collectieve verzekering van het politiepersoneel (voorheen publiekrechtelijk verzekerd). Tot slot voeren enkele categorale patiëntenorganisaties gesprekken met verzekeraars over collectieve overeenkomsten en zijn ook enkele (internationale) bemiddelaars actief op deze markt.

Ook in het onderzoek dat PricewaterhouseCoopers (PwC) heeft gedaan naar de implementatie van de Zvw bij verzekeraars is aandacht besteed aan de collectieve contracten. Het rapport zegt daarover dat alle verzekeraars verschuivingen tussen het percentage individueel en collectief verzekerden verwachten, maar dat er grote variatie is in de visies op de omvang en het tijdstip van die verschuivingen. Er zijn verzekeraars die een volledige omkering van de huidige situatie van 30% naar 70% verwachten; anderen gaan uit van een 50-50 verhouding. Vrijwel geen enkele verzekeraar doet uitspraken over de eigen positie. Of de verschuivingen en kortingspercentages zodanig zullen zijn dat reële risico's voor opwaartse premiedruk ontstaan, zoals de leden van de D66-fractie vragen, kan op dit moment niet worden bepaald. Ik acht het van groot belang dat de betrokkenen (werkgevers, rechtspersonen en zorgverzekeraars) de ruimte krijgen om in onderling overleg een zinvolle invulling te geven aan collectieve contracten. Ik vertrouw er daarbij op dat zij in de geest van de Zvw zullen handelen. Een nadere invulling van het begrip collectiviteiten vind ik daarom nu niet opportuun. Wel zal ik in overleg blijven met verzekeraars en de ontwikkelingen nauwgezet volgen. Op verzoek van de Tweede Kamer heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) al gevraagd de ontwikkeling op de markt voor collectiviteiten te monitoren. In de loop van 2006 zal de NZa daarvan verslag uitbrengen. Indien ik op basis van signalen van onder andere verzekeraars en de NZa onverhoopt moet constateren dat sprake is van opwaartse druk op individuele premies als gevolg van kruissubsidiëring, zal ik niet aarzelen om in te grijpen en nadere regels stellen aan de mogelijkheden voor het afsluiten van collectieve contracten.

#### *Patiëntenbelangen*

De leden van de CDA-fractie geven aan dat zij ervan uitgaan dat de uitwerking van toezeggingen betreffende de inzet van extra financiële middelen voor een aantal aangegeven doelen en betreffende ervaringsinformatie tijdig voor de plenaire behandeling beschikbaar zal zijn. Verder geven deze leden aan dat het hen heeft bevreemd dat in de eerste rapportage van 22 juli 2005 hiervan nog geen melding is gemaakt. Het gaat hier toch om betrekkelijk eenvoudig te realiseren toezeggingen, zo geven deze leden aan. Dit te meer omdat ik heb aangekondigd op korte termijn afspraken te maken over de inzet van ervaringsinformatie van patiënten.

Ook de leden van de SP-fractie vragen of ik er al uit ben hoe ik de financiële middelen (€ 5 miljoen) ga inzetten ter versterking van de patiëntenverenigingen.

Ik wil extra middelen ter beschikking stellen, opdat de patiënten/consumenten-organisaties hun nieuwe rol als tegenspeler van zorgaan-

bieders en zorgverzekeraars kunnen ontwikkelen. Ik wil € 7 miljoen ter beschikking stellen voor de jaren 2006 en 2007; € 3,5 miljoen in elk jaar. Inhoudelijk gaat het vooral om de functies van patiënten/consumentenorganisaties die van belang zijn om – vanuit consumentenperspectief – de zorg te verbeteren. De gelden moeten een innovatieve aanpak door de patiënten/consumentenorganisaties stimuleren.

De volgende elementen zijn hierbij te onderscheiden:

- Het stellen van eisen aan de zorg en de verzekeringen vanuit patiënten/consumentenperspectief: het opstellen en/of beïnvloeden van onder meer protocollen, standaarden, normen, richtlijnen protocollen, richtlijnen, productspecificaties, zorgarrangementen en eisen aan ketenzorg;
- Het ontwikkelen van methoden om te toetsen of de zorg aan deze eisen voldoet. Bijvoorbeeld het (laten) ontwikkelen van specifieke vragenlijsten voor het meten van ervaringen in de zorg, formuleren van prestatie-indicatoren e.d.;
- Het daadwerkelijk toetsen van het zorgaanbod en de zorgverzekeringen aan deze eisen vanuit patiënten/consumentenperspectief; bijvoorbeeld het toetsen van het zorginkoopbeleid van de verzekeraar of het meten van klantervaringen;
- Het informeren van de diverse doelgroepen over deze uitkomsten en het gericht adviseren;
- Het beïnvloeden van zorgaanbieders en zorgverzekeraars door onderhandeling en inkoop met behulp van de hiervoor genoemde informatie; het ontwikkelen van methoden om deze onderhandelingsstools (informatie en ondersteuning) voor de specifieke patiënten/consumentengroepen;
- Het monitoren van effecten en knelpunten bij de invoering van de Zvw (meldpunt en bundeling van signalen vanuit patiëntenbeweging en uit het publiek); mede naar aanleiding van de uitkomsten van deze monitor uitzetten van nader onderzoek en laten uitvoeren van (ook juridische) analyses en specifieke acties als voorlichting en beleidsbeïnvloeding.

De middelen zullen ten goede komen aan de patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (PGO-organisaties) en zullen via het Fonds PGO beschikbaar worden gesteld. De PGO-organisaties kunnen voorstellen indienen bij het Fonds PGO.

#### *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, zo stellen de leden van de CDA-fractie. Zij vragen zich af of de uitkomsten van het overleg o.a. met het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en het CVZ over de salarissen van de zorgverzekeraars hen was ontgaan. Zij vragen voorts wat exact onder een wettelijk op te leggen transparant systeem moet worden verstaan.

Met de leden van de CDA-fractie ben ik van mening dat het goed is de vinger aan de pols te houden als het gaat om de ontwikkeling van salarissen in de zorgsector. Voor ziekenfondsen doen we dat al enige jaren. De zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren, zullen zich in hun uitvoeringsverslag ook jaarlijks moeten verantwoorden over de salarissen van de bestuurders. Deze gegevens, die nu veelal al in de verslagen maatschappelijke verantwoording zijn opgenomen, komen zo ter kennis van de toezichthouder. Hiermee ontstaat een parallel met de gegevens die de zorginstellingen moeten presenteren. Zo ontstaat voor de gehele zorgsector een transparant systeem.

De leden van de CDA-fractie vragen mij aan welke termijn ik denk voor het uitbrengen van het samenvattend rapport van het CTZ inzake de uitvoering van de Zvw.

Het CTZ, respectievelijk de NZa, monitort behalve de overgang naar de Zvw een aantal thema's, zoals de collectieve contracten, de verhouding natura/restitutie, de (ont-)koppeling van de aanvullende en de zorgverzekering en brengt daarover zo spoedig mogelijk verslag uit. In de loop van 2006 zal dan ook een aantal rapportages van het CTZ/de NZa verschijnen waarin de uitvoering van de Zvw aan de orde komt. In 2007 brengt de NZa een integraal rapport uit over de uitvoering van de Zvw.

*Natura- versus restitutiepolissen*

De leden van de fracties van de CDA en PvdA stellen een aantal vragen over de vrije artskenkeuze. Zij vragen hoe dit in de Zvw is gewaarborgd en vragen ook duidelijk te maken wat de verschillen zijn met de huidige situatie.

De vrije artskenkeuze is in de Zvw voor iedere verzekerde als volgt gewaarborgd.

1. Een verzekeringsplichtige heeft de vrije keuze tussen zorgverzekeringen op grond waarvan hij naar iedere zorgaanbieder mag (restitutiepolis met vrije keuze) en zorgverzekeringen op grond waarvan hij zijn zorg bij door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders dient te betrekken (naturapolis of restitutiepolis met achterliggende zorgcontracten). Laatstgenoemde zorgverzekeringen zal ik in de rest van de beantwoording van de vragen over de vrije artskenkeuze «gecontracteerde zorgpolissen» noemen. In het hiernavolgende zal ik slechts op de vrije artskenkeuze bij gecontracteerde zorgpolissen ingaan, omdat de keuzevrijheid bij restitutiepolissen met vrije keuze evident is.
2. Een zorgverzekeraar met een gecontracteerde zorgpolis dient ervoor te zorgen dat hij van iedere vorm van te verzekeren zorg zoveel zorgaanbieders heeft gecontracteerd, dat zijn op die polis verzekerde klanten tijdig en binnen redelijke afstand bij een zorgaanbieder terecht kunnen. Dit betekent in de praktijk dat een zorgverzekeraar voor iedere vorm van zorg in de woon- en aangrenzende provincies van zijn verzekerden een aanzienlijk aantal zorgaanbieders zal contracteren. Beperkt een verzekeraar zich namelijk tot contracteren van slechts één of enkele zorgaanbieders, dan loopt hij te veel risico dat zijn verzekerden daar niet tijdig terecht kunnen, bijvoorbeeld doordat verzekerden van andere zorgverzekeraars al een flink beroep op de capaciteit van die zorgaanbieder blijken te doen. De verzekerde op een gecontracteerde zorgpolis heeft derhalve altijd de keuze uit meerdere zorgaanbieders.
3. Mocht een verzekerde met een gecontracteerde zorgpolis er bewust voor kiezen naar een andere dan een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, dan kan de verzekeraar desgewenst besluiten om een korting toe te passen op het te vergoeden bedrag. Zijn verzekeraar dient in de zorgpolis op te nemen hoe hij die vergoeding berekent. Gaat hij overigens in een spoedeisende situatie naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (of wordt hij daar gebracht), dan is volledige vergoeding aangewezen, aangezien er in zo'n geval geen tijd is voor een afweging, leidende tot een bewuste keuze tussen wel en niet gecontracteerde zorg.
4. Indien een verzekerde zorg nodig heeft die zo specifiek is (bijvoorbeeld omdat hij een zeer zeldzame aandoening heeft), dat slechts een zeer beperkt aantal zorgaanbieders deze aanbiedt, en mocht bovendien



blijken dat zijn zorgverzekeraar deze aanbieders onverhoopt niet gecontracteerd heeft, kan de verzekerde van zijn verzekeraar vergen of alsnog een contract te sluiten (waarbij er voor de verzekeraar doorgaans weinig reden zal zijn om af te wijken van een verzoek van de verzekerde om juist die aanbieder te contracteren, waar hij naar toe wil) of de rekening volledig te vergoeden.

ZN heeft mij medegedeeld dat de zorgverzekeraars die gecontracteerde zorgpolissen zullen aanbieden, in 2006 naar verwachting ongeveer even breed zullen contracteren als dit nu gebeurt. Ex-ziekenfondsverzekerden die voor een naturapolis bij hun voormalige ziekenfonds kiezen, zullen derhalve een ongeveer even grote keuze tussen artsen hebben als zij nu op grond van de Zfw hebben. Anders dan in die wet, wordt de keuze zelfs nog groter in die zin, dat zij voor alle vormen van verzekerde zorg ook naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders zullen kunnen gaan. In de Zfw bestaat die mogelijkheid op dit moment sinds mei 2005 slechts voor de dbc's uit het B-segment, fysiotherapie, hulpmiddelen en zittend ziekenvervoer.

Gezien het voorgaande zal ook een verzekerde op een gecontracteerde zorgpolis naar mijn mening voldoende keuzevrijheid tussen zorgaanbieders hebben. Overigens wijs ik er op dat artikel 12 van de Zvw mij de mogelijkheid geeft om zorg aan te wijzen waarvoor contracteerplicht wordt opgelegd. Ik zal daar uiteraard zeer terughoudend mee omgaan, maar het is wel een interventiemogelijkheid wanneer zich ongewenste ontwikkelingen zouden voordoen.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten wat de huidige verschillen tussen natura- en restitutiepolicen zijn en hoe de huidige verhouding natura-restitutiepolicen ligt. Indien deze leden vragen naar de verschillen en de verhouding op de huidige, gedifferentieerde verzekeringsmarkt (ziekenfondsverzekerden, particulier verzekerden en deelnemers aan de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren), luidt mijn antwoord als volgt.

Ziekenfondsverzekerden hebben een naturapolis. Ziekenfondsen moeten voor iedere vorm van onder de Zfw verzekerde zorg zoveel zorgaanbieders contracteren, dat hun verzekerden tijdig en binnen redelijke afstand bij een gecontracteerde aanbieder terecht kunnen. Dit betekent in de praktijk, dat ziekenfondsverzekerden keuze tussen zorgaanbieders hebben. Aan particulier verzekerden en deelnemers aan de publiekrechtelijke ambtelijke ziektekostenregelingen worden de zorgkosten meestal gerestitueerd, zij het dat de verzekeraars in een toenemend aantal gevallen met de zorgaanbieders afspreken dat de rekening direct naar hen kan worden verstuurd. Er is dan sprake van een betalingsovereenkomst tussen verzekeraar en aanbieder. Rond tweederde van de bevolking is ziekenfondsverzekerde, en rond eenderde heeft een restitutieverzekering of -regeling.

De verhouding tussen het aantal personen dat voor een naturazorgverzekering respectievelijk een restitutie zorgverzekering zal kiezen, is op dit moment niet te geven. Besluiten veel mensen niet actief van verzekeraar of verzekering te wisselen, dan zal de verhouding, ten gevolge van de werking van artikel 2.5.1 van voorliggend wetvoorstel («negatieve optie»), ongeveer gelijk zijn aan de huidige verhouding tussen mensen met een naturapolis en mensen met een restitutiepolis.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom er geen mogelijkheid is geschapen om bij amvb eisen te stellen aan de (gedeeltelijke) vergoeding die zorgverzekeraars moeten betalen als iemand met een gecontracte-

teerde-zorgpolis toch voor zorg van een niet gecontracteerde zorgaanbieder heeft gekozen.

De omvang van de vergoeding, bedoeld in artikel 13 Zvw, is nu juist iets waarop zorgverzekeraars goed met elkaar kunnen gaan concurreren. Omdat dat artikel voorschrijft dat de verzekeraars de wijze waarop zij de vergoeding berekenen, in hun polis bekend moeten maken, kunnen de verzekerden vooraf een inschatting maken van de kosten die voor eigen rekening zullen blijven indien zij bewust voor zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiezen. Daarom vind ik het niet wenselijk, om regels te stellen aan de vergoeding in de door de leden van de PvdA-fractie bedoelde situatie.

De leden van de CDA-fractie blijven voorkeur houden voor het uitgaan van de restitutiepolissen als norm, zo stellen zij. In dit kader vragen zij mij nog eens aan te geven waarop mijn verwachting is gebaseerd dat er sprake zal zijn van een vloeiend continuüm van restitutie- en naturapolissen die nauwelijks van elkaar te onderscheiden zijn en of mijn verwachting in dit opzicht gelijk is 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. Deze leden willen graag 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. Naar hun opvatting mag toch ook een verschil in premie tussen de restitutiepolissen worden verwacht. Voorts vragen zij wat ik me exact voorstel bij gebruikmaking van artikel 12. De leden van de SP-fractie stellen dat er tekenen zijn dat de restitutiepolissen de norm worden, en vragen mij of ik daar nog steeds anders over denk.

Uit de hierboven vermelde actuele informatie van het CTZ blijkt dat er bij de voorgelegde modelovereenkomsten sprake is van een evenwichtige verhouding tussen natura en restitutie. Dit geeft mij geen aanleiding te veronderstellen dat restitutie de norm wordt. Daarbij is vooral ook van belang op welke wijze de zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht. Het merendeel van de verzekeraars contracteert voor alle zorgaanspraken vrijwel alle zorgaanbieders. Daarmee is een belangrijke waarborg geboden voor de toegang tot de zorg, en daarmee een ruime vrije artskenkeuze, voor alle verzekerden.

Over de wijze waarop verzekeraars die voor de zorgverzekering naturapolissen aanbieden, dienen om te gaan met situaties waarin de verzekerde wegens, al dan niet wegens spoedeisende zorg een niet-gecontracteerde zorgaanbieder consulteert, heb ik verzekeraars zorgvuldig geïnformeerd (zie voor de inhoud van die informatie de opsomming onder «Zvw-waarborgen voor vrije artskenkeuze» eerder in deze paragraaf). Dat is ook van belang voor het goed in de modelovereenkomsten opnemen van de aanspraken van de verzekerden voor acute zorg en zorg afgenomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. In zijn toets van de door de verzekeraars voorgelegde modelovereenkomsten ziet de toezichthouder toe op de juiste formulering van deze aanspraken. Op die wijze is afdoende gewaarborgd dat de verzekerde zich voor zijn zorgvraag kan wenden tot de zorgaanbieders in wie hij vertrouwen heeft.

Ten slotte ga ik in dit verband nog in op de vraag van de CDA-fractie over het al dan niet gebruiken van artikel 12 van de Zvw. Dit artikel regelt dat ik bij algemene maatregel van bestuur (amvb) vormen van zorg kan aanwijzen waarvoor de zorgverzekeraar zorgcontracten moet sluiten (art. 12, eerste lid, Zvw), respectievelijk – dat gaat verder – dat ik vormen van zorg kan aanwijzen waarvoor de zorgverzekeraar desgevraagd met alle instellingen in zijn werkgebied contracten moet sluiten (contracteerplicht; art. 12, tweede lid Zvw) of dat ik vormen van zorg kan aanwijzen waarvoor instellingen desgevraagd met een zorgverzekeraar moeten contracteren (omgekeerde contracteerplicht; art. 12, derde lid, Zvw). Gezien het feit dat vooralsnog naar verwachting sprake zal zijn van een ruim contracteerbeleid door verzekeraars zijn voor het gebruikmaken van de in artikel 12 genoemde mogelijkheid tot het opleggen van zorgcontracten geen redenen te noemen. Daarbij moet worden bedacht dat het opleggen van zorgcontractering slechts is toegestaan indien (en voor zover) dit op grond van het algemeen belang gerechtvaardigd kan worden. Dat volgt uit de toepasselijkheid van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen. Meer hierover kunt u vinden in het onderdeel «Publiekrechtelijk of privaatrechtelijk».

De leden van de CDA-fractie vinden dat bij een zorgpolis die uitgaat van gecontracteerde zorg, een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders moet worden gevoegd. Misschien is dat in 2006, gezien de verwachte brede contractering door de zorgverzekeraars, nog niet zo heel erg nodig, maar in later jaren is dat, aldus deze leden, toch wel erg wenselijk. Zij vragen mij nogmaals uiteen te zetten welke informatie een zorgverzekeraar moet leveren, en waarom een verzekerde die bij gebrek aan dergelijke informatie als het ware per ongeluk naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan, de rekening volledig vergoed dient te krijgen.

Indien een zorgverzekeraar een gecontracteerde-zorgpolis aanbiedt, betekent dat dat een verzekerde die voor die polis heeft gekozen, er recht op heeft dat zijn zorgverzekeraar de zorgkosten geheel – ik abstraheer hier even van de eigen bijdragen – voor zijn rekening neemt indien hij naar gecontracteerde zorgaanbieders gaat. Dat betekent dat een verzekerde moet kunnen weten welke zorgaanbieders dat zijn. De opsomming van gecontracteerde zorgaanbieders maakt dan ook deel uit van de gesloten zorgverzekering, en derhalve van de zorgpolis. De verzekeraar moet de zorgpolis zo snel mogelijk na het sluiten van de zorgverzekering toezenden, en vervolgens ieder kalenderjaar (artikel 9, eerste lid, Zvw en het toekomstige art. 7.17.1.8 BW). Dat geldt dus ook voor de daarvan deel uitmakende opsomming van gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast moet de zorgverzekeraar de verzekerde van iedere wijziging in de polis, dus ook van wijzigingen in de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, op de hoogte stellen (zie het toekomstige art. 7.17.1.8, tweede BW). Heeft een zorgverzekeraar in bepaalde provincies (vrijwel) alle zorgaanbieders gecontracteerd, dan zal deze verplichting waarschijnlijk geen probleem zijn. De verzekeraar kan dan immers in de zorgpolis opnemen dat de verzekerde naar alle aanbieders in deze provincies kan, behalve naar de enkele met name genoemde aanbieders. Als de verzekerde toch naar zo'n aanbieder gaat, dan kan de zorgverzekeraar beslissen de rekening niet geheel te vergoeden. Maar als een verzekeraar – naar verwachting overigens inderdaad pas op wat langere termijn – een gedifferentieerd inkoopbeleid gaat voeren, en bovendien een bepaalde gecontracteerde-zorgpolis in nogal wat provincies aanbiedt, zal een lijst met alle gecontracteerde of juist niet-gecontracteerde zorgaanbieders erg lang kunnen worden en bovendien vaak kunnen wijzigen. Voor een zorgverzekeraar zal het telkens verzenden van (wijzigingen in) dergelijke lijsten tot veel administratieve lasten leiden, terwijl een verzekerde doorgaans ook geen behoefte zal hebben aan dergelijke uitputtende lijsten (een verzekerde in Zuid-Limburg zal bijvoorbeeld slechts zelden

geïnteresseerd zijn in de huisartsen die zijn verzekeraar in Utrecht heeft gecontracteerd). De verzekeraar kan er dan voor kiezen om die lijsten niet standaard bij iedere zorgpolis en vervolgens ieder jaar, alsmede bij iedere tussentijdse wijziging mee te zenden, maar op een website een actuele lijst te presenteren en een telefonische hulpdienst in te stellen waar men kan vragen of een bepaalde zorgaanbieder gecontracteerd is. Indien een verzekerde om volledige vergoeding van een rekening van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vraagt, kan de verzekeraar dit derhalve alleen weigeren indien hij kan aantonen dat hij de verzekerde actief heeft geïnformeerd over (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders. Heeft hij een lijst met zorgaanbieders naar de verzekerde gestuurd of, bijvoorbeeld, een antwoordbrief waarin hij schrijft dat een bepaalde zorgaanbieder waarnaar de verzekerde informeerde niet gecontracteerd is, dan is dit gemakkelijk aan te tonen. In andere gevallen zal het een stuk moeilijker zijn. Het is derhalve niet de verzekerde, maar de verzekeraar die risico loopt als geen lijsten worden bijgevoegd.

Ik verwacht dat de verzekeraars wat dit betreft op goede praktijkoplossingen uit zullen komen, niet alleen voor 2006 – waarin naar verwachting van ZN breed gecontracteerd zal worden – maar ook voor latere jaren.

De hier geschetste situatie onderscheidt zich overigens van de situatie waarin iemand naar een gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan met wie het contract gedurende de zorgverlening door de verzekeraar is opgezegd. In dat geval zal de verzekeraar de behandeling nog volledig moeten vergoeden (artikel 13, vijfde lid, Zvw).

#### *Implementatie Zorgverzekeringswet*

De leden van de CDA-fractie geven aan tijdens de plenaire behandeling van de Zvw en in de stemverklaring nadrukkelijk te hebben aangegeven over welke zaken nog duidelijkheid zou moeten worden gegeven alvorens beslist kan worden over de invoeringsdatum.

Deze leden vragen aandacht voor de wijze waarop met name de verzekeraars aan hun implementatie-inspanningen inhoud geven, met name op het punt van de tijdige aanpassing van ICT. De leden van de CDA-fractie hebben begrepen 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 opgeleverd. Deze leden vragen of dit beeld klopt met de werkelijkheid. Ook vragen deze leden of inmiddels, mede in lijn met het verzoek van mevrouw Slagter, een audit is uitgevoerd door een consultant van buitenaf en of dit onderzoek zich met name richt op de kritische succesfactoren. Ook wijzen deze leden erop dat, wanneer een dusdanig onderzoek niet tijdig is ingezet, in feite de nog beschikbare tijd welhaast onvoldoende is om de audit te doen slagen. Kortom, deze leden vragen welke informatie zij nog kunnen verwachten om hun oordeel in positieve zin bij te kunnen stellen.

In antwoord op deze vragen kan ik u meedelen dat ik deze zomer PwC opdracht heb gegeven om een onderzoek te doen onder verzekeraars naar de voor de invoering van de Zvw kritische succesfactoren. Dit onderzoek is uitgevoerd om het zicht op de implementatie-inspanningen van verzekeraars te vergroten, in aanvulling op de informatie die mijn departement daarover reeds verzamelt via frequent overleg met ZN en individuele verzekeraars. Overigens beperken het onderzoek en overleg zich niet tot de activiteiten waar verzekeraars zelf voor verantwoordelijk zijn, maar wordt ook zorgvuldig gemonitord wat de voortgang is op andere relevante aspecten voor een succesvolle invoering van de Zvw. Dit betreft onder meer de beoordeling van de modelovereenkomsten door het CTZ en het uitbrengen van de budgetbrief met daarin de bijdrage

uit het vereveningssysteem door het CVZ. Het onderzoek is uitgevoerd bij alle zorgverzekeraars en twee volmachten (in het navolgende tezamen als verzekeraars aangeduid).

PwC heeft bij alle verzekeraars de meest kritische processen met betrekking tot het implementatietraject in beeld gebracht en de actuele stand van zaken beoordeeld met het oog op de invoering per 1 januari 2006. Dit betreft de projectbeheersing, de aanpassingen met betrekking tot de IT-systemen, de opleiding van personeel, de voorlichting en de voor de invoering relevante ontwikkelingen op de collectiviteitsmarkt. Van deze kritische processen is de stand van zaken van de invoering op de peildatum 1 september jongstleden vastgesteld. De onderzoekers is bovendien gevraagd om hun oordeel te geven over de mate waarin gelet op de stand van zaken en de voorziene activiteiten de genoemde aspecten tijdig tot een goed einde kunnen worden gebracht. Ook is de onderzoekers gevraagd om hun oordeel over de mate waarin eventuele knelpunten tijdig bijgestuurd kunnen worden. Het oordeel vertaalt zich grofweg in de kleuren van een stoplicht: groen als invoering zonder meer haalbaar is; oranje als het aspect aandacht behoeft en rood als invoering niet tijdig haalbaar is. Het onderzoeksrapport is als bijlage bijgevoegd.

De hoofdconclusie van het onderzoek is dat, gelet op de kwalitatief hoogstaande voorbereiding en gemeten naar de peildatum van 1 september, verantwoorde invoering van de Zvw mogelijk moet zijn. Teneinde deze verantwoorde invoering ook daadwerkelijk te realiseren is voortzetting van de zorgvuldige procesgang in de komende maanden essentieel.

Het onderzoek bevestigt dat alle verzekeraars zich ten zeerste inspannen om per 1 januari 2006 de Zvw te kunnen invoeren. Geen van de verzekeraars vraagt om uitstel van de invoering van de Zvw.

Illustratief voor het commitment van de verzekeraars is hun bijdrage aan het onderzoek zelf: in zeer korte tijd hebben alle verzekeraars de onderzoekers voorzien van actuele en veelal gedetailleerde informatie en deelgenomen aan vaak indringende gesprekken met de onderzoekers over de invoering.

De grote betrokkenheid van de verzekeraars blijkt onder meer uit de wijze waarop de invoering wordt aangepakt: bij vrijwel alle verzekeraars zijn stevige projectorganisaties verantwoordelijk voor de benodigde veranderingsprocessen. De sturing is meestal belegd op het hoogste niveau in de organisatie. Naar het oordeel van de onderzoekers wordt de sturing van het proces door verzekeraars adequaat vormgegeven.

Op het onderdeel projectbeheersing scoren vrijwel alle verzekeraars dan ook groen, een enkeling scoort op deelaspecten oranje. Dit betreft dan met name het voldoende aandacht geven aan een tijdige toetsing van de modelovereenkomst(en). Overigens houdt ook mijn departement de voortgang van de beoordelingen door het CTZ – in samenwerking met het CVZ – nauwgezet in de gaten. De stand van zaken bij de beoordeling van de modelovereenkomsten komt hierna aan de orde bij een vraag van de fractie van het CDA.

Ook met betrekking tot de onderdelen opleidingen en voorlichting staan vrijwel alle seinen op groen. Zowel de interne als de externe communicatie wordt met veel aandacht vormgegeven.

Het onderdeel IT heeft de bijzondere aandacht bij de verzekeraars. Veelal moet een groot aantal systemen worden aangepast. Deze aanpassingen moeten bovendien worden uitgevoerd in een vaste tijdspanne, waarbij het besluit dit voorjaar om de datum waarop verzekeren een aanbod te verplaatsen van 1 november naar 16 december wel verlichting heeft

geboden. Ook grijpt een aantal verzekeraars de Zvw-invoering aan voor grootschalige organisatie- en IT-aanpassingen. Gezien de impact en het gewicht van de IT-vraagstukken hebben de onderzoekers het beeld op het aspect IT nader gedifferentieerd. Dit leidt tot het volgende inzicht:

- Bij verreweg de meeste verzekeraars – 82% – gaat om een haalbare invoering van de IT-veranderingen, mits nauwgezette monitor plaatsheeft en snelle acties op opkomende issues wordt georganiseerd («groen tot geel»).
- Bij 18% van de verzekeraars zijn de IT-veranderingen haalbaar, indien aandachtspunten worden opgepakt en enige risico's worden geaccepteerd («oranje»).
- Bij geen enkele verzekeraar krijgen de IT-veranderingen het predikaat «niet haalbaar» mee («rood»), noch dringen de onderzoekers aan op drastische ingrepen.

Het onderzoek geeft geen aanleiding om de invoering van de Zvw en Wzt ingrijpend bij te sturen. Wel heb ik de onderzoekers gevraagd om de verzekeraars met een relatief lage score hierop expliciet te wijzen en aandacht te vragen voor de op te pakken punten. Uit de terugkoppeling van de onderzoekers is mij gebleken dat deze signalen zeer ter harte worden genomen.

De onderzoekers besteden ook aandacht aan een aantal meer beleidsmatige signalen die verzekeraars aan de onderzoekers hebben doorgegeven. Het meest terugkerende punt is de oproep van verzekeraars om beleidsmatige wijzigingen de komende tijd zoveel mogelijk te voorkomen, omdat deze de invoering onevenredig zwaar kunnen belasten. Verder wijst een aantal verzekeraars op voor de invoering relevante aspecten, die naar hun oordeel nog niet tot in alle details helder zijn. Mijn departement benut al deze signalen. In veel gevallen gaat het met name om het in samenwerking met ZN nog beter uitdragen van het beleid en gemaakte afspraken richting de verzekeraars. Op het onderdeel collectiviteiten is ingegaan bij het onderdeel «collectiviteitskorting».

De leden van de CDA-fractie vragen zich af op welke wijze de schadelast voor 2006 zal worden berekend of ingeschat bij de nog steeds bestaande achterstand bij de dbc-declaraties en wat aan de problematiek rondom de dbc's zelf zal worden gedaan.

Voor de inschatting van de schadelast voor 2006 gebruiken zorgverzekeraars gegevens over de schadelast in 2005. De achterstand in het declaratieverkeer maakt het voor zorgverzekeraars lastiger om inzicht te krijgen in de schadelast in 2005. Teneinde zorgverzekeraars behulpzaam te zijn, heb ik hen een handreiking gedaan van de verwachte effecten in de vorm van onderzoeken van Prismant. In 2004 heeft een eerste onderzoek plaatsgevonden, uitgaande van de voorlopige productstructuur en tarieven. In 2005 heeft een actualisatie van dit onderzoek plaatsgevonden. Boekhoudkundig schuift de schadelast naar voren als gevolg van de invoering van dbc's. Als een dbc geopend wordt, ontstaat er boekhoudkundig schadelast, waarbij een verzekeraar op het moment van dbc-opening een voorziening moet vormen voor de totale dbc. Ziekenfondsen worden in 2005 gecompenseerd voor de boekhoudkundige toename van de schadelast door een eenmalige verhoging van het macro-verstrekkingsbudget. Particuliere verzekeraars hebben een dergelijke compensatie niet nodig, omdat met de invoering van het nieuwe stelsel zij minder andersoortige voorzieningen hoeven aan te houden en er ook sprake is van lagere solvabiliteits-eisen in het nieuwe stelsel.

Uit de monitoring blijkt inderdaad een achterstand in het declaratieverkeer die gedeeltelijk van invloed is op een juiste berekening van de schadelast

door de verzekeraars. Om dit probleem op te lossen, heb ik recentelijk met alle betrokken partijen waaronder de zorgverzekeraars afspraken gemaakt over het in 2005 uniform in kaart brengen van het zogenaamde «onder handen werk» bij ziekenhuizen.

Tevens zijn met betrokken partijen afspraken gemaakt over verbeteringen van de dbc-systematiek, onder andere betrekking hebbend op een duidelijkere factuur voor de patiënt, administratieve lastenverlichting voor medisch specialisten en administrateurs in ziekenhuizen en prijsverschillen in de derde compartimentszorg.

Met dit antwoord is tevens de vraag van de leden van de PvdA-fractie betreffende problemen die zich bij verzekeraars kunnen voordoen bij het inschatten van de schadelast van het A- en B-deel over 2005, beantwoord.

#### *De zorgtoeslag*

De leden van de CDA-fractie vragen of de inkomenseffecten voor specifieke groepen eerder dan Prinsjesdag bekend gemaakt kunnen worden. Ook willen zij weten of een stemming kan wachten tot 4 oktober a.s.

In deze memorie van antwoord ga ik uitvoerig in op de Inkomenseffecten van de Zvw. Zo is in de Bijlage Inkomenseffecten een uitgebreide tabel opgenomen, waarin voor verschillende groepen het inkomenseffect wordt gepresenteerd. Daarnaast wordt in de antwoorden op enkele andere vragen ingegaan op de inkomensgevolgen van specifieke groepen. Al met al wordt daarmee een goed beeld geschetst van de inkomenseffecten. Bij de vraag of de stemming kan wachten tot 4 oktober wil ik aandacht vragen voor het feit dat iedereen en zeker de verzekeraars en uitvoerende organen (zoals CVZ en de Belastingdienst) zo snel mogelijk duidelijkheid moeten hebben over de invoering van de Zvw. Het is dus van groot belang om de stemming zo snel mogelijk te doen plaatsvinden.

De leden van de CDA-fractie merken op dat veel onrust is ontstaan door de wijziging die ik heb aangebracht ten opzichte van het SER-advies door een werkgeversbijdrage van circa 50% voor te stellen. In het desbetreffende advies wordt gepleit voor een volledig nominale premie.

De premiestelling in de Zvw betreft een afspraak in het Hoofdlijnenakkoord, waarbij is besloten tot een premie die voor 50% via inkomensafhankelijke bijdragen wordt betaald en voor het andere deel via een nominale premie. De vraag is of de onrust kleiner zou zijn geweest als mensen meer dan € 2 000 aan nominale premie voor hun ziektekostenverzekering zouden hebben moeten betalen.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik hun visie deel dat noodzakelijke reparatie moeilijk op eenvoudige wijze tot stand worden gebracht zonder nieuwe onevenwichtigheden op te roepen. Zo brengt iedere wijziging in de werkgeversbijdrage (van 5.96% naar 6.25%) voor niet-werknemers weer extra problemen. Deze leden vragen waarom deze wijziging noodzakelijk is.

De leden van de CDA-fractie willen eerst het totaalbeeld grondig kunnen bestuderen alvorens tot een oordeel te komen, waarbij men twijfelt aan de uitkomst, mede omdat in het zorgtoeslagstelsel geen wijziging is aangebracht.

Met de leden van de CDA-fractie ben ik van mening dat het moeilijk is om aanpassingen in het beeld aan te brengen zonder nieuwe onevenwichtigheden op te roepen.

De inkomensafhankelijke bijdrage stijgt naar huidig inzicht van de 5,96%

in het oorspronkelijke wetsvoorstel naar 6,5% voor personen die van hun werkgever een vergoeding krijgen en daalt naar 4,4% voor personen die geen werkgeversvergoeding krijgen. Deze veranderingen waren nodig door onder meer de grotere overheveling van de ggz en de daling van het bijdragepercentage van de groep zonder werkgeversbijdrage. Per saldo resulteert daarmee een evenwichtig inkomensbeeld.

Ook vragen de leden van de CDA-fractie of er intussen volstreekte helderheid is over de werkgeversbijdrage voor AOW-ers (zie ook hetgeen ik hierover heb gezegd tijdens de behandeling in uw kamer van de Zvw op 7 juni 2005 (Handelingen I, EK 27, pagina 1244, eerste en tweede kolom).

In antwoord op de vraag van deze leden kan ik melden dat er volstreekte helderheid bestaat over de inkomensafhankelijke bijdrage. Over de AOW-uitkering is een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd van 6,5%. In de hoogte van de bruto AOW-uitkering wordt hier rekening mee gehouden. De AOW-uitkering is gekoppeld aan het netto minimumloon en in dat traject wordt rekening gehouden met de inkomensafhankelijke bijdrage, de zogenaamde netto-netto-koppeling. Dit zelfde geldt overigens voor de procentuele ziekenfondspremie. Over de overige inkomsten die 65-plussers uit niet-tegenwoordige arbeid hebben, geldt een bijdrage van 4,4%.

De leden van de CDA-fractie en de leden van de SP-fractie hebben aangegeven het op prijs te stellen indien ik een antwoord geef op de diverse vragen van het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) van de brief van 1 september 2005.

De eerste vraag in deze brief is of de tegemoetkoming van de werkgever/uitkeringsinstantie voor de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage tot een hogere pensioengrondslag leidt.

Het antwoord daarop is afhankelijk van de definiëring van de pensioengrondslag in de pensioenregeling. Indien de regeling inhoudt dat het pensioen wordt berekend op basis van het overeengekomen bruto loon op jaarbasis, zal de pensioengrondslag door de vergoeding van de werkgever van de geheven inkomensafhankelijke bijdrage Zvw niet worden beïnvloed. Indien in de pensioenregeling staat dat de pensioengrondslag wordt gevormd door het loon in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964, is dit wel het geval, omdat de vergoeding die een werknemer van de inhoudingsplichtige werkgever ontvangt, als loon in de zin van genoemde wet wordt aangemerkt.

Verder vraagt het CSO of het juist is dat artikel 18 van de Zvw alleen betrekking heeft op werknemers en hun gezinsleden en niet op gepensioneerde oud-werknemers of dat deze bepaling als zodanig geïnterpreteerd dient te worden.

De wetgever heeft een werkgever niet willen dwingen om in zijn afspraken voor een collectieve ziektekostenregeling ook de ex-werknemers (gepensioneerden) mee te nemen. Uitgangspunt daarbij is dat werkgevers veelal een collectief contract zullen willen sluiten om de toegang tot specifieke zorgaanbieders in verband met voorkoming dan wel beperking van arbeidsverzuim mogelijk te maken. Dergelijke contracten zijn uitsluitend van belang voor werknemers in actieve dienst en in sommige gevallen ook zijn gezinsleden. De verantwoordelijkheden die werkgevers hebben op het gebied van arbeidsverzuim, preventie en reïntegratienopen hen ook tot het maken van dergelijke afspraken. Dat neemt overigens niet weg dat een werkgever die dat wil, ook zijn ex-werknemers



(gepensioneerden) deel kan laten uitmaken van de groep voor wie hij een collectieve afspraak met een verzekeraar wil maken.

Verder vraagt het CSO of het juist is dat ik plannen heb de maximale hoogte van de korting voor de collectieve contracten te verlagen om kruissubsidiëring te voorkomen en of ik nog andere mogelijkheden zie om dat te voorkomen.

Deze vraag is beantwoord bij de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Collectiviteitskorting».

De laatste vragen van het CSO betreffen de mogelijkheid van verlenging van de overgangperiode met betrekking tot het non-selecte aanbod tot 1 mei 2006, en in hoeverre ik de uiterste datum van het aanbod van verzekeraars – te weten voor 16 december 2005 – haalbaar acht. Op grond van via ZN gemaakte afspraken met de huidige ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, zullen zij al hun verzekerden voor 16 december 2005 (dus uiterlijk op 15 december 2005) een integraal, non select aanbod doen voor een zorgverzekering plus, indien men ten opzichte van het huidige ziekenfondspakket (dat als bekend model heeft gestaan voor het zorgverzekeringspakket) een aanvullende verzekering heeft, een aanvullende verzekering. Op grond van artikel 2.5.1 van voorliggend wetsvoorstel, raken personen die het aanbod voor de zorgverzekering niet voor 1 januari 2006 hebben afgewezen, volgens dat aanbod verzekerd. Zij kunnen de zorgverzekering echter tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht ontbinden, en kunnen tot 1 mei 2006 elders – met terugwerkende kracht en zonder boete wegens te laat verzekeren – een zorgverzekering sluiten.

Er zou met het oog op de eenvoud voor de verzekeringsplichtigen iets voor te zeggen zijn de datum vóór welke men kan ontbinden, gelijk te stellen aan de datum vóór welke men zonder boete een zorgverzekering kan sluiten, dat wil zeggen 1 mei 2006. Echter, daarmee zouden de zorgverzekeraars twee maanden langer in onzekerheid verkeren over de vraag hoeveel verzekerden zij nou precies hebben. Dat zou de verzekeraars in hun slagkracht kunnen belemmeren, onder meer bij een goede zorginkoop. Daarnaast zou de uitvoering van de vereveningsregeling er ingewikkelder van worden. Ten slotte speelde een belangrijke rol dat de verzekeraars slechts bereid waren een non-select aanbod voor de aanvullende verzekering te doen indien de wetgever de datum voor welke een op grond van artikel 2.5.1 tot stand gekomen zorgverzekering ontbonden kan worden, uiterlijk op 1 maart 2006 zou zetten. Het voorgaande in aanmerking genomen, is 1 maart 2006 gekozen als datum voor welke ontbonden moet worden.

In nauw overleg met de zorgverzekeraars is een datum overeengekomen, te weten 16 december 2005. Die datum is vervolgens ook in artikel 2.5.1 opgenomen. Zoals ik elders in deze memorie reeds heb aangegeven, ga ik ervan uit dat verzekeraars zich aan hun deel van de afspraken – een integraal, non select aanbod voor 16 december 2006 – zullen houden. Mijn deel ben ik nagekomen door opname van artikel 2.5.1 in voorliggend wetsvoorstel. Bij dit alles merk ik op dat artikel 2.5.1 de verzekeraars een forse prikkel geeft om het aanbod tijdig te doen, want alleen dan kunnen zij profiteren van de klantenbinding die van dat artikel uitgaat. De haalbaarheid van de datum wordt bevestigd in het in mijn opdracht door PwC uitgevoerde onderzoek. Op dat onderzoek is ingegaan bij de antwoorden op de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Collectiviteitskorting».

De leden van de CDA-fractie vragen een overzicht te ontvangen op welke wijze is voldaan aan de door de CDA-leden van de Tweede Kamer-fractie gevraagde wijzigingen.

De belangrijkste wijzigingen betreffen de veranderingen in de percentages voor de zorgtoeslag en de differentiatie in de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage. In het voorjaar heeft het kabinet besloten om de hoogte van de zorgtoeslag substantieel te verhogen. Hierdoor is het instrument beter zichtbaar geworden als onderdeel van de maatregelen om de premie voor de burger betaalbaar te houden. Een tweede maatregel die direct zichtbaar is in de premie betreft de differentiatie van de inkomensafhankelijke bijdrage. Door de differentiatie wordt de premielast voor verzekerden zonder werkgever zichtbaar verlaagd. Daarnaast heeft het kabinet nog een aantal specifieke maatregelen genomen zoals de maatregelen voor Wajong-gerechtigden van 18 tot en met 23 jaar alsmede de specifieke maatregelen voor 65-plussers.

De leden van de CDA-fractie pleiten voor een substantiële risicopot, waaruit onvoorziene knelpunten alsnog gerepareerd kunnen worden. Tevens geven deze leden aan dat de uitkomsten als gevolg van de invoering van dbc's moeilijk aanvaardbaar zijn als zij tot een hogere premie zouden moeten leiden, zoals reeds eerder aangegeven. Blijkbaar, zo stellen zij, kunnen hiervoor financiële middelen worden gevonden. De CDA-fractie geeft aan deze te willen benutten, indien noodzakelijk, voor nog boven water komende onevenwichtigheden in het zorgtoeslagstelsel als zodanig.

De Miljoenennota bevat een substantiële uitgavenreserve van € 200 miljoen die bedoeld is voor het opvangen van tegenvallers. Deze kan voor tegenvallers op alle beleidsterreinen, dus ook de zorg, worden benut. Overigens heb ik op dit moment geen aanwijzing dat ik voor de invoering van de zorgverzekeringswet een beroep op de uitgavenreserve zal moeten doen.

#### *Aanvullende verzekering*

De leden van de CDA-fractie geven aan dat de minister ten aanzien van de aanvullende verzekering en eventuele uitsluitingen van grote groepen mensen in wetgevende zin weinig mogelijkheden heeft. Wel heb ik – zo geven deze leden aan – toegezegd dat in 2006 eenmalig toezicht zal plaatsvinden. Deze leden vragen of hier geen taak voor de patiëntenorganisaties ligt om het inzicht in eventuele uitsluitingen te verschaffen. Tevens vragen zij of het dan niet noodzakelijk is om over het op verantwoorde wijze vastleggen van klachten eerst met het departement te overleggen.

Ik zie op dit terrein inderdaad een belangrijke taak voor de patiëntenorganisaties. Hierbij gaat het in het bijzonder om de eventuele uitsluitingen na 2006. Immers, voor de overgang per 1 januari 2006 zullen de verzekeraars een non-select aanbod aan hun verzekerden doen en op de uitvoering door verzekeraars van dit aanbod zal, zoals ik heb toegezegd, toezicht plaatsvinden.

Overleg daarover tussen het NPCF en mijn departement vindt reeds plaats in het kader van de monitoring die de NPCF op de invoering van de Zvw uitvoert.

De leden van de CDA-fractie merken op dat ik op een gegeven moment de NMA heb opgevoerd als een hefboom, ook met betrekking tot de aanvullende verzekeringen. Deze leden vragen of ik deze uitspraak nog eens kan toelichten.

De NMa als toezichthouder op de Mededingingswet, ziet ook op de feitelijke gedragingen van zorgverzekeraars bij de uitvoering van de aanvullende verzekeringen en kan als daar aanleiding toe is optreden

tegen verzekeraars die handelen in strijd met de Mededingingswet. Dit zal in het algemeen ook consequenties hebben voor de rol van de verzekeraar bij de uitvoering van de Zvw. Het gaat immers in de mededinging vooral om aspecten als concentratie en machtsmisbruik.

#### *Invloed van verzekerden op het beleid*

De leden van de CDA-fractie constateren dat de toezegging over het realiseren van de invloed van verzekerden ontbreekt in het overzicht van toezeggingen van 20 juni 2005.

Zij hebben mij 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 verzekeraars toch een voldoende lange periode zijn om deze toch eenvoudige kwestie op adequate wijze te regelen. Zij gaan er vooralsnog vanuit, dat tijdens de plenaire behandeling de knoop kan worden doorgemaakt: of er is helderheid over de wijze waarop de onderscheiden verzekeraars de invloed van verzekerden zullen regelen of er komt een ministeriële regeling.

De leden van de D66-fractie geven aan dat ik tijdens de behandeling van de Zvw heb gezegd serieus bezig te zijn met het waarborgen van de invloed van verzekerden op de zorginkoop en het contracteerbeleid van de verzekeraars. Ik heb aangegeven in overleg te zijn met ZN over de concrete invulling van de invloed van verzekerden. Ook de leden van de fractie van D66 zijn benieuwd naar de voortgang van deze gesprekken en vooral naar de resultaten van dit overleg.

De opmerking van de leden van de CDA-fractie over het ontbreken van de genoemde toezegging is terecht. Deze toezegging is inmiddels opgenomen in het geactualiseerde overzicht van toezeggingen dat als bijlage aan deze memorie van antwoord is toegevoegd. Dit laat overigens onverlet dat ik conform mijn eerdere toezegging uitvoerig met ZN over dit onderwerp van gedachten heb gewisseld.

ZN wijst daarbij allereerst op de ervaringen die de ziekenfondsen hebben opgedaan met dit onderwerp. De Zfw kent namelijk een vergelijkbare bepaling als artikel 28 van de Zvw. Ziekenfondsen die als rechtspersoon de onderlinge waarborgmaatschappij kennen, dienen op grond van burgerlijk recht een uit de verzekerden samengestelde ledenraad te hebben. Dit geldt ook voor zorgverzekeraars die als onderlinge waarborgmaatschappij de Zvw willen gaan uitvoeren. Uit de ervaringen van de ziekenfondsen blijkt dat het vaak lastig is om verzekerden te enthousiasmeren om zitting te nemen in deze ledenraad. Verder wijst ZN op het advies «Health Insurance Governance» dat de commissie Glasz in 2002 op verzoek van ZN heeft uitgebracht. Deze commissie beveelt onder andere aan raden van advies in te stellen, die het bestuur van de zorgverzekeraar met name op het terrein van de verzekering en zorg adviseren. Dit advies is door de leden van ZN geaccordeerd. Naar aanleiding daarvan vindt thans zowel bij ziekenfondsen als bij particuliere verzekeraars een heroriëntatie plaats op de wijze waarop zij de advies- en klankbordfunctie van verzekerden vorm willen geven. Daarnaast zorgt een toenemend aantal samenwerkingsrelaties op regionaal niveau tussen patiënten/consumenten-platforms en verzekeraars voor een toenemende invloed van verzekerden. Deze samenwerkingsrelaties hebben vooral betrekking op het beleid van de zorginkoop en de kwaliteit van de zorg. Overigens zal ZN artikel 28 van de Zvw nogmaals onder de aandacht van de leden brengen en hun verzoeken een nadere invulling te geven aan dit artikel.

Gelet op de inspanningen die ziekenfondsen en particuliere verzekeraars nu al verrichten om verzekerden meer invloed te geven op het beleid van verzekeraars, vind ik het niet wenselijk om daar op dit moment nadere

regels aan te stellen. Dit zou immers de inspanningen van verzekeraars doorkruisen. Een aanvullende reden daarvoor is het feit dat de PGO-organisaties via het Fonds PGO additionele financiële middelen ter beschikking zullen krijgen, waardoor zij ook meer kunnen investeren in de samenwerkingsrelaties met verzekeraars op regionaal niveau. Dit laat echter onverlet dat ik de ontwikkelingen terzake, mede op basis van de signalen van het CTZ, goed zal blijven volgen en zonedig aanvullende maatregelen zal treffen.

#### *Negatieve optie*

De leden van de CDA-fractie geven aan dat zij zich hebben gestoord aan enkele uitlatingen vanuit het veld over het uitsluiten van de ambtenaren voor de negatieve optie. De CDA-fractie is mij dan ook erkentelijk voor mijn zuivere benadering. Wel vragen zij mij, gelet op het antwoord over de mogelijke sanctie voor de zorgverzekeraars die er niet in slagen voor 16 december 2005 een integraal non-select aanbod aan hun verzekerden te doen, hier nog een nadere toelichting op te geven, omdat dit ook zou kunnen betekenen dat verzekerden geconfronteerd worden met een onterechte sanctie. Zij vragen specifiek op welke wijze ik wil voorkomen dat deze verzekerden «door het ijs zakken».

Terecht merken de leden van de CDA-fractie op dat verzekeraars die hun verzekerden pas na 15 december 2005 een verzekeringsaanbod doen, niet van artikel 2.5.1 I&A-wet Zvw (automatische overgang bij niet-reageren) kunnen profiteren. Een verzekeraar die te laat is, loopt daarmee derhalve het risico een fors deel van zijn huidige klantenbestand kwijt te raken. Dat is dan ook de reden dat ik verwacht dat verzekeraars er wel degelijk voor zullen zorgen dat hun klanten tijdig een aanbod krijgen. Mocht dat desalniettemin toch niet gebeuren, dan «zakt» iemand die een te laat aanbod krijgt, niet «door het ijs». Hij kan natuurlijk het late aanbod alsnog actief (door een mededeling aan zijn verzekeraar te doen) of passief (door een acceptgiro voor de premie dan wel een incassomachtiging te ondertekenen of door zorg te consumeren en de verzekeraar te laten betalen) accepteren, maar hij kan tot 1 mei 2006 natuurlijk ook elders een zorgverzekering sluiten. Die werkt dan tot en met 1 januari 2006 terug. Zoals ik tijdens het wetgevingsoverleg over de I&A-wet Zvw heb aangegeven, verwacht ik dat er in de praktijk geen problemen zullen ontstaan.

#### *Premie voor het jaar 2006*

De leden van de CDA-fractie schrijven dat aan de geruchtenstroom rond de premie voor 2006 een voorlopig einde is gekomen door de mededeling dat bij een gemiddeld hogere premiestijging dan € 25 deze stijging in de zorgtoeslag zal worden gecompenseerd. Overigens, zo merken deze leden op, betekent dit dan toch weer een stijging van lasten voor een echtpaar met alleen een AOW-uitkering van € 50 per jaar. Hiernaast achten zij 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.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of een hogere premie voor 2006 veroorzaakt mag worden door hogere uitkomsten voor invoering van dbc's of door de uitkomsten van de Commissie Korthals Altes.

Er is geen reden om aan te nemen dat de uitkomsten van de invoering van dbc's in 2006 leiden tot een hogere premie. Zoals reeds hiervoor in het antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie of in het risicovereveningssysteem nog aandacht wordt gegeven aan de zelfstandigen, geldt voor 2006 namelijk binnen de risicoverevening een zogenaamde bandbreedteregeling. De bandbreedteregeling heeft

betrekking op de deelbedragen kosten overige prestaties, variabele kosten ziekenhuisverpleging/ specialistische hulp en de no-claimteruggave. Deze regeling kent twee onderdelen. Het eerste is een nacalculatie op het verschil tussen het macroprestatiebedrag en de gerealiseerde kosten over alle verzekeraars. Het tweede betreft een nacalculatie van 90% op de individuele resultaten buiten een bandbreedte van plus en minus € 35 per betalende verzekerde. Voor het deelbedrag vaste kosten ziekenhuisverpleging geldt een nacalculatiepercentage van 95%, maar vanwege het ontbreken van historische informatie wordt bij de ex postvaststelling van het deelbedrag vaste kosten uitgegaan van de werkelijke vaste kosten en de onderlinge verdeling daarvan tussen verzekeraars zodat de facto geen risico wordt gelopen over dit deelbedrag. Ofwel: door de verschillende genoemde nacalculaties lopen zorgverzekeraars macro geen risico op eventuele kostenstijgingen als gevolg van de invoering van dbc's, en zij hoeven onzekerheden ook niet af te wentelen door risico-opslagen op de nominale premies.

Wat betreft de Commissie Korthals Altes heb ik de Commissie Uurtarief onder leiding van de heer Korthals Altes gevraagd mij te adviseren over een normatief onderbouwd uurtarief voor medisch specialisten. De Commissie heeft haar advies nog niet uitgebracht. Uiteraard ben ik met u van mening dat de uitkomsten van het advies niet mogen leiden tot een hogere premie. Om die reden heb ik de Commissie gevraagd in haar advies rekening te houden met de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het uurtarief. Verder zorgt de bandbreedteregeling er uiteraard ook voor dat het risico voor de verzekeraar op de kosten met betrekking tot het uurtarief voor medisch specialisten wordt afgedekt.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat de uitkomsten als gevolg van de invoering van dbc's moeilijk aanvaardbaar zijn als zij tot een hogere premie zouden moeten leiden, zoals reeds eerder aangegeven. Blijkbaar, zo stellen deze leden, kunnen hiervoor financiële middelen worden gevonden. De CDA-fractie geeft aan deze te willen benutten, indien noodzakelijk, voor nog boven water komende onevenwichtigheden in het zorgtoeslagstelsel als zodanig.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vraag van deze leden inzake de substantiële risicopot in het onderdeel «De zorgtoeslag».

#### *Publiekrechtelijk of privaatrechtelijk*

De leden van de CDA-fractie stelden enkele vragen over de juridische vormgeving van de Zvw.

De vraag of de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en het risicovereveningssysteem naadloos passen in een publiekrechtelijk systeem kan ik bevestigend beantwoorden. Tevens kan ik de visie van de CDA-fractie onderschrijven dat in een publiekrechtelijke setting, met inachtneming van hetgeen uit de schaderichtlijnen voortvloeit, ook marktelementen kunnen worden gehandhaafd.

De leden van de CDA-fractie vragen mij in dit verband tevens om een nadere toelichting te geven op de europeesrechtelijke merites van de contracteerplicht. In zijn brief van 25 november 2003 schrijft voormalig EU-Commissaris Bolkestein dat niet uitgesloten kan worden dat een verplichting aan zorgverzekeraars om zorgaanbieders te contracteren een belemmering van het vrije verkeer van (verzekerings)diensten met zich kan brengen. Dit omdat een buitenlandse verzekeraar zich door zo'n plicht tot contracteren zou kunnen laten weerhouden van toetreding tot de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Een plicht om zorgaanbieders te contracteren is in een privaatrechtelijk systeem derhalve slechts toege-

staan, indien dit vanuit het algemeen belang kan worden gerechtvaardigd, in welk verband de proportionaliteit en subsidiariteit van de maatregel beargumenteerd moet kunnen worden.

De passage uit de brief van de heer Bolkestein heeft ertoe geleid dat in artikel 12 van de Zvw expliciet is opgenomen dat de plicht om zorgaanbieders te contracteren, slechts ter bescherming van het algemeen belang (bij amvb) kan worden voorgeschreven. De Europese Commissie heeft van deze bepaling kennis kunnen nemen in het kader van de voorlegging van de vraag of de risicovereveningsbijdragen staatssteun vormen.

### *Voorlichting*

De leden van de fracties van CDA, D66, SP en SGP en ChristenUnie vragen mij hoe ik aankijk tegen de kritiek op de voorlichtingscampagne en welke wijzigingen er zijn te verwachten. Ook hebben de leden van de CDA-fractie opgemerkt, dat de brochure, die ik in juli van dit jaar huis-aan-huis heb laten bezorgen, meer vragen oproept dan beantwoordt. Deze leden vragen mij of ik in dit verband inmiddels actie heb ondernomen of dat ik dat alsnog ga doen.

Ik ben van mening dat de boodschap van de eerste fase van de voorlichtingscampagne over het algemeen goed is overgekomen. Dat blijkt uit onderzoek dat de Rijksvoorlichtingsdienst heeft gedaan naar de effectiviteit van de Postbus 51-campagne. Ruim 95% van de gevraagde respondenten weet dat er een nieuwe zorgverzekering komt en dat het verschil tussen ziekenfonds en particulier verdwijnt. Bovendien blijkt dat er inderdaad de nodige vragen worden gesteld, maar dat het aantal vragen gerelateerd aan de totale bevolking of het aantal huishoudens juist laag is. Meer details zijn opgenomen in de tweede voortgangsrapportage, die naar verwachting op 20 september a.s. aan het parlement zal worden verzonden.

Het voorgaande laat onverlet dat de behoefte aan meer concrete en gedetailleerde informatie toeneemt. Er zijn burgers die niet tevreden zijn omdat zij onvoldoende antwoord krijgen op hun vraag met betrekking tot hun persoonlijke situatie. Het betreft met name de vragen over de financiële consequenties van de zorgverzekering.

Vanaf Prinsjesdag zal ik hierover in de campagne uitgebreide informatie geven. Tegelijkertijd wil ik er op wijzen dat ook op Prinsjesdag de volledige (individuele) financiële gevolgen van de nieuwe zorgverzekering nog niet vaststaan. Deze zijn immers ook afhankelijk van de premiestelling door verzekeraars, de concrete zorgverzekering die de burger straks kiest en de werkgeversbijdragen die in de verschillende CAO's worden afgesproken. Wel is bekend hoe de overheidsmaatregelen uitpakken. Ik zal vanaf Prinsjesdag daarom in een aantal voorbeeldsituaties toelichten hoe de financiële gevolgen er in hoofdlijnen uit gaan zien. Dit geeft een goed beeld van de globale gevolgen en de factoren die daaraan ten grondslag liggen. Het is om de hiervoor aangegeven redenen echter niet mogelijk om iemand een persoonlijke uitkomst van de financiële gevolgen te geven.

Om in de voorlichting over deze complexe materie een zo groot mogelijk bereik te realiseren en een zo goed mogelijke uitleg te kunnen geven, zal ik enerzijds een extra impuls aan de VWS-campagne geven en anderzijds hierover afspraken maken met belangrijke intermediaire organisaties. Ik denk daarbij in het bijzonder aan de NPCF, de ouderenorganisaties en de werkgevers- en werknemersorganisaties.

Daarnaast werk ik aan een specifieke aanpak voor die doelgroepen die met de huidige voorlichtingsmiddelen onvoldoende bereikt kunnen worden. Voor deze moeilijk bereikbare groepen zullen specifieke

voorlichtingstrajecten worden ingericht in samenwerking met intermediaire organisaties. De voorbereiding daarvoor is inmiddels in volle gang.

### *Vrijwillige verzekering AWBZ*

De leden van de CDA-fractie wijzen er op dat de Wet vrijwillige verzekering AWBZ tot stand is gekomen op aandringen van de Tweede Kamer in mei 2000, en dat na de inwerkingtreding een actief voorlichtingsbeleid is gevoerd om belanghebbenden op deze verzekering te wijzen. Zowel in de Tweede als Eerste Kamer bestond een breed draagvlak voor deze vrijwillige verzekering. Om die reden vinden deze leden het voorgestelde overgangsrecht ontoereikend. Immers, zo stellen zij, al degenen die na 1 januari 2001 naar het buitenland zijn vertrokken en een vrijwillige verzekering AWBZ hebben afgesloten mochten veronderstellen dat zij zich van de noodzakelijke voorzieningen hadden verzekerd.

De leden van de CDA-fractie wijzen er voorts op dat in sommige landen, zoals bijvoorbeeld Spanje en Duitsland, voorzieningen tot stand zijn gekomen voor vrijwillig AWBZ-verzekerden. Deze leden vragen om een nadere toelichting in zowel materieel als financieel opzicht op de verschillen in voorzieningen in het woonland, bijv. Spanje en Duitsland, en de voorzieningen, die op basis van de vrijwillige verzekering AWBZ tot stand zijn gekomen.

Met name in Spanje zijn (thuis)zorginstellingen gevestigd die zich specifiek richten op AWBZ-verzekerden. Uit de informatietabellen van het Mutual information system on social protection van de Europese Commissie (MISSOC) blijkt dat Spanje op het gebied van langdurige zorg voorzieningen heeft op het gebied van thuiszorg en verpleeghuiszorg. Voor langdurige zorg in Spanje is geen eigen bijdrage door de betrokkene verschuldigd. Overigens merk ik op dat ook de in Spanje werkzame instelling Stichting De Wielborgh van mening is dat de dekking van het Spaanse sociale verzekeringsstelsel redelijk compleet is. Voor Duitsland geven de MISSOC-informatietabellen aan dat ook Duitsland voorzieningen kent voor thuiszorg en verpleeghuiszorg. Ook daar is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Vanwege het ontbreken van vergelijkbare cijfers over de kosten van AWBZ-zorg, of daarmee vergelijkbare zorg in Spanje of Duitsland, kan geen financiële vergelijking worden gemaakt. Net als Nederland hebben namelijk ook Spanje en de Scandinavische landen geen inzicht in de werkelijke kosten voor AWBZ-(achtige) zorg. Dat komt door de financieringssystematiek. Instellingen krijgen een budget. Wat iedere individuele patiënt in die instelling aan werkelijke kosten genereert, is dan niet te achterhalen. Daarnaast wordt deze vorm van zorg in sommige landen verstrekt als voorziening, waardoor deze kosten als zodanig om die reden niet bekend zijn.

De leden van de CDA-fractie hebben aangegeven dat het aantal vrijwillig AWBZ-verzekerden aanmerkelijk lager is dan indertijd werd verondersteld. Immers werd gesteld dat het zou gaan om circa 10 000 personen, verspreid over een groot aantal landen. Het gaat dus, zo stellen deze leden, om een overzienbaar probleem. Zij vragen een meer concreet overzicht te geven van aantallen per land.

De aantallen verzekerden per land per 31 december 2004 zijn als volgt:

België	547
Duitsland	133
Frankrijk	203
Groot-Brittannië	14
Israël	26

Italië	12
Marokko	86
Nederlandse Antillen	12
Oostenrijk	16
Portugal	16
Spanje	385
Suriname	11
Verenigde Staten	27
Zuid-Afrika	23
Zwitserland	42
Overig	99
<b>Totaal</b>	<b>1652</b>

Overigens hebben ook de huidige verplicht AWBZ-verzekerden in het woonland, zo nodig in aanvulling op het woonlandpakket, aanspraken uit hoofde van de AWBZ-restitutieregeling. In potentie kunnen thans 60 000 in een EU/EER-lidstaat of een «verdragsland» wonende verplicht AWBZ-verzekerden gebruik maken van de AWBZ-restitutieregeling.

De leden van de CDA-fractie willen voor het overwegen van mogelijke oplossingen eveneens gaarne vernemen welke bedragen aan premie in de jaren 2001 tot en met 2004 zijn ontvangen voor degenen die thans nog geen gebruik maken van AWBZ-voorzieningen.

In de jaren 2001 tot en met 2004 heeft de Sociale Verzekeringsbank (SVB) de volgende totaalbedragen aan premie voor de vrijwillige AWBZ-verzekering ontvangen:

2001 € 1 038 268  
 2002 € 2 128 420  
 2003 € 1 755 695  
 2004 € 2 136 212

De verschillen in premie-ontvangsten op jaarbasis hebben de volgende oorzaak. Het jaar 2001 is het eerste jaar is geweest waarin vrijwillige AWBZ-verzekering mogelijk was. In 2003 is de mogelijkheid gerealiseerd tot verrekening met een uitkering, waardoor premie-inkomsten, meer dan voorheen, gespreid worden ontvangen.

Er wordt – net als bij de verplichte AWBZ-verzekering – overigens niet apart geregistreerd of de verzekerde van wie de premie afkomstig is, op dat moment gebruik maakt van AWBZ-voorzieningen.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat ik met mijn 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 mijn zijde heb, maar zij vragen of ik verplicht ben de vrijwillige AWBZ-verzekering te beëindigen.

De vrijwillige AWBZ-verzekering is ingevoerd omdat na de beëindiging van de verplichte AWBZ-verzekering voor rechthebbenden op een Nederlandse langlopende sociale verzekeringsuitkering in 1999, de mensen die niet op grond van een verordening of verdrag in hun woonland recht hadden op zorg (te weten: de niet-ziekenfondsverzekerden) veelal een volledige dekking voor de kosten van zorg in hun woonland ontbeerden. Met de invoering van de Zvw is dat niet meer het geval voor mensen die wonen in een land waar de Europese socialezekerheidsverordening wordt toegepast, of in een land waarmee een verdragsregeling over de verlening van medische zorg is gesloten. De Zvw is een sociale verzekering en valt daarmee onder de toepassing van deze internationale socialezekerheidsregelingen. Daarmee hebben



betrokkenen in het woonland dezelfde rechten op medische zorg als de verzekerden van dat land zelf, net als rechthebbenden op pensioenen van andere lidstaten die daar zijn gaan wonen. Dit is in overeenstemming met wat internationaal is aanvaard.

Daarnaast kleeft er een aantal nadelen aan de vrijwillige AWBZ-verzekering. In de eerste plaats is gebleken dat de restitutieregeling AWBZ, die de grondslag vormt voor vergoeding van AWBZ-kosten in het buitenland voor zowel vrijwillig als voor verplicht AWBZ-verzekerden, fraudegevoelig is. Bovendien passen uitvoeringsorganen deze regeling te ruim toe, omdat het instrumentarium voor een goede controle in het buitenland ontbreekt. Tot slot is sprake van een onevenwichtige verhouding tussen de premieopbrengst en uitgaven (hierop wordt hierna ingegaan).

De leden van de CDA-fractie geven aan begrip te hebben voor de afwijzing van het amendement Smits – de vrijwillige verzekering AWBZ onverkort handhaven – maar willen niettemin het pleidooi voeren voor een ruimhartiger overgangsrecht. Deze leden vragen hoe ik me de oplossing van de huisvestingsproblematiek met eventuele verzorging en verpleging voorstel van om medische redenen naar het buitenland geëmigreerde Nederlanders, die naar Nederland willen terugkeren.

Mensen die naar Nederland willen terugkeren, zullen zelf voor huisvesting moeten zorgdragen. Als zij bij terugkeer AWBZ-zorg nodig hebben, hebben zij uiteraard dezelfde rechten als mensen die altijd in Nederland zijn blijven wonen en een indicatie hebben voor opname in een instelling.

De leden van de CDA-fractie hechten aan een rechtvaardig overgangsrecht op basis van gewekte verwachtingen en van door premiebetaling verkregen rechten. Zij pleiten voor een ruimhartiger overgangsrecht. Zij denken daarbij aan een voortzetting van de verzekering voor de per ultimo 2004 verzekerden (nieuwe aanmeldingen in 2005 hebben de komende wijziging kunnen voorzien) of terugbetaling van de premie over de jaren 2001 tot en met 2004, waarbij tussenvarianten eveneens bespreekbaar zijn. De leden van de CDA-fractie vragen zich af aan welke variant ik de voorkeur geef. Ook de leden van SP vragen naar de mogelijkheid van premierestitutie.

Ik ben net als de leden van de CDA-fractie van mening dat ingeval van aanpassing van socialezekerheidswetgeving sprake moet zijn van een rechtvaardig overgangsrecht. Daarom is in het wetsvoorstel I&A-wet Zvw een overgangsregeling opgenomen om de effecten van de voorgenomen afschaffing van de vrijwillige AWBZ-verzekering te mitigeren. Deze regeling houdt in dat mensen die op 31 december 2005 al ten laste van de AWBZ zorg krijgen, die zorg ten laste van de AWBZ mogen voortzetten. Als in voorkomende gevallen daarna, in aansluiting op die zorg, verdergaande zorg nodig is bestaat ook daarop ten laste van de AWBZ aanspraak, indien de desbetreffende zorgvorm op 31 december 2005 in het AWBZ-aansprakenpakket zat (derhalve ongeacht latere pakketwijzigingen, bijvoorbeeld als gevolg van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)).

Mogelijke alternatieve opties voor de voorgestelde overgangsregeling betreffen het voorzetten van de huidige vrijwillige AWBZ-verzekering en het restitueren van de betaalde premies voor deze verzekering. Voortzetting van de vrijwillige AWBZ-verzekering voor de huidige kring van vrijwillig AWBZ-verzekerden heeft tot gevolg dat daardoor de eerdergenoemde nadelen (fraudegevoeligheid, moeilijk controleerbaar en een onevenwichtige verhouding tussen de premieopbrengst en de kosten) blijven bestaan. Bovendien zou door het handhaven van de vrijwillige

AWBZ-verzekering sprake zijn van een onevenwichtige verhouding ten opzichte van de buiten Nederland wonende rechthebbenden op pensioenen die per 1 januari 2006 niet langer verplicht AWBZ-verzekerd zullen zijn. Deze categorie heeft als gevolg daarvan niet langer aanspraak op de AWBZ-restitutieregeling.

De beëindiging van de verzekeringsplicht van die categorie (die wordt gerealiseerd met het Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet) houdt verband met de inwerkingtreding in 2006 van de nieuwe Europese socialezekerheidsverordening. Deze verbiedt verplichte verzekering van niet- en niet meer actieven in een lidstaat waar men niet woont. Voor hen zal eenzelfde overgangsrecht gelden als in de I&A-wet Zvw voor de thans vrijwillig verzekerden is voorzien. Overigens is het de vraag of een dergelijke vrijwillige verzekering op termijn houdbaar is vanwege het element van zelfselectie dat hierin verweven is. Immers, alleen mensen die verwachten dat zij in de toekomst gebruik moeten maken van een dergelijke regeling, zullen zich hiervoor verzekeren.

Bij een eventuele teruggave van de betaalde premie vrijwillige AWBZ-verzekering kan ook een aantal kanttekeningen worden geplaatst. In de eerste plaats is de AWBZ-verzekering een risicoverzekering die niet, zoals de AOW-verzekering, voorziet in een opbouw van rechten. Tegenover de betaalde premie is risico gelopen en zijn mogelijk ook vergoedingen verleend, waarvoor dan, in geval van premierestitutie, achteraf geen financiële dekking heeft bestaan. In de tweede plaats zou door het alleen aan vrijwillig AWBZ-verzekerden restitueren van de premie een onevenwichtige situatie worden gecreëerd ten opzichte van de verplicht AWBZ-verzekerden. Beide categorieën hebben eenzelfde premie betaald en hebben, in voorkomend geval, op grond van de AWBZ-restitutieregeling aanspraken kunnen doen gelden.

De leden van de CDA-fractie stellen een nadere toelichting op prijs met betrekking tot de uitspraak dat de premies tot dusverre niet kosten-dekkend zijn.

De premie die volgens de mij ten dienste staande gegevens gemiddeld per vrijwillig verzekerde persoon wordt geïnd, bedraagt volgens opgave van de SVB in 2004 ongeveer € 1 230 per jaar.

De uitgaven voor de uitvoering van de AWBZ-verzekering door de SVB, bedragen per vrijwillig verzekerde ongeveer € 500 per jaar. Het overblijvende bedrag kan worden aangewend voor het dekken van de aan personen te verlenen AWBZ-zorg. Verzekeraars kunnen niet aangeven welke uitgaven er ten behoeve van vrijwillig AWBZ-verzekerden worden gedaan, omdat dat niet afzonderlijk wordt geregistreerd. De gemiddelde kosten voor de AWBZ-verzekering van een in Nederland wonende AWBZ-verzekerde ouder dan 65 jaar, bedragen € 4 000 per jaar. Indien deze cijfers worden toegepast op de vrijwillige AWBZ-verzekering, betekent dat per verzekerde een tekort van ruim € 3 200 per jaar. Zelfs al zouden die kosten in het woonland lager liggen, dan nog is de premie die in het kader van de vrijwillige AWBZ-verzekering wordt geïnd, bij lange na niet voldoende om de kosten van zorg te dekken. Daarbij komt dat de AWBZ-verzekering voor een deel ook uit Rijksbijdragen wordt gefinancierd, met andere woorden uit de door de Nederlandse belastingbetaler opgebrachte belasting. Hiervan hebben ook de in het buitenland wonende en aan de daar geldende belastingwetgeving onderworpen Nederlandse AWBZ-verzekerden voordeel.

#### *Enkele vragen*

De leden van de CDA-fractie vragen zich – gelet op enige informatie terzake – af of het met de noodzakelijke goedkeuring van de model-

overeenkomsten naar wens loopt, dat wil zeggen in de tijd en naar inhoud.

Het CTZ boekt goede voortgang in de toetsing van de voorgelegde modelovereenkomsten. Voor de beoordeling van de modelovereenkomsten is het CTZ ingevolge de Algemene wet bestuursrecht (Awb) gehouden aan een wettelijke termijn van acht weken. Het CTZ streeft er naar binnen zes weken de zorgverzekeraar te voorzien van een oordeel. Er wordt hard gewerkt aan het beoordelen van de modelpolissen. Het is een nieuw traject, zowel voor de zorgverzekeraars als voor het CVZ en het CTZ die samen de toets verrichten. Met name in het begin van het traject is het een zoeken geweest tussen goede toegankelijke en inzichtelijke formuleringen voor verzekerden en het voldoen aan de wettelijke voorschriften met betrekking tot de inhoud en omvang van de zorgprestaties. Het zoeken naar dit evenwicht geschiedt vaak in goed inhoudelijk overleg tussen CTZ/CVZ en de desbetreffende zorgverzekeraar. CTZ/CVZ besteden veel tijd aan overleg met zorgverzekeraars over de voorgelegde modelpolissen.

Het CTZ geeft heel concreet aan op welke punten de modelpolis nog wat aangepast moet worden. Op deze wijze is het voor de zorgverzekeraar makkelijk de modelpolis aan te passen, opdat de aangepaste modelpolis vervolgens snel ter toetsing aan het CTZ kan worden voorgelegd. Ook met betrekking tot de verbeterpunten kan de zorgverzekeraar nog nader hulp krijgen van het CTZ/CVZ. Het CTZ hanteert als procedure dat zij eerst een voorlopig oordeel geeft. Het definitieve oordeel wordt pas gegeven nadat de reglementen die deel uitmaken van de zorgpolis, zijn vastgesteld. In die reglementen worden de hulpmiddelenzorg en de farmaceutische zorg nader uitgewerkt. Om die uitwerking te kunnen doen, hadden zorgverzekeraars de Regeling zorgverzekering die op 5 september 2005 in de Staatscourant heeft gestaan, nodig. Voor de nadere uitwerking van de hulpmiddelenzorg, ontwikkelt ZN op dit moment voorbeelden die de zorgverzekeraar behulpzaam zijn bij het formuleren van deze zorg in de reglementen.

Naar verwachting zal het CTZ de eerste voorlopige oordelen een dezer dagen naar de betrokken verzekeraars versturen.

Inmiddels hebben zowel de toezichthouder als de zorgverzekeraars de nodige ervaringen opgedaan met het traject. De verwachting is dan ook gerechtvaardigd dat naarmate de tijd verstrijkt de kwaliteit van de voorgelegde modellen zal toenemen en de snelheid waarmee de toezichthouder de procedure afwikkelt kan worden verkort. Ook het beschikbaar komen van de door ZN in samenwerking met het CTZ en CVZ ontwikkelde voorbeeldmodelpolis speelt hier een rol. Het CTZ onderhoudt een direct contact met alle potentiële zorgverzekeraars via zijn website en zijn periodieke nieuwsbrief. Daarin maakt het CTZ melding van de voortgang, maar ook van kennis en ervaringen die zij als toezichthouder bij de beoordeling van de al voorgelegde modelpolissen opdoet. Deze informatie is van groot belang voor de zorgverzekeraars die nog in het traject van beoordeling van de modelpolissen betrokken zijn.

Van de voortgang in de toetsing brengt het CTZ mij periodiek verslag uit in het implementatieoverleg. In dat overleg worden ook praktische afspraken gemaakt voor een zorgvuldige en zo voorspoedig mogelijke toetsing van de voorgelegde modelovereenkomsten.

De leden van de CDA-fractie vragen of de bepalingen over het terrorisme-risico in de voorgehangen wijziging van het Besluit zorgverzekering ook gevolgen heeft voor de modelovereenkomsten.

Op 2 augustus heb ik bij uw Kamer een wijziging van het Besluit zorgverzekering voorgehangen waarin wordt voorgesteld wat betreft de dekking die de zorgverzekering in geval van terroristische aanslagen biedt, aan te sluiten bij wat daarvoor krachtens de overige private verzekeringen geldt. In het Besluit zorgverzekering zoals dat onlangs in Staatsblad 2005, 389 is gepubliceerd, wordt nog uitgegaan van een volledige dekking van zorg die ten gevolge van terroristische aanslagen geldt, tenzij de minister van Financiën de dekking op het moment dat zo'n aanslag zich heeft voorgedaan, beperkt. Zoals in de uitgebreide toelichting op de voorgehangen wijziging is beargumenteerd, blijkt dit uitgangspunt echter, willen de zorgverzekeraars aan de solvabiliteitsregels kunnen voldoen, niet houdbaar. Omdat de huidige voorbeeldmodelovereenkomsten nog uitgaan van het huidige besluit (zie artikel 25, laatste streepje, van die voorbeeldmodellen), zullen deze bij inwerkingtreding van de voorgestelde wijziging inderdaad gewijzigd moeten worden. Het is echter niet uitgesloten dat toekomstige zorgverzekeraars in modelovereenkomsten die zij aan het CTZ hebben voorgelegd, reeds op de wijziging hebben geanticipeerd. Het CTZ zal daar dan akkoord mee kunnen gaan onder de voorwaarde dat de wijziging ook daadwerkelijk tot stand komt.

De leden van de CDA-fractie vragen of het nog steeds de bedoeling is de zorgsector vrijstelling te geven op grond van artikel 9, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening (Wfd).

De Wfd bevat gedragsregels voor verzekeraars. Het grootste deel van deze regels dient ook gewoon van toepassing te zijn op zorgverzekeraars. Dit is slechts anders in het – beperkte – aantal gevallen waarin de Zvw of, in de toekomst, de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) (Kamerstukken II 2004/05, 30 186, nrs. 1–3) reeds in voldoende bescherming voorziet. Het is derhalve niet zo, dat op grond van artikel 9 van de Wfd de zorgverzekeringssector geheel van de Wfd-regels zal worden vrijgesteld. Wel zal de sector worden vrijgesteld van de verplichting van artikel 37 Wfd (zorgen voor adequate klachtenbehandeling). Artikel 114 Zvw geeft op dit punt immers reeds een uitputtende, op de zorgverzekeringssector toegesneden regeling.

Overigens worden in de Vrijstellingsregeling Wfd, schadeverzekeringen, waaronder als bekend ook de zorgverzekeringen vallen, niet aangemerkt als impactvolle producten. Dat brengt met zich dat de adviesregels van artikel 32 van de wet niet op zorgverzekeringen van toepassing zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op een brief van de heer mr. J.C. Plooy, waarin deze aandacht vraagt voor de zijns inziens onjuiste uitwerking bij fiscale partners van de wijziging van de drempel voor de aftrek van buitengewone uitgaven. Ook de leden van de SP-fractie vragen een toelichting op deze systematiek.

Bij fiscale partners worden de buitengewone uitgaven samengevoegd berekend. Ook de drempel wordt in dat geval voor hen gezamenlijk berekend. Dat betekent dat bij de berekening van die drempel ook tweemaal de standaardpremie in mindering moet worden gebracht onder aftrek van de zorgtoeslag die voor hen gezamenlijk zou gelden, indien bij de berekening van het bedrag van de zorgtoeslag wordt uitgegaan van het toetsingsinkomen vóór toepassing van de persoonsgebonden aftrek. Het gaat derhalve niet om de daadwerkelijk ontvangen zorgtoeslag, maar om het bedrag aan zorgtoeslag dat resulteert bij toepassing van de hiervoor genoemde berekeningswijze. Dit laatste was nodig om een kringverwijzing in de berekeningswijze te voorkomen.

De leden van de CDA-fractie constateren dat nog steeds niet is voldaan aan de gestelde voorwaarden met betrekking tot invoering van de Zvw en

de Wzt per 1 januari aanstaande en nodigen mij uit om hierover helderheid te verschaffen.

Ik ben het met de leden van de CDA-fractie eens dat de invoering van de Zvw en de Wzt zeer zorgvuldig dient te geschieden. Ik heb dan ook al een reeks van maatregelen genomen of voorbereid die daar aan bijdragen. Voor een overzicht daarvan verwijs ik graag naar de opsomming van maatregelen hieronder in reactie op een soortgelijke vraag van de leden van de PvdA-fractie. Wat de realisatie van de toezeggingen aan de Eerste Kamer betreft, wil ik graag verwijzen naar de bijlage bij deze memorie van antwoord. Daaruit blijkt dat ik over de realisatie van het merendeel van deze toezeggingen al in mijn brief van 22 juli 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 11) heb gerapporteerd of in de tweede voortgangsrapportage, die u naar verwachting op 20 september a.s. zult ontvangen, zal rapporteren. Voor de resterende toezeggingen geldt één van de onderstaande onderscheiden situaties:

- een deel van deze toezeggingen komt aan de orde in de derde voortgangsrapportage, die ik kort voor de behandeling van de begroting van VWS naar beide Kamers zal sturen of in separate brieven. Het gaat daarbij om onderwerpen die bijdragen aan een goede werking van de Zvw maar die daar geen «conditio sine qua non» voor zijn.
- het overige deel heeft betrekking op de effecten van de Zvw en komt dan uit de aard der zaak pas in 2006 aan de orde.

### **3. PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie vragen welke waarborgen er bestaan voor een zorgvuldige introductie en implementatie van de Zvw en Wzt.

In antwoord op deze vraag wijs ik graag naar het antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Implementatie Zorgverzekeringswet».

Daarnaast wijs ik de leden van de PvdA-fractie op de reeks maatregelen die reeds zijn genomen of zijn voorbereid om de invoering van de Zvw en Wzt in goede banen te leiden. Ik wijs daarbij met name op:

- De besluitvorming over wet- en regelgeving, die tot dusverre conform planning verloopt. De I&A-wet Zvw vormt daarvan het voornaamste sluitstuk.
- De beoogde wettelijke regeling van een «automatische overgang» van verzekeren zoals opgenomen in de I&A-wet Zvw.
- De zorgvuldige vormgeving van het vereveningssysteem, waarover in goed overleg met verzekeraars is besloten. De verevening houdt rekening met de onzekerheden die samenhangen met de overgang naar een nieuw verzekeringsstelsel.
- Maatregelen van het kabinet om de koopkrachtgevolgen van de invoering in goede banen te leiden, waarover het parlement op Prinsjesdag wordt geïnformeerd.
- De inspanningen van Postbus 51, het RIVM, de Belastingdienst, ZN, individuele verzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties, werkgevers- en werknemersorganisaties, brancheverenigingen en mijn departement, om burgers zorgvuldig voor te lichten over de veranderingen die op stapel staan en de keuzemogelijkheden die worden geboden.
- Het frequente overleg dat mijn departement voert met alle voor de invoering relevante partijen, waaronder verzekeraars, gemeenten, organisaties van werkgevers en werknemers en koepels van zorgaanbieders.
- Het akkoord dat is gesloten met de huisartsen over een nieuw

bekostigingssysteem ter vervanging van het huidige duale systeem en de activiteiten van met name huisartsen en verzekeraars om het akkoord te implementeren.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke garanties kunnen worden gegeven rond de tijdigheid van het non-selecte aanbod en dat de te betalen premie de grens van de gegarandeerde 5% niet te boven gaat.

Verzekeraars hebben er alle belang bij hun verzekerden uiterlijk 16 december een aanbod te doen. Voor het genoemde percentage van 5% is van belang dat in de Wet op de zorgtoeslag is bepaald dat de zorgtoeslag wordt vastgesteld op basis van de cijfers in de Macro Economische Verkenning (MEV). Tevens is bepaald dat als zich afwijkingen voordoen bij het Centraal Economisch Plan (CEP) een aanpassing plaatsvindt. Ik wijs in dit verband ook naar het antwoord op de vraag van deze leden hierna over afwijkingen in de MEV en naar het onderdeel «Negatieve optie» in antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de PvdA-fractie geven aan zich des te meer zorgen te maken over de implementatie van de Zvw, daar ook de implementatie van de WTG ExPress en de wet Herziening overeenkomstenstelsel (Hoz) zorg meer problemen bij de uitvoering geeft dan verwacht.

Ik ben van mening dat zowel de WTG ExPres als de Hoz goed functioneren. Uit de praktijk zijn mij geen signalen bekend die leiden tot een conclusie als die van de leden van de PvdA-fractie. Problemen bij de uitvoering van de dbc's zijn van administratief/ technische aard en kunnen niet als een direct gevolg worden aangemerkt van de invoering van deze twee wetten. Overigens werk ik met de betrokken partijen op een constructieve manier aan een oplossing hiervoor.

De vraag van de leden van de PvdA-fractie over de voortgang bij de Belastingdienst in verband met het uitbetalen van de zorgtoeslag is beantwoord bij de vraag van de leden van de VVD-fractie in het onderdeel «Belastingdienst».

De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer de Belastingdienst beschikt over de gewogen premie om de hoogte van de toeslag te berekenen. Zij vragen in dat verband hoe de verschillen in het aantal verzekerden dat zich tegen een bepaalde premie verzekert, worden gewogen. Deze leden geven aan het niet duidelijk te vinden op welke gronden de Belastingdienst kan beschikken over gegevens voor het gewogen premiegemiddelde. Zij vragen in dit kader om toe te lichten hoe de mogelijkheid tot 1 mei 2006 van verzekeraar te wisselen hierbij wordt betrokken. Ten slotte vragen deze leden of kan worden aangegeven in hoeverre de Belastingdienst in staat is een latere correctie van de hoogte van de zorgtoeslag uit te voeren.

Op grond van de Wzt wordt in april 2006, op basis van het cijfer vermeld in het CEP, gezien of de standaardpremie meer dan € 25 afwijkt van het cijfer vermeld in de MEV.

In dat geval zal de hoogte van de zorgtoeslag door de Belastingdienst worden herberekend en vanaf juli 2006 worden verwerkt in de voorschotten voor de rest van het jaar. Een aandachtspunt daarbij is dat er in 2006 naar verwachting meer verzekerden van verzekeraar zullen veranderen dan in «normale jaren». Die verzekerden kunnen ook nog tot relatief laat in het jaar – tot 1 mei boetevrij – veranderen van verzekeraar. Dit betekent dat nog onzeker is of er specifiek voor het jaar 2006 al in april 2006 een hard realisatiecijfer te melden valt voor de gewogen gemiddelde

premie. Gestreefd zal in elk geval worden naar een zo goed mogelijke raming van de gewogen nominale premie in het CEP. In theorie bestaat de mogelijkheid dat, louter voor het jaar 2006, op een later moment nog een tweede herberekening nodig is als blijkt dat de raming in het CEP achteraf gezien toch teveel afwijkt van de realisatie. In dat geval zal aanpassing van de voorschotten naar verwachting niet meer mogelijk zijn, maar zal de herberekening van de zorgtoeslag na afloop van het jaar bij de definitieve vaststelling plaatsvinden.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de ramingen gegeven in de nadere memorie van antwoord voor de Wzt, betreffende de hoogte van de premie en daarmee van de hoogte van de zorgtoeslag, nog in overeenstemming zijn met de werkelijkheid. Ook vragen zij of kan worden aangegeven in hoeverre de ramingen betreffende het gebruik van de zorgtoeslag nog in overeenstemming met de werkelijkheid zijn.

In de nadere memorie van antwoord voor de wet op de zorgtoeslag werd nog uitgegaan van een standaardpremie van € 1 030. Intussen is bekend dat de standaardpremie die volgt uit de MEV € 1 015 bedraagt. Daarnaast is ook de raming van het minimumloon (het drempelinkomen) licht aangepast.

Op grond van de lichte wijzigingen in de standaardpremie en het drempelinkomen is de meest actuele raming van het budgettaire beslag van de zorgtoeslag thans € 2,6 miljard.

De leden van de PvdA-fractie willen graag weten tot hoe lang na inwerkingtreding van de Zvw en de I&A-wet Zvw het overgangsrecht van artikel 2.5.4. geldt. Zij vragen dit te illustreren aan de hand van een voorbeeld van een chronisch zieke.

Indien iemand voor de inwerkingtreding van de Zvw en de I&A-wet Zvw op basis van een naturaverzekering in behandeling was bij een zorgaanbieder die zijn zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2006 niet meer heeft gecontracteerd, mag hij de behandeling voor rekening van zijn zorgverzekeraar afmaken, zo volgt uit artikel 2.5.4 van voorliggende wet. Het recht op voortzetting van de behandeling van een onder de Zvw niet meer door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, is in artikel 2.5.4 niet in de tijd begrensd. Dat betekent dat een verzekerde bij de zorgaanbieder in behandeling kan blijven totdat de behandeling beëindigd is. Wanneer daarvan sprake is, zal in de praktijk vooral door de zorgaanbieder (in overleg met de verzekerde) worden bepaald. Artikel 2.5.4 beoogt patiënten de gelegenheid te geven een reeds aangevangen behandeling met een doorlopend karakter bij dezelfde zorgaanbieder af te maken. Het volgende voorbeeld met een chronisch zieke patiënt moge een en ander illustreren.

Stel dat een diabetespatiënt onder controle staat van een diabetes-verpleegkundige in een ziekenhuis dat met ingang van 1 januari 2006 niet meer gecontracteerd wordt. In dat geval kan de patiënt de zorgrelatie met die verpleegkundige voor rekening van zijn verzekeraar voortzetten. Diabetes kan onder andere tot aantasting van het netvlies leiden. Stel dat de verzekerde dientengevolge in 2008 een oogoperatie nodig heeft. In dat geval zal hij zich daarvoor moeten wenden tot een gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. De (behandeling in het kader van) de oogoperatie was immers niet voor 1 januari 2006 begonnen. Overigens denk ik dat artikel 2.5.4 niet zo vaak zal worden gebruikt. Zoals ik elders in deze memorie van antwoord heb aangegeven, verwacht ZN namelijk dat de meeste zorgaanbieders die nu door een ziekenfonds zijn gecontracteerd in 2006 bij de zorgverzekeraar die uit dat ziekenfonds voortkomt gecontracteerd zullen zijn. Voor situaties waarin in latere jaren een contract wordt opgezegd, zal artikel 13, vijfde lid Zvw (zie artikel 2.4.2,

onderdeel G, onder 2°, van voorliggend wetsvoorstel) uitkomst kunnen bieden.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of het juist is dat zich bij verzekeraars problemen voordoen bij het inschatten van de schadelast van het A en B-deel over 2005 en, zo ja, waar deze problemen uit bestaan.

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de laatste vraag van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Implementatie Zorgverzekeringswet».

De leden van de PvdA-fractie vragen zich voorts af welke gevolgen de onduidelijkheid over de schadelast van het A- en B-deel over 2005 heeft voor de vaststelling van de verzekeringsbudgetten op basis waarvan de verzekeraars hun premie vaststellen voor het komende jaar.

Om de schadelast per verzekeraar zo goed mogelijk kunnen inschatten, is door Prismant onderzoek gedaan naar de schadelastverschuivingen bij het vaststellen van de gewichten in de risicoverevening 2006 als gevolg van de invoering van dbc's. De in dit onderzoek gevonden schadelastverschuivingen tussen leeftijd- en geslachtsgroepen zijn toegepast. Dit onderzoek is gebruikt om het normatieve bedrag per verzekeraar vast te stellen voor 2006. Om de onzekerheden te mitigeren, is een bandbreedte-regeling opgenomen. Op deze bandbreedte ben ik ingegaan bij een vraag van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Het risicovereveningssysteem».

De leden van de PvdA-fractie vragen of kan worden aangegeven 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. Als een dbc geopend wordt, ontstaat er boekhoudkundig een schadelast. De schadelast schuift daardoor, ten opzichte van de situatie vóór de invoering van dbc's, boekhoudkundig naar voren. Omdat een dbc pas achteraf betaald wordt, verschuift de betaling door een verzekeraar aan het ziekenhuis naar achteren. Daarom moet een verzekeraar als een dbc geopend wordt, een voorziening vormen voor de totale dbc.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze inhoud is gegeven aan de toezeggingen, gedaan tijdens de plenaire behandeling van de Zvw in de Eerste Kamer, betreffende het creëren van voorzieningen waarmee burgers kunnen berekenen wat voor hen de inkomensgevolgen van de Zvw zijn.

Het Kabinet heeft besloten om kort na Prinsjesdag op de site [www.denieuwezorgverzekering.nl](http://www.denieuwezorgverzekering.nl) voor een aantal typen huishoudens en inkomensklassen de financiële gevolgen van de Zvw voor de burgers inzichtelijk te maken. Ook kan Postbus 51 telefonische ondersteuning bieden voor vragen hierover. Daarnaast maak ik afspraken met intermediaire organisaties, zoals sociale partners, om de uitleg over financiële gevolgen zo goed mogelijk vorm te geven.

De leden van de PvdA geven aan dat krachtens de WWB gemeenten een bijzondere bijstandsregeling instellen. 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. De leden van de PvdA-fractie vragen of aangegeven kan worden in hoeverre en in welke mate te verwachten valt dat het beroep op de bijzondere bijstand zal toenemen als gevolg van de



invoering van de Zvw en de aanpassing van de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven.

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie over een eventuele noodzakelijke financiële oplossing, die niet ten laste van de gemeenten of verzekeraars mag komen bij het onderdeel «Onverzekerden».

De leden van de PvdA-fractie vragen of kan worden aangegeven in welke mate het beroep op de bijzondere bijstand zou kunnen toenemen, daarbij uitgaande van een optimistisch en een pessimistisch scenario. Ook vragen zij of gemeenten worden gecompenseerd voor een toenemend beroep op de bijzondere bijstand als gevolg van landelijk beleid.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Onverzekerden».

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de verwachte inkomenseffecten voor Wajong-gerechtigden en jongeren ouder dan 18 jaar met minimumjeugdloon.

Aan de Wajong-gerechtigden wordt een zodanige tegemoetkoming verstrekt dat sprake is van koopkrachtbehoud in 2006.

**Tabel inkomenseffecten Wajong-gerechtigden**

18 jaar	19 jaar	20 jaar	21 jaar	22 jaar	23 jaar
0%	0%	0%	0%	0%	0%

Voor de jongeren met een minimumloon geldt dat er vanaf 20 jaar sprake is van koopkrachtbehoud of koopkrachtverbetering in 2006. Voor de jongeren van 18 en 19 jaar is sprake van een zeer beperkte koopkrachtachteruitgang. Vanaf 20 jaar is het koopkrachteffect neutraal of positief. Ten opzichte van het beeld in het voorjaar is sprake van een sterke verbetering voor deze categorie. Bovendien is het koopkrachteffect leeftijdgerelateerd en derhalve per definitie tijdelijk.

**Tabel inkomenseffecten jeugd-WML**

18 jaar	19 jaar	20 jaar	21 jaar	22 jaar	23 jaar
-1/2%	-1/4%	0%	0%	1/2%	1%

De leden van de PvdA-fractie vragen of nader kan worden toegelicht hoe gemeenten worden gecompenseerd voor een toenemend beroep op de bijzondere bijstand als gevolg van de inkomenseffecten van de Zvw en de Wzt voor Wajong-gerechtigden en jongeren met het minimumjeugdloon.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Onverzekerden».

De leden van de PvdA-fractie vragen of de lijsten met inkomensgevolgen zoals opgenomen in de nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstukken II 2004/05, 30 124, nr. 9) kunnen worden aangepast aan de aangekondigde wijziging in de inkomensafhankelijke premie. Gevraagd wordt of daarbij ook specifiek kan 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, alsmede voor jongeren die een minimumjeugdloon ontvangen of ouder zijn dan 18 jaar en slechts een zakgeld ontvangen. De leden van de PvdA-fractie vragen verder of tevens kan worden aangegeven hoe, op welke wijze en wanneer de zorgtoeslag deze te onderscheiden groepen zal bereiken.

In de Bijlage Inkomenseffecten is de gevraagde tabel in geactualiseerde vorm opgenomen. De effecten voor jongeren die een minimumjeugdloon ontvangen zijn hiervoor reeds gemeld.

In de bijlage is voor elke groep expliciet vermeld hoe hoog hun zorgtoeslag is. De zorgtoeslag wordt voor alle Nederlanders op dezelfde wijze uitgekeerd door de Belastingdienst/Toeslagen.

De leden van de PvdA-fractie lezen 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. Zij vragen of de normbedragen voor ouderbijdragen aan studenten zonder aanvullende beurs aangepast worden aan de hogere kosten voor de nieuwe zorgverzekering en of de drempel voor het ontvangen van een aanvullende beurs wordt aangepast.

De huidige specifieke ziektekostencompensatie van € 450 voor een deel van de studenten (de particulier verzekerde studenten) vervalt. Deze werd verstrekt in de aanvullende beurs en tevens verwerkt in de veronderstelde ouderbijdrage. Ter compensatie wordt de aanvullende beurs in 2006 met € 400 verhoogd. Omdat het een grotere groep studenten betreft zijn hier extra uitgaven mee gemoeid van € 33 miljoen structureel. Ook deze verhoging werkt door in de veronderstelde ouderlijke bijdrage. Studenten die geen aanvullende beurs ontvangen zien de verhoging terug in het leendeel van de studiefinanciering. Door deze verhoging zijn zij altijd in staat de extra kosten via een lening te compenseren. De inkomensgrens voor het ontvangen van aanvullende beurs wordt niet aangepast.

De leden van de PvdA-fractie vragen of inzicht kan worden gegeven in het aantal personen, waaronder kwetsbare groepen als chronisch zieken en mensen met een klein pensioen of minimum inkomen, dat zich naar verwachting collectief zal verzekeren.

Deze vraag is in algemene zin beantwoord bij de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Collectiviteitskorting».

De leden van de PvdA-fractie melden dat van meerdere kanten is aangegeven dat verwacht wordt dat het aantal onverzekerden zal toenemen. Zij vragen of kan worden aangegeven hoe ver het nu staat met het treffen van maatregelen om de verwachte stijging van het aantal onverzekerden te beperken.

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie over de uitkomsten van het overleg over de problematiek van de onverzekerden.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af op welke wijze verzekeringsplichtigen die op 16 december wanbetaler zijn, ook een integraal en non-select aanbod van hun huidige verzekeraar ontvangen. Tevens vragen deze leden zich af of voor verzekeringsplichtigen die op 31 december 2005 wanbetaler zijn, ook de negatieve optie geldt op 1 maart 2006.

Ook personen die in december 2005 een premie-achterstand hebben (wanbetalers), dienen voor 16 december een aanbod van hun huidige zorgverzekeraar te krijgen.

De afspraak die ik via ZN met de verzekeraars heb gemaakt, is namelijk dat alle personen die in december 2005 verzekerd zijn, een aanbod krijgen. Daartegenover staat dan mijn toezegging om te bevorderen dat het niet reageren op een tijdig en volledig aanbod, toch leidt tot een zorgverzekering volgens het aanbod bij de (opvolger van) de desbetreffende verzekeraar. Zoals bekend heeft die toezegging geleid tot artikel 2.5.1 van voorliggend wetsvoorstel.

De verzekering die op grond van artikel 2.5.1 bij niet-reageren op een tijdig en volledig zorgverzekeringsaanbod tot stand komt, zal tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 door de verzekeringnemer kunnen worden ontbonden, ongeacht de vraag of hij op 31 december 2005 wanbetaler was of niet. Uiteraard laat dit onverlet dat de verzekeraar bij wie hij tot en met 31 december 2005 verzekerd was, hem op het alsnog betalen van achterstallige premies over 2005 kan blijven aanspreken.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de Belastingdienst controleert of een verzekeringsplichtige die de zorgtoeslag ontvangt, inderdaad premie betaalt. Deze leden vragen ook of het mogelijk is dat een verzekeringsplichtige over een periode dat hij onverzekerd is, achteraf een zorgtoeslag kan aanvragen.

De Belastingdienst/Toeslagen controleert op basis van gegevens van het CVZ of een aanvrager nog steeds verzekerd is. Het verzekerd zijn bij een zorgverzekeraar is een voorwaarde voor het recht op zorgtoeslag. De Belastingdienst/Toeslagen controleert niet of een aanvrager ook werkelijk de premie heeft betaald. Dit is ook geen voorwaarde voor het recht op zorgtoeslag.

Een verzekeringsplichtige die gedurende een bepaalde periode onverzekerd is geweest, kan niet achteraf, wanneer de verzekering weer is hervat, over die periode een zorgtoeslag aanvragen, tenzij de verzekering over die gehele onverzekerde periode is hersteld. Dan is hij met terugwerkende kracht niet onverzekerd geweest.

De fractie van de PvdA wijst er op dat voor de huidige particuliere verzekeraars de no-claimteruggaveregeling een nieuw element vormt bij de uitvoering van hun activiteiten, en zij vraagt zich af in hoeverre zij de risico's die hieruit voortvloeien kunnen inschatten, zonder dat nacalculatie noodzakelijk is.

In de Regeling zorgverzekering is in artikel 3.15 voorzien in een normatieve vergoeding per verzekeraar in verband met de no-claimteruggave. Op grond hiervan ontvangen alle zorgverzekeraars een bijdrage voor de verwachte no-claimteruggave die zij moeten uitkeren. Hierbij wordt rekening gehouden met de verzekerdenaantallen van de desbetreffende zorgverzekeraar onderverdeeld naar de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio en de gewichten behorend bij deze criteria. De gewichten van de criteria zijn vastgesteld op basis van statistisch onderzoek aan de hand van kostengegevens van individuele verzekerden van zowel huidige ziekenfondsverzekerden als huidige privaatrechtelijke en publiekrechtelijke verzekeraars. Na afloop van het jaar 2006 wordt deze normatieve vergoeding herberekend, rekening houdend met de gerealiseerde totale no-claimteruggave over alle zorgverzekeraars. Dit gebeurt door de oorspronkelijk gehanteerde gewichten voor de normering van de no-claimteruggave aan te passen met een factor die de verhouding weergeeft tussen de gerealiseerde (macro) no-claimteruggave en de oorspronkelijk geraamde (macro) no-claimteruggave.

Mijns inziens zijn door deze in de Regeling zorgverzekering beschreven werkwijze – met zowel een ex ante normatieve vergoeding als een ex post bijstelling op basis van de macro uitgaven – de risico's voor verzekeraars zeer beperkt, en wordt voorkomen dat eventuele verschillen in de te betalen no-claimteruggave het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars ondermijnen.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af hoe gegevens betreffende het inkomen van verzekerden beschikbaar komen voor de risicoverevening. Het risicovereveningssysteem houdt geen rekening met het inkomen van verzekerden. Hiervoor zijn derhalve geen gegevens noodzakelijk. Bij de toepassing van het criterium «aard van het inkomen» wordt echter per zorgverzekeraar wel rekening gehouden met het aantal verzekerden dat afhankelijk is van verschillende soorten uitkeringen, alsmede met het aandeel zelfstandigen in de verzekerdenpopulatie. De administraties van de zorgverzekeraars bevatten onder de Zvw geen gegevens die bruikbaar zijn voor het criterium «aard van het inkomen». Voor de operationalisering van dit criterium worden daarom externe bronnen gehanteerd. De benodigde gegevens worden door het CVZ verkregen uit de uitkeringsadministratie (polisadministratie) van het UWV, wat betreft bijstandsgerechtigdheid en andere uitkeringen, en van de Belastingdienst, wat betreft het al dan niet werkzaam zijn als zelfstandige.

De leden van de PvdA-fractie vragen of inzicht kan worden gegeven in de totale omvang van de administratieve lasten als gevolg van de invoering van de Zvw nu de voorbereidingen voor de implementatie verder gevorderd zijn en de consequenties van het onderhavige wetsvoorstel beter zijn in te schatten. Zij vragen of daarbij ook duidelijkheid kan worden gegeven over de toename van administratieve lasten voor verschillende categorieën zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekeringsplichtigen en in welke mate de administratieve lasten zullen toenemen als gevolg van de grotere verscheidenheid aan polissen waarmee de aanbieders te maken krijgen.

De invoering van de Zvw en intrekking van de Zfw en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 brengt een aanzienlijke reductie van de administratieve lasten met zich mee. Deze afname aan administratieve lasten is toegelicht in de brief van 23 mei 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 6). Voor zorgverzekeraars (en voor een deel de zorgaanbieders) bedraagt deze afname per saldo € 384 miljoen (80%). Voor de burgers nemen de totale lasten in uren toe met 742 000 doordat het aantal verzekerden wier lasten meetellen in de berekening van de totale administratieve lasten toeneemt (voormalig particulier verzekerden ondervonden uiteraard ook lasten uit hoofde van hun ziektekostenverzekering, maar deze telden niet mee in de berekening van de administratieve lasten). De lasten *per* burger nemen echter met 22% af. Ten opzichte van deze brief zijn er twee veranderingen te melden. De eerste betreft de poortwachtersfunctie van de huisarts naar aanleiding van de aangenomen motie Schippers en Smilde, Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 88). Deze motie is verwerkt met de nota van wijziging waarmee aan artikel 14 van de Zvw een nieuw tweede lid is toegevoegd (Kamerstukken II 2004/05, 30 124, nr. 10). In de oorspronkelijke tekst van de ZVW was de vereiste tot toegang tot specialistische zorg door middel van een verwijfsbrief van de huisarts niet als wettelijke verplichting opgenomen. Door de nota van wijziging nemen de administratieve lasten voor zorgaanbieders toe met € 36 miljoen ten opzichte van de eerder berekende lasten. Een tweede verandering betreft de uitwerking van de regels rond de verevening. Voor de gegevensaanlevering in verband met de verevening door zorgverzekeraars aan het CVZ is een bedrag van € 1 miljoen berekend, dat in het overzicht van 23 mei jl. nog niet was

opgenomen.

De lasten nemen hierdoor toe met in totaal € 37 miljoen toe. De totale administratieve last van de Zvw bedragen daardoor € 136 miljoen, terwijl de daling van lasten 72% bedraagt. De geactualiseerde stand is in onderstaande tabel weergegeven. In deze tabel zijn beide hierboven genoemde ontwikkelingen opgenomen (zie de een na laatste kolom).

**Ontwikkeling van de administratieve lasten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders door de Zvw vanaf 2006**

in miljoenen Euro's	Lasten Zfw/Wtz ultimo 2005	afname lasten door Zvw	toename lasten door Zvw	actuali- satie lasten in Zvw	totaal lasten van Zvw
overeenkomsten, verzekerenadministratie, verevening, no claim	85	- 54	57	1	89
controletaak ziekenfondsen	33	- 33			
verwijsbrief huisarts				36	36
declaratieverkeer	340	- 340			
overig	24	- 14	1		11
<b>totaal</b>	<b>482</b>	<b>- 441</b>	<b>58</b>	<b>37</b>	<b>136</b>
<b>procentueel</b>					<b>- 71,8%</b>

De verscheidenheid in polissen zal bij de zorgaanbieders niet tot een extra administratieve last leiden. In het huidige gemengde systeem is de verscheidenheid in polissen en de wijze waarop mensen zijn verzekerd veel groter.

De leden van de fractie van de PvdA vragen naar aanleiding van artikel 3.2.32 hoe zij het behouden van de zelfstandige status van het College bouw en de uitbreiding van diens taken moeten begrijpen in het licht van de brief over de positionering van zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel. Zij vragen waarom er niet voor gekozen is de taken en bevoegdheden van het College bouw in deze wet te beperken en het College onder te brengen bij het CVZ.

In de brief van 27 mei 2005 (Kamerstukken I 2004/05, 29 762, J) over de positionering van zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel beschrijft het kabinet de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel voor de taken en de werkzaamheden van de uitvoeringsorganen en toezicht-houders.

De veranderingen in de organisatie van overheidstaken zijn grofweg in twee fasen te verdelen. De eerste fase voltrekt zich bij de invoering van de nieuwe verzekeringswetgeving en de start van de Nederlandse Zorgautoriteit. Het CVZ, het CTZ en het College tarieven gezondheidszorg (CTG) moeten hun nieuwe rollen op grond van de Zvw, het wetsvoorstel WMG en de modernisering van de AWBZ per 2006 gaan vervullen. De herstructurering van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) en het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) voltrekt zich over een langere periode. Die herstructurering is het gevolg van dat deel van de stelselwijziging dat zich richt op de zorgaanbieders. Het geleidelijk loslaten van de aanbodplanning en van de bijbehorende deregulering van bouwprocedures, geregeld in het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen (WTZi), en van de introductie van prestatiebekostiging in de cure en in de care voltrekt zich in de komende jaren. In de notitie Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg (Kamerstukken II 2004/05, 27 659, nr. 52) is de introductie van prestatiebekostiging inclusief kapitaallasten in cure en care beschreven. Daarin wordt de geleidelijkheid van die overgang uitgebreid toegelicht. Op het moment dat instellingen afzetrisico gaan lopen over hun investeringen, en dus de

bouwvergunning niet meer nodig is als basis voor de bekostiging, kan de bouwbeoordeling vervallen. Dan ook vervalt de vergunningverlening voor de bouw van zorginstellingen, de primaire taak van het CBZ, en daarmee het bestaansrecht van het CBZ als zelfstandig bestuursorgaan. Op dat moment worden de wettelijke taken van het CBZ en de bijbehorende bevoegdheden uit de WTZi geschrapt. Concreet betekent dit dat aan het CBZ geen ZBO-status meer toekomt wanneer instellingen afzetriscico gaan lopen over hun investeringen. Naar verwachting is dit in 2012 voor de gehele sector het geval. In de tussentijd wordt de bouwbeoordeling al verder afgebouwd.

Met de invoering van de WTZi en de inwerkingtreding van het bijbehorende beperkte bouwregime verschuift het accent van het toetsen van bouwplannen naar het verlenen van toelatingen en neemt de omvang van de werkzaamheden van het CBZ af. Het gaat niet om een uitbreiding. Artikel 3.2.32 wijzigt de formulering van artikel 12 van de WTZi om dit artikel beter leesbaar te maken. In artikel 12 van de WTZi werd namelijk de indruk gewekt dat ik de bouwvergunning, genoemd in artikel 11, zou verlenen, hetgeen niet het geval is.

Ten slotte vragen de leden van de PvdA-fractie waarom het CBZ met de onderhavige wet niet is ondergebracht bij het CVZ.

De Zvw belast het CVZ met drie hoofdtaken, te weten pakketbeheer, financiering (uitvoering van de vereveningsregeling) en fondsbeheer. Het pakketbeheer omvat het rapporteren over ontwikkelingen rond te verzekeren prestaties, het uitbrengen van richtlijnen en het geven van voorlichting. In de hierboven genoemde brief over de positionering van zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel is aangegeven dat de taak om zorginstellingen toe te laten niet past bij de nieuwe rol van het CVZ als pakketbeheerder. De aard van de toelatingstaak maakt dat het kabinet er voor kiest om het toelaten van zorginstellingen geheel onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS te brengen. Nu de afbouw van het CBZ in gang is gezet en gelet op het ontbreken van de samenhang tussen de taken van het CVZ in het nieuwe zorgstelsel en de wettelijke taken van het CBZ, zie ik geen reden om het CBZ nu onder te brengen bij het CVZ.

Het is de leden van de PvdA-fractie niet duidelijk waarom in artikel 3.1.1, onderdeel O, (artikel 57a AWBZ), niet is bepaald dat alleen gegevens die nodig zijn voor de uitvoering van de wet mogen worden uitgewisseld.

Het voorgestelde artikel 57a AWBZ is de pendant van artikel 92 Zvw en verplicht de zorgverzekeraar tot verwerking van gegevens met gebruik van een elektronische infrastructuur. Dit artikel creëert geen zelfstandige bevoegdheid tot gegevensverwerking, maar zegt alleen iets over de wijze waarop gegevens worden verstrekt of ontvangen.

De bevoegdheid tot verwerking van gegevens is in de andere artikelen van Hoofdstuk VIII AWBZ geregeld en genormeerd, en wel op dezelfde wijze als in de Zvw. In die artikelen is geregeld dat verstrekking alleen is toegestaan voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de AWBZ. Als niet aan deze norm wordt voldaan, is verstrekking niet toegestaan, uiteraard ook niet in elektronische vorm.

De vraag van de leden van de PvdA-fractie over hoe de vrije artskenkeuze nu voor iedereen is gewaarborgd, is hierboven beantwoord bij de eerste vraag van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Natura- versus restitutiepolicissen».

In de Memorie van toelichting lezen de leden van de PvdA-fractie dat vier ziekenfondsen ultimo 2004 niet voldoen aan de solvabiliteitsseis 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.

De minimale solvabiliteitseisen onder de Zvw zijn voor alle zorgverzekeraars gelijk. De Nederlandsche Bank (DNB) ziet er op toe dat de verzekeraars hier ook daadwerkelijk aan voldoen. Ook kleine verzekeraars moeten dus aan de solvabiliteitseis van 8% voldoen. Het prudentieel toezicht van de DNB is er echter op gericht dat zorgverzekeraars ruimschoots aan de minimale eis voldoen, zodat zorgverzekeraars ook zaken zoals een groeiende verzekerdenportefeuille, kunnen opvangen. Opgemerkt zij dat in het geval van een sterk groeiende verzekerdenportefeuille de verplicht aanwezige solvabiliteit «nauwlijkt», omdat de solvabiliteitseis wordt berekend als 8% van de gemiddeld geboekte schade van de afgelopen drie jaar.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af waarop de verwachting dat de solvabiliteitseis niet tot problemen zal leiden, is gebaseerd.

Ik ga er vanuit dat alle voormalig particuliere verzekeraars eenvoudig zullen voldoen aan de solvabiliteitseis, omdat de huidige eisen hoger zijn. Verder verwacht ik dat die ziekenfondsen die per ultimo 2004 nog niet aan de per 1 januari 2006 geldende eis voldoen, dat per ultimo 2005 wel zullen doen. Ziekenfondsen mogen een positief financieel resultaat over 2005 verwachten als gevolg van meevallende schade-ontwikkeling en premiegroei. Dit resultaat komt ten goede aan de reserves, waarmee de vermogensposities van de ziekenfondsen in 2005 worden versterkt. Ook in 2004 was dit het geval. De vermogenspositie van de ziekenfondsen is in 2004 in totaal met ruim € 400 miljoen gestegen. Bovendien werken een aantal ziekenfondsen die ultimo 2004 nog niet voldoen aan de solvabiliteitseisen van de Zvw, in een concernverband met andere (private) verzekeraars en/of banken. DNB houdt aanvullend groepstoezicht om te waarborgen dat de soliditeit van deze concerns, inclusief de daarin opgenomen zorgverzekeraars en vanaf 1 januari 2006 ook de voormalige ziekenfondsen, gewaarborgd is.

Mogelijke oplossingen voor ziekenfondsen van de eventuele resterende financiële tekorten zijn voorts, in samenspraak met DNB, fusie met een financieel sterkere partner of herstructurering, aantrekken van een achtergestelde lening of herverzekering van een deel van de risico's. Alles overziende, verwacht ik dat voormalige ziekenfondsen zonder gebruik te hoeven maken van bijzondere wettelijke instrumenten uitsluitend als solvabele zorgverzekeraars zullen voorzien in de uitvoering van de Zvw per 1 januari 2006.

Hiermee is tevens de vraag beantwoord van de leden van de VVD-fractie over het voldoen aan de solvabiliteitseis van voormalige ziekenfondsen.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder of nog eens kan 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 die ze deels hebben opgebouwd onder het oude stelsel als particuliere verzekeraar.

Zoals ik ook al in mijn brief van 23 mei 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 6) heb toegelicht, is mijns inziens sprake van een gelijk speelveld voor alle zorgverzekeraars, omdat de Zvw voorziet in een aantal verplichtingen voor alle zorgverzekeraars om een voor alle ingezetenen van Nederland gelijke toegang tot de gezondheidszorg te kunnen waarborgen. Deze verplichtingen gelden voor alle zorgverzekeraars in

gelijke mate, zodat in dit opzicht sprake is van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. De belangrijkste verplichtingen zijn het wettelijk voorgeschreven verzekerde pakket, de acceptatieplicht, de verplichting om voor een en dezelfde zorgverzekering dezelfde nominale premie in rekening te brengen, ongeacht de kenmerken van de verzekerden, alsmede de verplichte deelname aan het risicovereveningssysteem.

Het voorgaande laat onverlet dat de uitgangspositie van de huidige ziekenfondsen en particuliere- en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars op onderdelen van elkaar verschilt. Het gaat daarbij om de omvang van het aantal verzekerden, een landelijke versus regionale marktorientatie, het wel of niet deel uitmaken van een multi-brancheorganisatie, het hebben van wel of geen ervaring met zorginkoop, het verschil in distributiekanaal, eventuele specialisatie in collectieve contracten, de mate van solvabiliteit en het risicoprofiel van het verzekerdenbestand. Zoals de leden van de PvdA-fractie aangeven, bestaan er inderdaad verschillen in de mate van solvabiliteit tussen zelfstandige kleine verzekeraars en grote verzekeraars, maar is dit slechts één van de relevante aspecten bij de beoordeling van het speelveld. Het geheel overziend ben ik van mening dat er sprake is van een gelijk speelveld.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom het CBP niet om advies is gevraagd over het voorgestelde artikel 3.1.1, onderdeel O, van de I&A-wet Zvw (Hoofdstuk VIII AWBZ).

Zoals de leden van deze fractie terecht opmerken, vertoont dit hoofdstuk overeenkomsten met de regeling in de Zvw. De AWBZ-regeling is op onderdelen anders vormgegeven, aangezien de regeling voor het verstrekken van persoonsgegevens zich (anders dan in de Zvw) mede uitstrekt tot indicatie-organen. Het CBP bracht daarover advies uit in het kader van een wetsvoorstel dat beoogde in de Zfw en de AWBZ een expliciete basis voor het verwerken van persoonsgegevens op te nemen ter overbrugging van de periode tot aan de inwerkingtreding van de Zvw. Het uitgebrachte advies over dit wetsvoorstel – dat niet meer zal worden ingediend – gaf geen aanleiding tot wijziging.

Een adviesaanvraag over dit onderdeel in het kader van de I&A-wet Zvw zou dan ook moeten worden aangemerkt als een doublure, die bovendien geen nieuwe inzichten zou opleveren. Daarom is afgezien van een nieuwe adviesaanvraag.

Dat doet echter niet af aan de soliditeit van de wettelijke waarborgen voor een veilig gebruik van persoonsgegevens op grond van hoofdstuk VIII van de AWBZ, met inachtneming van het bepaalde in de Wbp.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af waarom bij artikel 3.2.32 wordt vooruitgelopen op het aannemen van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en wat de consequenties zijn voor het voorliggende wetsvoorstel als de WTZi niet wordt aangenomen.

Artikel 3.2.32 (aanpassing van de WTZi) is in de I&A-wet Zvw opgenomen, omdat als gevolg van de Zvw aanpassingen nodig zijn in het voorstel voor de WTZi. De aanpassingen zijn bijvoorbeeld nodig omdat de Zfw vervalt (moet vervangen worden door een verwijzing naar de Zvw) en omdat de particuliere ziektekostenverzekering verdwijnt.

De Eerste Kamer is voornemens op 11 oktober aanstaande de WTZi te behandelen. De beoogde datum van inwerkingtreding is 1 januari 2006, tegelijk met de Zvw. Als de WTZi onverhoopt niet zou worden aangenomen, worden de bepalingen in de I&A-wet Zvw die betrekking hebben op de WTZi niet van kracht. Dan zou er geen wettelijke basis zijn voor toelatingen voor Zvw-verzekerde zorg. Met de Zvw verdwijnt de basis



voor de toelating immers uit de Zfw. En de nieuwe basis voor de toelatingen, de WTZi, is er dan niet. Ik hoop en vertrouw op een goede afloop van de behandeling van de WTZi op 11 oktober in de Eerste Kamer.

De leden van de PvdA-fractie geven aan benieuwd te zijn hoe het staat met de onderzoeken naar het IZA-systeem en het omzetten van de no-claim in een verplicht eigen risico zoals ik heb toegezegd tijdens de plenaire behandeling van de Zvw.

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik naar het onderdeel «1. Algemeen».

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom het voorgestelde artikel 14a betreffende het persoonsgebonden budget per 1 januari 2010 vervalt. Deze leden stellen tevens de vraag hoe het persoonsgebonden budget zal worden georganiseerd na 2010.

Met het bij amendement Schippers c.s. (Kamerstukken II 2004/05, 30 124, nr. 18) ingevoegde artikel 14a wordt met ingang van 1 januari 2007 bij wijze van experiment een persoonsgebonden budget (pgb) mogelijk voor bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg of diensten. In de toelichting op hun amendement hebben de indieners aangegeven een experimenteertermijn van drie jaar voor een dergelijk pgb alleszins redelijk te vinden. Indien het pgb in de Zvw een succes blijkt te zijn, zal in 2009 een wetsvoorstel moeten worden ingediend om het met ingang van 1 januari 2010 structureel – dus niet als experimentele mogelijkheid – in de Zvw te verankeren.

De leden van de PvdA-fractie vragen nogmaals hoe voorkomen zal worden dat kinderen onverzekerd zijn onder het nieuwe stelsel.

Het zal niet snel voorkomen dat een ouder geen verzekering voor zijn kind zal afsluiten. Voor kinderen jonger dan 18 jaar is immers geen nominale premie verschuldigd. In het onverhoopte geval dat er voor het kind toch geen verzekering is afgesloten, wordt het kind in ieder geval niet geconfronteerd met een boete. Deze wordt immers niet opgelegd als wordt geconstateerd dat een minderjarige onverzekerd is. Bovendien voorziet de wet in de mogelijkheid dat een ander, die daar belang bij heeft, een verzekering afsluit voor een onverzekerd kind. Indien een onverzekerd kind zorg nodig heeft, kan bij een geconstateerde onverzekerde ook een zorgaanbieder, iemand van de administratie van bijvoorbeeld een ziekenhuis of een maatschappelijk werker de verzekering namens het kind afsluiten.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat het met het onderdeel GB van artikel 2.4.2 ingevoegde artikel 14a geregeld wordt dat de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst bepaalt op welke wijze een verzekerde die een persoonsgebonden budget (pgb) aanvraagt aanneemelijk moet maken dat hij behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of dienst. Ook vragen zij waarom er niet voor is gekozen nadere eisen te stellen aan de bepalingen die een zorgverzekeraar hierover in de modelovereenkomst opneemt.

Met het tweede lid van het ingevoegde artikel 14a hebben de indieners van het amendement Schippers c.s. (Kamerstukken II 2004/05, 30 124, nr. 18) aangesloten bij de systematiek van de in de Zvw gehanteerde functiegerichte omschrijving. In de toelichting op hun amendement hebben de indieners vermeld dat het tweede lid van artikel 14a voorkomt dat de zorgverzekeraar een pgb dient te verstrekken zodra iemand daar om vraagt. Op grond van zorginhoudelijke criteria (artikel 14, eerste lid,

van de Zvw) zal toch ten minste aannemelijk moeten worden gemaakt dat de verzekerde werkelijk op de desbetreffende vorm van zorg of dienst is aangewezen. Het is aan de verzekeraar om in zijn modelovereenkomst te bepalen welke gegevens de verzekerde dient over te leggen, wil hij voor een zorgverzekeraar voldoende aannemelijk hebben gemaakt dat hij op de uit het pgb te betalen zorg of dienst is aangewezen.

Dit past in de systematiek van de functiegerichte omschrijving. Daarin wordt bij wettelijk voorschrift alleen nog maar geregeld wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) er aanspraak bestaat. In het gekozen functiegerichte systeem is het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om de procedurele voorwaarden, zoals toestemmingvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten, op te nemen in de zorgovereenkomst. Om diezelfde reden hebben de indieners van het amendement ook niet voorgesteld nadere eisen te stellen aan de bepalingen die een zorgverzekeraar hierover in de modelovereenkomst opneemt.

De leden van de PvdA-fractie vragen een nadere toelichting op de noodzaak van het opnemen van artikel 3.2.12 AB artikel 6b betreffende de gronden waarop het CTG kan beslissen een prestatiebeschrijving niet goed te keuren.

Het is de bedoeling op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) zodanige prestatiebeschrijvingen vast te stellen dat de zorgaanbieder weet wat er geleverd moet worden, dat de zorgverzekeraar weet wat er gecontracteerd is en dat de patiënt weet waar hij recht op heeft. Voor een efficiënt werkende markt is het noodzakelijk dat er een vergelijking en een keuze gemaakt kan worden tussen de verschillende zorgaanbieders. Als alle zorgaanbieders een verschillende prestatiebeschrijving hanteren voor dezelfde prestatie, is een dergelijke vergelijking niet meer mogelijk. Dan ziet de klant door de bomen het bos niet meer.

Op grond van de WTG worden die prestatiebeschrijvingen en tarieven vastgesteld door het CTG. Het initiatief ligt daarbij meestal bij de brancheorganisatie van zorgaanbieders of gezamenlijk met verzekeraars, maar kan ook liggen bij een individuele zorgaanbieder. Die aanbieder kan er belang bij hebben dat zijn prestaties niet te vergelijken zijn met die van andere aanbieders. Om dat te kunnen voorkomen, is het nodig verzoeken te weigeren die leiden tot een onoverzichtelijk aanbod of een intransparante markt. Daartoe dient de WTG expliciet te worden voorzien van de mogelijkheid om prestaties te uniformeren en vergelijkbaar te houden.

Verzekerden kunnen hun oude aanvullende verzekering behouden bij het, voor de basisverzekering, wisselen van verzekeraar. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat de verzekeraar het deze verzekerde door bijvoorbeeld prijsstelling of indirecte risicoselectie onaantrekkelijk maakt deze aanvullende verzekering voort te zetten. Ook vragen deze leden of het in het kader van de Zvw mogelijk is om ambtenaren door een publiekrechtelijke regeling te binden aan een zorgverzekeraar?

De reikwijdte van het zorgspecifieke markt- en gedragstoezicht van de NZa (als vastgelegd in de WMG) strekt zich ook uit over de aanvullende verzekeringen. Feitelijke gedragingen van verzekeraars als excessieve prijsstijgingen en het niet nakomen van aan de verzekerden verstrekte informatie over bijvoorbeeld de toegang tot de zorg leiden tot acties van de kant van deze toezichthouder. Van dit toezicht gaat een preventieve werking uit. Immers, zorgverzekeraars die handelen in strijd met de wet of met wat in het maatschappelijk verkeer betamelijk is, zullen door de toezichthouder worden terechtgewezen dan wel beboet.

Behalve voor gemoedsbezwaarden (wel verplicht AWBZ-verzekerd, maar vrijgesteld van de uit die verzekering voortvloeiende rechten en plichten) en voor militairen in werkelijk dienst (worden door de Minister van Defensie verzekerd) zijn er geen goede argumenten om andere groepen aan een bepaalde zorgverzekeraar te binden. Op grond van de Zvw immers dienen alle AWBZ-verzekerden een eigen zorgverzekering te hebben. De Zvw kent niet de mogelijkheid om groepen verzekeringsplichtigen te binden aan één zorgverzekeraar. Dit zou bovendien in strijd komen met de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen, omdat geregeld zou moeten worden dat een bepaalde, aan te wijzen verzekeraar alle ambtenaren zou moeten accepteren, terwijl alle andere zorgverzekeraars deze niet zouden mogen accepteren.

#### **4. VVD-fractie**

##### *Zorgverzekeraars*

De leden van de VVD-fractie geven aan dat voor ziekenfondsen geldt dat zij, teneinde een vergunning als zorgverzekeraar van DNB 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. In de Memorie van toelichting staat dat nog niet alle ziekenfondsen aan het solvabiliteitsvereiste voldoen. Deze leden vragen of dit ultimo 2005 wel het geval zal zijn.

Ik verwacht dat alle voormalige ziekenfondsen zonder gebruik te hoeven maken van bijzondere wettelijke instrumenten uitsluitend als solvabele zorgverzekeraars zullen voorzien in de uitvoering van de Zvw per 1 januari 2006. De vergunning van rechtswege zorgt ervoor dat elk ziekenfonds direct kan beginnen en niet vanwege de vergunningsprocedure in een achterstandspositie terecht komt. Voor de onderbouwing van deze verwachting verwijs ik de leden van de VVD-fractie naar het hiervoor gegeven antwoord op een gelijke vraag van de leden van de PvdA-fractie over de solvabiliteitsvereiste aan voormalige ziekenfondsen.

Voorts vragen de leden van de VVD-fractie hoe de situatie zal zijn 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, zo vragen zij.

Over de solvabiliteitspositie van de zorgverzekeraars per ultimo 2006 valt niets met zekerheid te zeggen. Daarbij speelt een groot aantal factoren een rol. Geen enkele verzekeraar is zeker van het aantal verzekerden dat hij in 2006 tot de zijne kan rekenen. Het aantal verzekerden en de schade van die verzekerden zijn belangrijke factoren bij de bepaling van de vereiste solvabiliteitsmarge. Bovendien vinden binnen groepen van verzekeraars (concerns) aanbiedingen aan verzekerden plaats vanuit verzekeraars die in dezelfde entiteit zitten. Dit kan eveneens leiden tot veranderingen in de bestanden per verzekeraar. Ook dat heeft invloed op het risicoprofiel en de beschikbaarheid van reserves. Ten slotte verwacht de sector ook in 2006 nog verdere groepsvorming en vermogensstorting. Het is echter klip en klaar dat alle zorgverzekeraars met ingang van 1 januari 2006 onder het prudentieel toezicht van DNB vallen. Dat betekent ook dat DNB van elk van die zorgverzekeraars inzicht zal vragen in de voor de beoordeling van de solvabiliteit, maar ook de bedrijfsvoering, de integriteit en deskundigheid van bestuur en dergelijke, relevante gegevens. Bovendien zal DNB in geval van een onvoldoende sterke financiële positie (wat niet gelijk staat aan onvoldoende solvabiliteit) ook van de verzekeraar vragen aan te geven wat hij hieraan doet en wanneer

hij verwacht een wel voldoende sterke financiële positie in te nemen. DNB zal daarbij op individueel niveau tot een oordeel komen. Zorgverzekeraars die in 2006 sterk groeien, zullen plannen moeten indienen voor de noodzakelijke groei van het vermogen ter dekking van de solvabiliteit. Indien de verzekeraars die plannen ook ten uitvoer brengen, zal van intrekking van een vergunning geen sprake zijn. Overigens zal ook in 2007, wanneer blijkt dat een verzekeraar niet volledig voldoet aan de vereisten ten aanzien van de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge, niet tot intrekking van de vergunning worden overgegaan maar zal de verzekeraar worden aangespoord tot het treffen van maatregelen die er (op termijn) toe leiden dat wel aan de vereisten wordt voldaan. Intrekking van de vergunning is immers het zwaarste middel waarover de toezichthouder beschikt. Dat zal dus pas worden ingezet wanneer andere middelen niet (langer) het gewenste effect sorteren.

#### *Onverzekerden*

De leden van de VVD vragen of ik al besprekingen heb gevoerd met de VNG teneinde het aantal moeilijk bereikbare mensen c.q. onverzekerden in kaart te brengen en of er al aan een aantal oplossingen wordt gedacht. Verder vragen zij wat mijn reactie is op de zorgen van Divosa, dat bijstandsgerechtigden de zorgtoeslag die zij ontvangen, zullen aanwenden voor andere uitgaven. Is 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, zo vragen deze leden.

Voor een antwoord op deze vragen verwijs in naar het antwoord op vragen van de CDA-fractie in het onderdeel «Onverzekerden».

#### *Premie*

De leden van de VVD-fractie vragen aan te geven welke instanties (uitvoeringsorganen, pensioenfondsen etc.) naast de werkgever inhoudingsplichtig zullen zijn waar het betreft het inkomensafhankelijke werkgeversdeel van de premie.

Inhoudingsplichtige is degene die op grond van de Wet op de loonbelasting 1964 of de socialeverzekeringswetten verplicht is over de door hem uit te betalen aangewezen inkomensbestanddelen loonbelasting of premies werknemersverzekeringen te heffen. Zo zijn werkgevers verplicht over het aan hun werknemers uit te betalen loon uit tegenwoordige dienstbetrekking loonbelasting in te houden en af te dragen aan de Belastingdienst. Daarnaast is een groot aantal periodieke uitkeringen aangewezen als loon uit vroegere arbeid in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964. De met de betaling van uitkeringen en pensioenen belaste instellingen (die inhoudingsplichtig zijn) moeten over de door hen uit te betalen (pensioen)uitkeringen ook loonbelasting inhouden en afdragen aan de Belastingdienst.

Voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw is bij die systematiek aangesloten, dat wil zeggen dat een inhoudingsplichtige naast de genoemde loonbelasting over het belastbare loon in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964 (loon, de uitkering of het pensioen), ook de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw moet inhouden en afdragen aan de Belastingdienst. Daarnaast zijn inhoudingsplichtigen over het op grond van artikel 46, eerste lid, van de Zvw aangewezen loon verplicht aan hun werknemers respectievelijk uitkeringsgerechtigden de door deze personen over dat belastbare loon verschuldigde Zvw-bijdrage te vergoeden. Voor de looninkomsten die zullen worden aangewezen als loon waarover door een inhoudingsplichtige een vergoeding voor de over dat loon verschul-

digde Zvw-bijdrage moet worden verstrekt, ware te denken aan loon uit tegenwoordige dienstbetrekking, sociale zekerheidsuitkeringen en daarmee vergelijkbare uitkeringen. Het betreft met name de gevallen waarin onder het huidige ziektekostenstelsel door de inhoudingsplichtige ook al een bijdrage in de premiekosten voor een ziektekostenverzekering wordt verstrekt of waarin de inhoudingsplichtige een premie ingevolge de Zfw is verschuldigd. De regeling waarin bedoelde aanwijzing zal plaatsvinden, zal naar verwachting in oktober worden bekend gemaakt.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik de kostenstijging voor ZZp-ers wel verantwoord acht. Ook jongeren tussen 18 en 23 jaar en AOW-ers met een aanvullend pensioen gaan er fors op achteruit, zo stellen deze leden. Zij vragen of ik kan bevestigen dat er in beginsel niemand op achteruit zal gaan.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de Bijlage Inkomenseffecten.

Overigens heb ik nooit de algemene of specifieke toezegging gedaan dat er in beginsel niemand op achteruit zou gaan. Ik heb wel gezegd dat ik apart aandacht zou besteden aan specifieke groepen, omdat ik voorzag dat er voor sommige groepen problemen zouden ontstaan (wetgevingsoverleg over I&A-wet Zvw op 27 juni in de Tweede Kamer).

De leden van de VVD-fractie vragen naar de stand van zaken met betrekking tot de salderingsregeling. De leden van de SP-fractie hebben behoefte aan een nadere toelichting over wat dit precies inhoudt en of de regeling alleen geldt voor de overgangperiode of ook voor daarna. Zij vragen met name of de huidige particuliere verzekerden en ziekenfondsverzekerden hierin een gelijkwaardige positie hebben.

De salderingsregeling biedt de werkgever de mogelijkheid om de nu op basis van een overeenkomst, cao of ambtelijke rechtspositieregeling aan veelal uitsluitend particulier verzekerden geboden tegemoetkomingen in de premies voor ziektekostenverzekeringen, per 1 januari 2006 in mindering te brengen op de verplichte vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage ingevolge de Zvw. Aldus kan worden voorkomen dat de wettelijk verplichte vergoeding cumuleert met de werkgeversbijdrage die verschuldigd is op grond van een op 31 december 2005 bestaande overeenkomst, cao of regeling. Hierdoor kunnen werkgevers in de onderhandelingen met de werknemers(organisaties) afspraken maken over de afbouw van de tegemoetkoming. De salderingsregeling heeft geen gevolgen voor de verplichting van de werkgever tot nakoming van cao-afspraken en daarmee vergelijkbare afspraken.

De salderingsregeling is een overgangsregeling die vanwege de overgang naar de nieuwe zorgverzekering is getroffen om cumulatie van de bedoelde bijdragen te voorkomen. Dat betekent over het algemeen dat in het arbeidsvoorwaardenoverleg werkgevers en werknemers al vanaf 2005 nieuwe afspraken maken over de bijdragen vanaf 2006. Daarbij spelen nieuwe afspraken uit hoofde van een collectieve verzekering, nu voor alle werknemers, ook een rol. In die zin hebben particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden een gelijkwaardige positie. Dat geldt overigens niet voor de afbouw van bestaande tegemoetkomingen, die immers veelal uitsluitend golden voor particulier verzekerden. De salderingsregeling is in de I&A-wet Zvw opgenomen om uitvoering te geven aan de door de Tweede Kamer aanvaarde motie Schippers/Bakker (Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 54). De aanpassing van de overeenkomsten, cao's en regelingen is vooral een zaak van werkgevers en werknemers zelf. Zij kunnen zelf bepalen op welke wijze verkregen rechten worden afgebouwd of omgezet. De salderingsregeling geeft daarnaast een regeling voor het geval dat niet goed kan worden vastgesteld in hoeverre de contractuele

tegemoetkoming correspondeert met de premie voor een zorgverzekering. In die zin is de salderingsregeling een hulpmiddel voor de werkgevers- en werknemers(organisaties) dat hen in staat stelt te bepalen met welke bedragen, gegeven de eigen tegemoetkomingsregelingen, rekening gehouden kan worden. Na de overgangperiode heeft de bepaling materieel geen werking meer omdat die is gekoppeld aan op 31 december 2005 bestaande cao-afspraken die veelal niet na 2006 zullen doorlopen. De werking van de salderingsregeling kent geen vaste einddatum.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe hoog de beheerskosten van ziekenfondsen en van particuliere ziektenkostenverzekeraars zijn als percentage van de (nominale) premie.

De beheerskosten voor ziekenfondsen en particuliere verzekeraars zijn afgrond beide € 0,7 miljard, samen een kleine € 1,4 miljard. Deling van dit bedrag door de nominale premie zou leiden tot circa 25% bij ziekenfondsen en circa 15% bij particuliere verzekeraar. Bij ziekenfondsen wordt een fors deel van de beheerskosten echter via een beheerskostenbudget gedekt uit de inkomensafhankelijke premie. Als onderdeel van de totale premies bedragen de beheerskosten bij ziekenfondsen circa 5%. In het kader van de Zvw bestaat er alleen nog een vergoeding voor de beheerskosten van kinderen (van € 0,2 miljard). Er wordt geen beheerskostenbudget aan verzekeraars verstrekt ter dekking van de andere beheerskosten. Wel is bij de raming van de nominale premie rekening gehouden met administratiekosten en exploitatiesaldi van verzekeraars. In die raming is gerekend met € 1,4 miljard aan administratiekosten, ofwel 6% van de ZVW-uitgaven.

De nominale premies bedragen (exclusief de no claim premie die louter dient ter dekking van zorguitgaven) € 10,7 miljard. In de raming van de nominale premie wordt er mee gerekend dat van deze € 10,7 miljard een bedrag van € 1,2 miljard zit voor beheerskosten (beheerskosten € 1,4 minus vergoeding voor kinderen € 0,2) miljard, ofwel 11%.

De beheerskosten komen hoofdzakelijk terug in de nominale premie. Dit heeft tot gevolg dat verschillen in de hoogte van de beheerskosten een belangrijke rol kunnen spelen bij verschillen in nominale premie tussen verzekeraars. In een concurrerende omgeving geeft dit een prikkel tot doelmatige uitvoering (lage beheerskosten) van de Zvw.

#### *Belastingdienst*

De VVD-fractie vraagt of er duidelijkheid gegeven kan worden op de vraag of de Belastingdienst voldoende in staat is voor 1 januari 2006 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.

De leden van de PvdA-fractie vragen 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. Zij vragen ook een reactie op het bericht hierover van 12 juli jl. in NRC Handelsblad.

Ook de leden van de D66-fractie maken zich zorgen over de capabiliteit van de Belastingdienst om de zorgtoeslag op tijd uit te kunnen betalen. Voor de zekerheid wil die fractie nog eens geschetst zien hoe het gaat met de vorderingen rond het uitbetalen van de zorgtoeslag bij de Belastingdienst.

In de laatste voortgangsrapportage van de Belastingdienst/Toeslagen die op 31 augustus jl. aan het parlement is aangeboden (Kamerstukken II 2004/05, 29 800 IX, nr. 29) is aangegeven dat de automatiseringssystemen

voor het printen en verzenden van de aanvragen, het ontvangen en verwerken ervan en het uitbetalen van de voorschotten op tijd gereed zullen zijn.

De verzending van de aanvraagformulieren is inmiddels op 12 september jl. van start gegaan. De planning is dat in de periode tot 1 oktober ruim 6 miljoen potentiële rechthebbenden op de zorgtoeslag het formulier automatisch thuisgezonden krijgen. In ongeveer 55% van de gevallen is op het formulier ook het inkomen voorbedrukt. Indien de formulieren vóór 1 november aanstaande volledig en juist ingevuld worden teruggezonden, zal de betaling van het eerste voorschot op 20 december aanstaande plaatsvinden.

## 5. GroenLinks-fractie

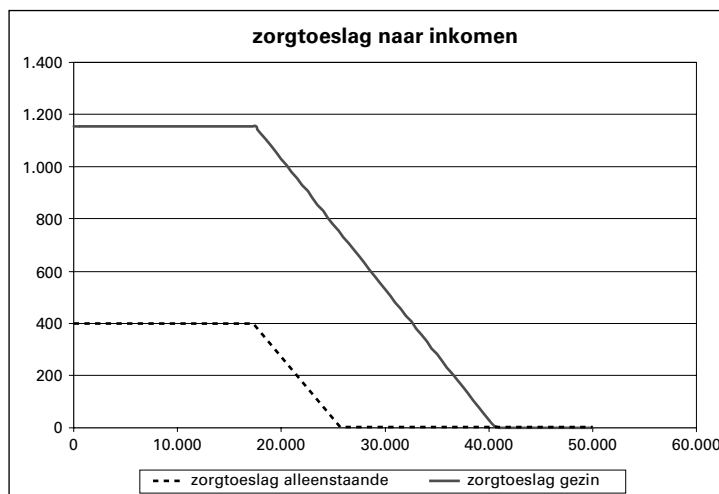
### *Inkomens- en koopkrachtgevolgen*

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich ernstig zorgen over de inkomens- en koopkrachtgevolgen van de Zvw en vragen of de regering haar toezegging staande houdt dat de Zvw geen nadelige gevolgen zal hebben voor de koopkrachtontwikkeling.

In de Bijlage Inkomenseffecten is een uitgebreide tabel opgenomen, waarin voor verschillende groepen de inkomenseffecten worden gepresenteerd. Daarnaast wordt in de antwoorden op enkele andere vragen ingegaan op de inkomensgevolgen van specifieke groepen. Ik meen dat er een evenwichtig koopkrachtbeeld is ontstaan. Overigens heb ik steeds aangegeven dat de Zvw niet voor iedereen positieve inkomensgevolgen zal hebben. Met de Zvw vindt immers ook een correctie plaats op de onevenwichtige verdeling van ziektekosten in het huidige stelsel. Daarnaast is bij een omvangrijke operatie als deze altijd sprake van een grote spreiding van inkomenseffecten als gevolg van individuele omstandigheden. Daarom heeft het kabinet nooit een algemene koopkrachtgarantie gegeven.

Tevens vraagt de GroenLinks-fractie naar de hoogte van de zorgtoeslag naar inkomen. Onderstaande figuur geeft deze informatie.

**Tabel zorgtoeslag naar inkomen**



De leden van de fracties van GroenLinks en de SP vragen of er beperkende voorwaarden zijn voor het afsluiten van collectieve contracten. Zij vragen of deze mogelijkheid is beperkt tot werkgevers (voor hun werknemers) en uitkeringsorganisaties of dat ook een dorpsvereniging bij wijze van spreken voor de dorpsbewoners een collectief contract kan afsluiten. Kan er een definitie worden gegeven van een collectief contract, zo vragen de SP-fractieleden en zijn er beperkingen in de tijd mogelijk. Ook vragen zij of een groot aantal collectiviteitskortingen kan leiden tot een verhoging van de algemene premie.

Op grond van artikel 18, eerste lid, Zvw kunnen werkgevers collectiviteitskortingen bedingen voor hun werknemers en de gezinsleden van die werknemers. Daarnaast kunnen op grond van het vijfde lid van dat artikel rechtspersonen dergelijke kortingen bedingen voor personen wier belangen zij behartigen. Dit artikellid is in het bijzonder geschreven om het patiëntenverenigingen mogelijk te maken collectiviteitskortingen voor hun leden te bedingen. Maar het artikellid is bijvoorbeeld ook bedoeld om personeelsverenigingen die – bijvoorbeeld omdat de werkgever geen actie heeft ondernomen – de gelegenheid te geven collectiviteitskortingen voor het personeel te bedingen. En gemeenten stelt het in de gelegenheid kortingen overeen te komen voor hun bijstandsgerechtigden en daklozen. Inderdaad – zo kan ik de leden van de fractie van GroenLinks bevestigen – kan ook een dorpsvereniging zo'n contract voor de dorpsbewoners sluiten. Er is dus gekozen voor een ruime omschrijving van degenen die een collectiviteitskorting kunnen bedingen. Het vooraf beperken van collectiviteitskortingen tot bepaalde groepen (bijvoorbeeld werknemers en patiënten) zal leiden tot de vraag waarom andere groepen (bijvoorbeeld uitkeringsgerechtigden) niet van een premiekorting kunnen profiteren. Bovendien moet worden bedacht dat collectiviteiten de macht van het getal kunnen gaan aanwenden om invloed uit te oefenen op het inkoopbeleid van hun verzekeraar. Aldus kan de verleende zorg meer op de wensen en behoeften van de verzekerden kan worden toegesneden. In dat licht bezien zou er sprake zijn van gemiste kansen indien slechts werkgevers en patiëntenverenigingen collectiviteitskortingen zouden mogen bedingen.

Als gezegd dient een belangenbehartiger wel steeds rechtspersoon te zijn en dient het te gaan om een groep die behoort tot degenen wier belangen hij behartigt. Dat kan onder meer blijken uit de statuten van de rechtspersoon.

Een zorgverzekeraar is niet verplicht met een werkgever of een belangenbehartiger een collectief contract te sluiten ten behoeve van het collectief (dus ten behoeve van de werknemers of gezinsleden van die werknemer, dan wel ten behoeve van degenen wier belangen die rechtspersoon behartigt), zo kan ik de leden van de SP-fractie antwoorden. De looptijd van een collectief contract wordt door de zorgverzekeraar en de werkgever respectievelijk belangenbehartiger bepaald. De wet stelt hier geen eisen aan.

Of een groot aantal collectiviteitskortingen kan leiden tot een verhoging van de gemiddelde premie hangt af van de mate waarin deze kortingen daadwerkelijk administratieve besparingen of besparingen op zorginkoop weerspiegelen. Voor zover collectiviteitskortingen niet op reële besparingen zijn gebaseerd, kan dit een opwaarts effect op de premiegrondslag hebben.

Niet-collectief verzekerden zouden daar nadeel van kunnen ondervinden. Ik acht dit een ongewenst effect. Zonodig kan ik bij algemene maatregel van bestuur regels stellen om dit in te dammen. Zoals ik elders in deze nota heb aangegeven, heeft het mijn voorkeur eerst te bezien of en in



welke omvang dit effect werkelijk optreedt. Wat betreft de ontwikkelingen die op dit moment op de collectiviteitenmarkt gaande zijn – de leden van de SP-fractie vragen hiernaar – verwijs ik naar het antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie op het onderdeel «Collectiviteitskorting».

#### *Onverzekerden*

De leden van de GroenLinks-fractie geven aan graag nader geïnformeerd te worden over wat er gebeurt als mensen een betalingsachterstand oplopen bij het betalen van de nominale premie. Verder vragen deze leden wanneer een zorgverzekeraar gemachtigd is de verzekerde uit de verzekering te verwijderen.

Een zorgverzekeraar mag een verzekerde royeren indien deze fraudeert of de premie niet betaalt. De termijn waarop dat gebeurt, bepaalt de zorgverzekeraar zelf.

Bij wanbetaling geldt als ondergrens hetgeen in artikel 7.17.1.10 van het Burgerlijk Wetboek (BW) wordt geregeld. De verzekeraar moet op grond van dat artikel, nadat hij heeft geconstateerd dat de premie niet op de premievervaldag binnen is, eerst de verzekerde aanmanen om alsnog binnen veertien dagen te betalen. De verzekeraar moet daarbij vermelden wat hij zal doen (beëindiging van de verzekering dan wel schorsing van de verzekering of van de dekking) indien de verzekerde niet betaalt. Als na die veertien dagen nog niet is betaald en in de aanmaning is aangekondigd dat beëindiging van de zorgverzekering het gevolg van niet betalen zal zijn, mag de verzekeraar royeren. Bij fraude mag de zorgverzekeraar een verzekerde onmiddellijk na constatering ervan royeren.

Zoals ik ook al bij mijn reactie op de vragen van de leden van de CDA-fractie over onverzekerden heb opgemerkt, kan iemand die is geroyeerd, bij een andere zorgverzekeraar een zorgverzekering sluiten. Dat is het gevolg van de in artikel 3 Zvw geregelde acceptatieplicht. Overigens mag een zorgverzekeraar aanvullende voorwaarden stellen die erop zijn gericht de premie voor de zorgverzekering tijdig binnen te krijgen, zoals premiebetaling vooraf.

De leden van de fractie van GroenLinks leggen een casuïstiek voor waarbij de centrale vraag is of iemand die bijvoorbeeld kiest voor een polis met een hoog eigen risico en onverwacht voor hoge uitgaven komt te zitten, deze uitgaven niet kan betalen. Deze persoon besluit bij de gemeente een beroep te doen op de bijzondere bijstand. Is de gemeente dan gemachtigd een aanvraag te weigeren met als argument dat er een voorliggende voorziening is, zo vragen zij zich af. Verder geven zij aan dat eenzelfde vraag kan worden gesteld als iemand niet kiest voor een aanvullende verzekering en door omstandigheden extreem hoge uitgaven heeft voor tandheelkundige hulp.

Voor de beantwoording van deze vragen verwijs ik naar mijn antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Onverzekerden».

#### **6. Fractie Socialistische Partij**

De leden van de SP-fractie hebben opgemerkt dat ik de afgelopen tijd een groot aantal overleggen heb gehad. De leden van de SP-fractie geven aan dat zij graag geïnformeerd worden over de uitkomsten van overleg met VNG en Divosa.

Voor de beantwoording van de vraag over de resultaten van de gesprekken met de VNG verwijs ik naar mijn reactie op de vragen van de leden van de CDA-fractie bij het onderdeel «Onverzekerden».

Wat de gesprekken met de Divosa, de vereniging van directeuren van sociale diensten betreft, wil ik graag het volgende opmerken. Divosa is voornemens om bij een representatieve groep gemeenten een maandelijkse monitor te laten uitvoeren waardoor voor de groep bijstandsgerechtigden een beeld ontstaat van het hebben (afgesloten) van een zorgverzekering. Divosa heeft aangegeven, dat dan in juli 2006 een redelijk goede inschatting gemaakt zou kunnen worden van het aantal onverzekerde bijstandsgerechtigden.

De leden van de fractie van de SP willen graag antwoord op de vraag op welke manier het mogelijk is om de nu al onverzekerden te bereiken voor het integrale non-selectieve aanbod en de zorgtoeslag.

Degenen die nu al onverzekerd zijn, profiteren niet van de negatieve optie. Zij krijgen geen aanbod van hun verzekeraar. Deze groep zal op een andere manier op de hoogte moeten worden gebracht van het nieuwe stelsel. Ook hierop is de voorlichtingscampagne gericht. De voorlichtingscampagne gaat nu de zogeheten segmentatiefase in. Hierbij zal de informatie gericht worden op moeilijk bereikbare groepen, zoals (oudere) allochtonen, dak- en thuislozen, verslaafden en langdurig thuiswonende psychiatrische patiënten. Ik ben in overleg met de betrokken branche/kennis-organisaties om een gerichte aanpak te ontwikkelen waarmee deze groepen zo goed mogelijk kunnen worden voorgelicht.

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier ik er op ga toezien dat de naar schatting 10% van de doelgroep die niet automatisch een aanvraagformulier voor de zorgtoeslag ontvangen, ervan kennis nemen dat zij eventueel een recht op zorgtoeslag hebben. Zij vragen of de massamediacampagne van de Belastingdienst hiervoor voldoende is en om wat voor soort groepen het precies gaat.

De groep personen die in aanmerking zouden kunnen komen voor een zorgtoeslag, is door de Belastingdienst/Toeslagen ruim ingeschat. Deze mensen hebben het antwoordformulier automatisch toegezonden gekregen. Op deze manier worden zoveel mogelijk personen bereikt. Daarnaast zijn vanuit mijn ministerie als vanuit de Belastingdienst/Toeslagen massamediacampagnes ingezet. Deze zijn naar mijn mening voldoende om de doelgroep te bereiken. De mensen die niet automatisch bereikt worden, zijn bijvoorbeeld mensen die door een wijziging van persoonlijke omstandigheden in 2006 een inkomensdaling ondergaan, waardoor zij alsnog recht hebben op een zorgtoeslag. Dergelijke gevallen kunnen op dit moment uiteraard nog niet worden onderkend door de Belastingdienst.

De leden van de SP-fractie vragen of het mij bekend is 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%). Deze leden vragen of ik inzicht kan geven hoeveel gemeenten thans van plan zijn een collectieve basisverzekering af te sluiten en of dit arrangementen zijn inclusief een aanvullende verzekering.

Het is mij bekend dat gemeenten actief nadenken over de vraag of en in welke vorm zij collectieve arrangementen met zorgverzekeraars willen overeenkomen voor zowel de zorgverzekering als de aanvullende verzekering. De gemeenten doen dat over het algemeen in het belang van

zowel de betrokken personen als het belang van de gemeenten zelf vanwege de verantwoordelijkheid die zij hebben bij de uitvoering van de WWB en de schuldproblematiek. Uit een recent door Divosa uitgevoerd onderzoek onder gemeenten naar de bereidheid tot het sluiten van een dergelijke collectieve verzekering, blijkt dat meer dan de helft van de gemeenten dat daadwerkelijk overweegt waarbij de belangstelling van grotere gemeenten groter is dan van de kleine gemeenten.

De leden van de fractie van de SP vragen of het nu wel of niet mogelijk is voor gemeenten/sociale diensten om de zorgpremie in te houden op de uitkering, dan wel te verrekenen met de zorgtoeslag. Zoals deze leden schrijven, heb ik eerder aangegeven dat een wettelijke basis hiervoor scheppen een brug te ver is. De leden van de SP-fractie vragen zich af hoe ik anders wil voorkomen dat bij een grote groep mensen de zorgtoeslag mogelijk al is geconsumeerd voordat de eerste maal de nominale premie moet worden gestort.

Voor de beantwoording van deze vragen verwijs ik naar mijn antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Onverzekerden».

De leden van de fractie van de SP vragen of het klopt dat ik tijdens de behandeling van de Zvw in de Tweede Kamer heb opgemerkt dat in geval van schulden in verband met verzekering, onverzekerde, premieschuld en boetes, er voor minima de bijzondere bijstand is. Verder vragen deze leden of ik dus ook, net zoals de VNG, een groter beroep op deze bijstand verwacht. Zij vragen of ik gemeenten (in overleg met mijn collega van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) hiervoor ga compenseren en of dat ook niet verplicht is volgens de financiële verhoudingwet.

Voor een antwoord op deze vragen verwijs ik naar de beantwoording van de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Onverzekerden».

De leden van de SP-fractie vragen of gemeenten mensen willens en wetens onverzekerd rond kunnen laten lopen, wie er uiteindelijk op kan worden aangesproken als mensen zelf niet in staat zijn hun leven op orde te houden en of dat niet de regering is gezien het grondwettelijk recht op zorg.

Naast de verzekeringsplicht voor mensen en de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars bestaat er geen verplichting voor de gemeenten om erop toe te zien dat mensen aan hun verzekeringsplicht voldoen. Een dergelijke verplichting is niet bij wet aan de gemeenten opgedragen. In het geval mensen niet in staat zijn hun leven op orde te houden biedt de nieuwe Zvw de mogelijkheid dat iemand anders voor betrokkene een zorgverzekering afsluit. Dit kan een familielid, maar ook een gemeente of een instelling (bijvoorbeeld een maatschappelijke opvanginstelling) zijn.

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier het probleem getackeld moet 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. Voorts vragen zij of ook hier de inzet van de bijzondere bijstand is geboden.

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de GroenLinks-fractie waarbij zij een casuïstiek voorleggen van iemand die kiest voor een polis met een hoog eigen risico en onverwacht voor hoge uitgaven komt te zitten.

De leden van de SP-fractie memoreren dat in de Tweede Kamer onder andere CDA-kamerlid Omtzigt zich sterk heeft gemaakt voor het adequaat in kaart brengen van de aantallen onverzekerden. Hij deed hiervoor ook een aantal suggesties, die, zoals ik heb aangegeven niet (alle) haalbaar waren. De leden van de SP-fractie vragen zich af wat de beste manier is om, met inachtneming van de regels van het CBP, toch zo zorgvuldig mogelijk in kaart te brengen wie onverzekerd zijn.

Voor de beantwoording van deze vragen verwijs ik naar mijn antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Onverzekerden».

De leden van de fractie van de SP wijzen op de bevindingen van Divosa dat nu al van de 340 000 mensen in de bijstand er 10–15% premieschulden heeft, waarbij er gemiddeld € 500 betalingsachterstand bestaat. De leden vragen of dit een probleem is dat gemeenten zelf maar moeten oplossen of dat het rijk hierin ook een functie heeft. Verder vragen de leden van de SP-fractie of ik het redelijk acht te veronderstellen dat een ruim drie maal zo hoge premie er toe zal leiden dat het genoemde percentage navenant zal stijgen.

Voor een reactie op de vraag over de oplossing van betalingsachterstanden verwijs ik graag naar mijn reactie op de vragen van de leden van de CDA-fractie bij het onderdeel «Onverzekerden». Ik verwacht geen navenante stijging van het percentage van mensen in de bijstand met een betalingsachterstand. De nominale premie zal weliswaar voor voormalig ziekenfondsverzekerden toenemen, maar de zorgtoeslag waarborgt dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan premie hoeft te betalen dan wat aanvaardbaar wordt geacht.

Wat betreft de vragen van de SP-fractie over het hebben van overleg over de privacy met het CBP en met de KNMG over de invulling van de ministeriële regeling verwijs ik naar het antwoord op de vragen van de CDA-fractie in het onderdeel «Privacy-bescherming».

De leden van de SP-fractie stellen verder een ander, hier wel mee samenhangend punt, aan de orde. Het betreft de gedragscode van ZN, 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, zal dat volgens de KNMG tot uitvoeringsproblemen van deze wet leiden. De leden van de SP-fractie vragen wanneer en op welke manier het noodzakelijkheidsvereiste in deze geconcretiseerd zal worden en of dat nog voor 1 januari 2006 gebeurt met instemming van alle veldpartijen.

Voor het antwoord op de vraag van de SP-fractie naar de gedragscode van ZN verwijs ik naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie over de brief van de KNMG van 31 augustus 2005.

De leden van de SP-fractie denken dat er 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 2006 aanvullend willen verzekeren. Zij vragen op welke manier en waar de «Chinese muur» is 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. Zij vragen ook hoe het CTZ over deze kwestie denkt en of CTZ in staat en bereid is in

de overgangssituatie toe te zien op eventuele risicoselectie bij de aanvullende verzekeringen.

De «Chinese muur» bestaat uit verschillende elementen. De basis wordt gevormd door de Wbp. In deze wet staan de regels geformuleerd waaraan partijen zich bij het gebruik van persoonsgegevens dienen te houden. De «Chinese muur» wordt verder geformuleerd in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen met specifiek voor zorgverzekeraars het Addendum zorgverzekeraars. De Wbp en de gedragscode geven de algemene regels weer waar de verzekeraars zich aan dienen te houden. Deze regels worden binnen bedrijven verder ingevuld met AO/IC-regels.

Eén van deze regels is dat alle medewerkers van zorgverzekeraars een geheimhoudingsplicht hebben. Hierop wordt door de toezichthouder toegezien. Verzekeraars zullen een integraal aanbod doen zonder risicoselectie voor de aanvullende verzekering. Dit laatste vloeit dus niet voort uit de Zvw, die immers betrekking heeft op de zorgverzekering zelf, maar vormt onderdeel van de overgang naar het nieuwe stelsel zoals afgesproken met ZN. Ik ga ervan uit dat alle zorgverzekeraars zich hier ook aan houden. Het CTZ is inmiddels gestart met het opzetten van een structurele monitor voor de zorgverzekeringsmarkt. Het marktgedrag van verzekeraars, waaronder de acceptatie rond de aanvullende verzekering maakt daar deel van uit. Dit is ook aan de Tweede Kamer toegezegd. Het gaat hierbij om de monitoring van relevante ontwikkelingen, dus breder dan het toezicht dat het CTZ op grond van de Zvw houdt. Het CTZ zal deze monitor, mede ten behoeve van de beleidsvorming, periodiek uitbrengen. Overigens is het de zorgverzekeraar ook na 1 januari 2006 niet toegestaan om bij de selectie voor een aanvullende ziektekostenverzekering gebruik te maken van persoonsgegevens waarover hij beschikt uit hoofde van de zorgverzekering.

De leden van de SP-fractie vragen of het CTZ in staat en bereid is om toezicht te houden op eventuele risicoselectie bij de aanvullende verzekering in de overgangssituatie.

De verzekeraars hebben mij de toezegging gedaan een integraal aanbod te doen. Dit omvat de basisverzekering en een aanvullende verzekering. De zorgverzekeraar mag geen risicoselectie toepassen op de standaardverzekering. Daarnaast hebben verzekeraars toegezegd dat zij geen selectie zullen toepassen op de aanvullende verzekering. De aanbieding zal in de lijn liggen van de lopende verzekeringen. Het CTZ zal het acceptatiebeleid van verzekeraars ten aanzien van de aanvullende verzekering structureel, en ook in de overgangssituatie, monitoren.

De leden van de SP-fractie vragen welke garantie werkgevers hebben dat de inkomensafhankelijke werkgeversbijdrage 6,5% blijft. Tevens vragen zij hoe werkgevers worden gecompenseerd.

In de Zvw is geregeld dat 50% van de premie wordt gefinancierd uit de inkomensafhankelijke bijdragen. De ontwikkeling van de werkgeverslasten is daarom afhankelijk van zowel de premie-ontwikkeling als van de grondslag van de inkomensafhankelijke bijdrage. Over de compensatie vindt zoals gebruikelijk een afweging plaats bij de jaarlijkse besluitvorming voor het koopkracht- en lastenbeeld. De Zvw wijkt in dat opzicht niet af van de Zfw.

De leden van de SP-fractie vragen of het klopt dat de inkomensafhankelijke premie wordt ingehouden op het nettoloon en of dit dan betekent dat de werknemer loonbelasting moet betalen over de werkgeversvergoeding

voor de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw. Zij vragen of het niet misleidend is te stellen dat de werkgever in zo'n situatie voor de volledige vergoeding zorgdraagt.

Het is inderdaad juist dat de werknemer over de werkgeversvergoeding belasting verschuldigd is. Dit verschilt echter niet met de huidige situatie. Ook nu betalen Zfw-verzekerde werknemers loonbelasting over de door de werkgever betaalde procentuele Zfw-premie en particulier verzekerde werknemers over de werkgeversvergoeding ziektekosten.

De leden van de SP-fractie vragen of de zelfstandige die niet zelf een werkgever heeft die een inkomensafhankelijke premie inhoudt, 4,4% moet betalen of dat hier nog steeds het eerder genoemde maximum van inkomen voor dat belast wordt (€ 30 000) of dat dit ligt in de maximering van de te betalen premie (€ 1 875).

Het lage percentage van 4,4 is van toepassing bij de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw over inkomensbestanddelen waarvoor betrokkenen geen wettelijk recht hebben op een vergoeding voor de verschuldigde bijdrage Zvw. Voor bijdrage-inkomen dat in de aanslagsfeer aan de Zvw-heffing wordt onderworpen, geldt altijd het lage bijdragepercentage, omdat over die inkomsten, te weten belastbare winst uit onderneming, belastbaar resultaat uit overige werkzaamheden en belastbare periodieke uitkeringen en verstrekkingen, eveneens geen wettelijk recht op een vergoeding voor de verschuldigde bijdrage Zvw bestaat.

Voor de inkomensafhankelijke bijdrage van 4,4% vindt de maximering net als bij de bijdrage van 6,5% plaats middels een inkomensgrens. Deze grens is € 30 015.

De leden van de SP-fractie hebben gevraagd of de inkomensafhankelijke bijdrage voor zelfstandigen en de premie voor de aanvullende verzekering aftrekbaar zijn als bijzondere ziektekosten.

De door een zelfstandige verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage is net als de door een andere verzekeringsplichtige verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage inderdaad aftrekbaar als buitengewone uitgave (mits de totale uitgaven hoger zijn dan de drempel). Ook de premie voor de aanvullende verzekering is aftrekbaar als buitengewone uitgave mits de totale uitgaven hoger zijn dan de drempel.

De leden van de SP-fractie vragen waarom bij de wijziging van artikel 6.24, tweede lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001 in artikel 3.6.1, onderdeel H, vierde lid, van het wetsvoorstel, welke wijziging er toe strekt de drempel voor aftrek voor buitengewone uitgaven wegens ziekte te verlagen waarbij de standaardpremie in mindering en de zorgtoeslag in meerdering wordt gebracht, de standaardpremies van de fiscale partners niet worden samengevoegd nu ook de zorgtoeslag voor beide partners geldt. Deze leden vraag zich af of de systematiek wel klopt.

Deze vraag is beantwoord bij de vraag van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Enkele vragen».

De leden van de SP-fractie hebben behoefte aan een nadere toelichting over wat de salderingsregeling precies inhoudt en of de regeling alleen geldt voor de overgangperiode of ook voor daarna. Zij vragen met name of de huidige particuliere verzekerden en ziekenfondsverzekerden hierin een gelijkwaardige positie hebben.

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie in het onderdeel «Premie».

De leden van de SP-fractie vragen of de verlaging van de inkomensafhankelijke bijdrage voor bepaalde groepen en andere maatregelen voldoende zullen zijn om de negatieve inkomenseffecten te compenseren of dat wordt verwacht dat veel van deze mensen er in koopkracht op achteruit gaan.

Ik ben van mening dat de differentiatie in de inkomensafhankelijke bijdrage plus de extra lastenverlichting voldoende zijn voor een aanvaardbaar koopkrachtbeeld.

De leden van de SP-fractie vragen een antwoord op de vragen die het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties heeft gesteld in de brief van 1 september 2005.

Deze vraag is beantwoord bij de gelijklopende vraag van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «De zorgtoeslag».

De leden van de SP-fractie vragen naar de verschijningsdatum van een CPB/NIVEL-rapport over de inkomensontwikkeling van chronisch zieken en gehandicapten, inclusief Wajongers, over de afgelopen jaren.

Van een gemeenschappelijke CPB/NIVEL-publicatie is mij niets bekend. Ik neem aan dat wordt bedoeld op gegevens die het NIVEL heeft verzameld onder het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ). Dit is een project dat in 1997 op initiatief van de toenmalige Nationale Commissie Chronisch Zieken en het NIVEL is opgezet. Het NIVEL heeft dit voorjaar het rapport «Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2004» gepubliceerd. De rapportage 2004 is gebaseerd op gegevens uit enquêtes, die oktober 2003 (over de maatschappelijke positie) en april 2004 (over de financiële positie) onder het PPCZ gehouden zijn. Daarnaast wordt in het rapport aan de hand van grafieken de situatie over de afgelopen jaren geschetst. In 2005 is conform een toezegging aan de Tweede Kamer het panel uitgebreid tot Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG). Het NIVEL zal in oktober van dit jaar rapporteren over de financiële positie van gehandicapten en chronisch zieken aan de hand van een vragenlijst die dit voorjaar bij de circa 4000 panelleden is uitgezet. Hierbij werkt het NIVEL nauw samen met het SCP.

De leden van de SP-fractie informeren naar de stand van de regelgeving die de aanvulling regelt op het inkomen van Wajongers van 18–21 jaar en vragen hoe structureel en duurzaam deze maatregel is.

De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft mij gemeld dat hij voornemens is een regeling te treffen die voorziet in een tegemoetkoming voor Wajong-gerechtigden onder de 23 jaar, die er als gevolg van het nieuwe zorgstelsel in koopkracht op achteruit zouden gaan. Voor een dergelijke regeling is wetgeving vereist. Deze wetgeving, waarmee een tegemoetkoming voor Wajong-gerechtigden structureel en duurzaam zal worden gewaarborgd, is in voorbereiding.

De leden van SP-fractie merken op dat de zorgtoeslag wordt berekend aan de hand van het wettelijk minimumloon. Zij vragen wat er verder gedaan wordt voor jongeren.

Naast de zorgtoeslag en het fiscale pakket wordt aan de Wajong-gerechtigden een zodanige tegemoetkoming verstrekt zodat de koopkrachtmutatie 2006 niet negatief wordt. Voor jongeren met een

minimumjeugdloon van 18 of 19 jaar blijft een negatief inkomenseffect bestaan van € 3 respectievelijk € 1 per maand. Voor jongeren boven de 19 jaar is het inkomenseffect positief.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de financiële situatie wordt 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 ZVW. Zij vragen verder van welke tegemoetkomingsregelingen zij gebruik kunnen maken en of hierover overleg gaande is met de minister van OCW. Deze leden vragen om berekeningen om te zien hoe dit voor de verschillende groepen uitpakt.

Onderstaand overzicht bevat de gemiddelde effecten voor verschillende groepen verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor particulier verzekerde studenten is een onderscheid gemaakt tussen studenten jonger dan 20 jaar en studenten van 20 jaar en ouder, omdat de kosten voor deze groepen in 2005 sterk van elkaar verschilden.

- In de berekeningen in onderstaande tabel zijn meegenomen:
- Voor ziekenfondsverzekerden 2005: nominale premie, procentuele werknemerspremie, belasting over de werkgeverspremie, gemiddelde no-claim korting studenten.
- Voor particulier verzekerden 2005: wettelijke bijdragen, premie studentenstandaardpakketpolis, gemiddelde eigen risico studenten, ziektekostencomponent in de aanvullende beurs.
- Voor 2006: Gemiddelde premie zorgverzekering, zorgtoeslag, gemiddelde no-claim korting studenten, verhoging aanvullende beurs, belasting over de inkomensafhankelijke premie, doorwerking in de (T)BU en verhoging van de heffingskorting.

**Gemiddelde effecten voor studenten (x 1 € per jaar, afgerond op tientallen euro's)**

Groep	Aantal	Kostenstijging 2006 ten opzichte van 2005 *)
Particuliere verzekerde studenten van 20 jaar en ouder met studiefinanciering met een basisbeurs en/of lening en <i>geen</i> aanvullende beurs	84 000	- 80
Particuliere verzekerde studenten van 20 jaar en ouder met studiefinanciering met een aanvullende beurs	37 000	- 30
Particuliere verzekerde studenten van 18 of 19 jaar met studiefinanciering met een basisbeurs en/of lening en <i>geen</i> aanvullende beurs	57 000	0
Particuliere verzekerde studenten van 18 of 19 jaar met studiefinanciering met een aanvullende beurs	37 000	50
<b>Totaal gemiddelde particulier verzekerde studenten</b>		<b>- 30</b>
Ziektenfonds verzekerde studenten met een aanvullende beurs	126 000	- 210
Ziektenfonds verzekerde studenten met een basisbeurs en/of lening en <i>geen</i> aanvullende beurs	235 000	190
<b>Totaal gemiddelde ziekenfonds verzekerde studenten</b>		<b>50</b>
<b>Totaal</b>	<b>576 000</b>	<b>20</b>

\* + = kostenstijging; - = kostendaling

Studenten worden voor de effecten van het nieuwe zorgstelsel gecompenseerd via de zorgtoeslag, de aanvullende beurs van de studiefinanciering en in sommige gevallen verhoging van de heffingskorting en positieve doorwerking in de (T)BU. Al deze compensatiemaatregelen zijn in de tabel meegenomen.



Het kabinet heeft compensatiemaatregelen ingevoerd waarmee studenten gemiddeld er niet op achteruit gaan. Bovendien worden de studenten die nu een studentenstandaardpakketpolis hebben goed gecompenseerd. Een inkomensachteruitgang doet zich voor bij studenten die op dit moment een onbedoeld voordeel hebben van de ziekenfondsverzekering en geen aanvullende beurs hebben. Zij betalen nu minder dan de particulier verzekerde studenten zonder bijbaan en die scheve verhouding wordt nu rechtgetrokken.

Het kabinet heeft ervoor gekozen hen hiervoor niet specifiek in de beurs te compenseren. Voor hen zal wél het leendeel van de studiefinanciering worden verhoogd, zodat zij de extra kosten altijd via een lening kunnen compenseren. Ziektenfondsverzekerde studenten met ouders met een laag inkomen worden wel in de beurs gecompenseerd, via de verhoging van de aanvullende beurs. Zij gaan er juist op vooruit. Over de aanpassing in de studiefinanciering zoals die nu in de wetsvoorstellen zijn opgenomen, heeft overleg met de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap plaats gehad.

De leden van de SP-fractie vragen of er iets te zeggen is over de effecten voor mensen die gebruik maken van gunstige sectorale regelingen, zoals de ZKOO- en de ZVOO-regelingen.

Deze regelingen maken onderdeel uit van het arbeidsvoorwaarden-overleg. De sociale partners zijn zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop zij met deze regelingen willen omgaan.

De leden van de SP-fractie vragen – met dank voor de duidelijke uitleg in de brief van 22 juli 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 11) – naar de laatste stand van zaken ten aanzien van risicovereveningssysteem. Deze leden vragen zich tevens af of het CVZ in staat is om uiterlijk op 15 september 2005 de zorgverzekeraars te berichten over de hoogte van de vereveningsbijdrage en de wijze van uitkeren.

De invulling van het risicovereveningssysteem in 2006 heeft ondertussen zijn weerslag gevonden in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering die 5 september jongstleden is gepubliceerd in de Staatscourant. In mijn hiervoor genoemde brief «Voortgang van de Zorgverzekeringswet» van 22 juli jl. ben ik reeds uitgebreid ingegaan op de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem in 2006. In die brief is geschetst welke verdeelcriteria in 2006 worden gehanteerd en in welke mate ex post compensatiemechanismen worden ingezet. Over twee aspecten heeft nog aanvullende besluitvorming plaatsgevonden, te weten de nadere invulling van het vangnet en de invulling van de vergoeding voor de no-claimteruggave.

In die brief is kort ingegaan op het vangnet dat – in aanvulling op de reguliere compensatiemechanismen – gehanteerd wordt om de onzekerheden waarmee verzekeraars worden geconfronteerd te mitigeren. Nadere technische uitwerking van dit vangnet heeft er enerzijds toe geleid dat eerst nacalculatie op het macro-prestatiebedrag wordt toegepast, voordat het vangnet wordt toegepast. Anderzijds wordt de bandbreedte van het vangnet gedefinieerd als plus of minus € 35 per *premieplichtige* verzekerde. In een antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Het risicovereveningssysteem» ben ik nader op dit vangnet ingegaan.

Aanvullende besluitvorming heeft ook plaatsgevonden op het punt van de vergoeding voor de uitgaven die verzekeraars aan verzekerden doen in het kader van de no-claimteruggave. Deze vergoeding zal worden gebaseerd op de criteria «leeftijd en geslacht», «aard van het inkomen» en «regio».

Het CVZ heeft op 8 september jl. beleidsregels vastgesteld waarin verdere uitwerking plaatsvindt van de verdere regelgeving op het terrein van de risicoverevening. Ik heb op 13 september jl. deze beleidsregels van het CVZ goedgekeurd. Hiermee is het mogelijk dat het CVZ op 15 september 2005 verzekeraars informeert over de hoogte van de vereveningsbijdragen die zij – uitgaande van hun huidige verzekerdenpopulatie – kunnen verwachten uit het Zorgverzekeringsfonds. Bovendien zal CVZ ingaan op de uitgangspunten die worden gehanteerd bij het bepalen van de wijze van uitkeren. Deze uitgangspunten staan in artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering: verzekeraars krijgen de bijdrage uitbetaald op het moment dat zij deze bedragen nodig hebben om hun verplichtingen aan de zorgaanbieders te voldoen. Daarbij houdt CVZ rekening met de ontvangsten van de nominale rekenpremie en een bevoorschotting aan de ziekenhuizen in verband met het «onder-handen-werk» dbc's. Het onderdeel betalingsregeling van deze beleidsregels zal als aanvulling op de beleidsregels in oktober van dit jaar door CVZ worden vastgesteld. Hierover zullen de zorgverzekeraars dan worden geïnformeerd. Ik merk ten slotte op dat over het vereveningssysteem overeenstemming is bereikt met ZN en CVZ.

De leden van de SP-fractie vragen of zorgverzekeraars nu wel of niet verplicht zijn om in alle gevallen tegelijk met het non-selecte aanbod voor de zorgverzekering ook een non-select aanbod te doen voor de aanvullende verzekering (waarmee een integraal aanbod van een basis- en een aanvullende verzekering tot stand komt).

De afspraak die ik via ZN met de verzekeraars heb gemaakt, is dat zij aan degenen die nu, ten opzichte van het ziekenfondspakket, een aanvullende verzekering of (bij particulier verzekerden en bij ambtenaren die onder de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen vallen) een aanvullend deel in hun verzekering hebben, voor 16 december 2005 een integraal en non-select aanbod krijgen van een zorgverzekering en een aanvullende verzekering. Daartegenover heb ik mij bereid verklaard het artikel over de automatische overgang voor de zorgverzekering in voorliggend wetsvoorstel op te nemen. Dat is dan ook gebeurd (zie artikel 2.5.1 van voorliggend wetsvoorstel). Het is op grond van de richtlijnen schadeverzekering niet mogelijk verzekeraars te verplichten een aanbod voor een aanvullende verzekering te doen. Omdat degene die een aanbod doet, op grond van het burgerlijk recht verplicht is een aangeboden overeenkomst te sluiten indien het aanbod wordt aanvaard, zou daarmee namelijk indirect een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering worden geregeld. En dat is in strijd met de richtlijnen schadeverzekering. Een harde (wettelijke) verplichting om een aanbod voor een aanvullende verzekering te doen, ontbreekt derhalve. Ik acht zorgverzekeraars echter wel gebonden aan hun woord. Bovendien lopen verzekeraars die geen aanvullende verzekering aanbieden aan verzekerden die nu wel een aanvullende verzekering of een aanvullend deel in hun verzekering hebben, het risico dat hun verzekerden naar een andere verzekeraar gaan. Niet alleen voor de aanvullende verzekering, maar ook voor de zorgverzekering.

De leden van de SP-fractie hebben een aantal vragen gesteld over aard en reikwijdte van de collectieve contracten.

De vragen die zij over de collectieve contracten hebben gesteld, heb ik beantwoord bij de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Collectiviteitskorting».

De leden van de SP-fractie vragen zich af in hoeverre ontwikkelingen rond het dbc-systeem, ontwikkelingen die de SP-fractie als zeer zorgelijk duidt,

van invloed zijn op de implementatie van de Zvw. Zij vragen zich af in hoeverre financiële tegenvallers in dit dossier van invloed zijn op de uiteindelijke hoogte van de nominale premie.

Voor circa 90% van de ziekenhuiszorg zijn dbc's geïntroduceerd binnen de bestaande budgetten met vastgestelde tarieven (segment A). Hoewel er klachten zijn over hoge dbc-rekeningen in dit segment, leiden deze hoge tarieven niet tot kostenstijgingen in de gezondheidszorg. De kosten zijn alleen anders verdeeld. Andere dbc-rekeningen voor bijvoorbeeld relatief zware behandelingen en voor patiënten met veel ligdagen zijn goedkoper geworden. In dit segment zijn overigens uiteindelijk niet de tarieven bepalend voor een uitgavenstijging. De ziekenhuisbudgetten bepalen hier nog de uitgaven. De budgetten komen nog op dezelfde wijze tot stand als vroeger.

Voor de ziekenhuizen geldt dat er voor ongeveer 10% van de omzet vrije prijsvorming is. In deze contractering kunnen afspraken worden gemaakt over alle aspecten van zorglevering, zoals tijdigheid, kwaliteit en service aan de patiënt, maar ook de administratieve afhandeling, zoals de declaratie van de zorg. Uit de monitoring van de dbc-invoering tot dusverre blijkt dat dit proces goed verloopt. Ook blijkt totnu toe dat de kosten als gevolg van de dbc-invoering niet belangrijk oplopen. In mijn eerdere brief over de dbc-invoering heb ik aangegeven dat zorgverzekeraars in het B segment ten opzichte van 2004 enkele procenten meer betalen, maar dat dit ook samenhangt met de inkoop van meer zorg (volume) en afspraken over kwaliteit. Kortom, ik zie als gevolg van dbc's geen financiële tegenvallers die substantieel van invloed kunnen zijn op de hoogte van de nominale premie.

Voor een antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie of ik er al uit ben hoe ik de financiële middelen (€ 5 miljoen) ga inzetten ter versterking van de patiëntenverenigingen, verwijs ik naar mijn antwoord op de vraag van de CDA-fractie betreffende de uitwerking van twee toezeggingen (inzet van extra financiële middelen voor een aantal aangegeven doelen en ervaringsinformatie) bij het onderdeel «Patiëntenbelangen».

De vraag van de leden van de SP-fractie van wie het geld is dat in het buitenland wonende vrijwillig AWBZ-verzekerden als premie betaalden om in aanmerking te komen voor AWBZ zorg die ze per 1 januari 2006 niet meer kunnen verzilveren, is beantwoord bij de vraag van de leden van de CDA-fractie betreffende het overgangsrecht van de vrijwillige AWBZ-verzekering.

De leden van de SP-fractie memoreren de motie Swenker/van Leeuwen (Kamerstukken I 2004/05, 29 623, 29 762, 29 763, nr. E) die beoogde vrije artskeuze te bewerkstelligen zonder extra premiebetaling. Deze leden achten het wenselijk dat de gemiddelde premiehoogte voor de restitutiepolissen leidend zou moeten zijn voor de berekening van de zorgtoeslag. Zij vragen mij om een exegeese van deze motie.

Zoals eerder aangegeven in de antwoorden op de vragen van de leden van de CDA-fractie over natura- en restitutiepolissen, blijkt uit signalen van ZN dat verzekeraars naar verwachting voor naturapolissen (vrijwel) even breed contracteren als nu bij ziekenfondsen gebruikelijk is. Verder kunnen verzekerden met een naturapolis – ruimer dan de groep huidige ziekenfondsverzekerden – ook naar niet-gecontracteerde zorgverleners. Dat betekent dat er geen problemen zijn te verwachten bij de vrije artskeuze voor verzekerden met een naturapolis. Op grond van het bovenstaande ligt het niet in de rede om de standaard-

premie die bepalend is voor de hoogte van de zorgtoeslag, alleen te baseren op restitutiepolissen.

De leden van de SP-fractie geven aan dat er tekenen zijn dat restitutiepolissen de norm worden. Deze leden vragen mijn reactie.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vragen van onder meer de CDA-fractie in het onderdeel «Natura- versus restitutiepolissen».

De leden van de SP-fractie hebben gevraagd hoeveel en welke ministeriële regelingen nog op de rol staan en of ze voor 1 januari 2006 gereed zijn.

Maandag 5 september jl. is het eerste deel van de ministeriële regeling houdende regels terzake van de uitvoering van de Zvw (Regeling zorgverzekering) in de Staatscourant (Stcrt. 2005, 171) geplaatst. Naast deze regeling worden geen andere regelingen getroffen ter uitvoering van de Zvw. Wel zal deze regeling nog worden aangevuld met hoofdstukken over het Zorgverzekeringsfonds, de inkomensafhankelijke bijdrage, bepalingen omtrent het CVZ en het CTZ, gegevensverstrekking anders dan in verband met de risicoverevening en een geneesmiddelenbijlage. De verwachting is dat volgende fasen vanaf oktober in de Staatscourant geplaatst zullen worden. Half december zal naar verwachting de laatste – technische – aanvulling/wijziging worden geplaatst.

De leden van de SP-fractie geven aan dat ik heb 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, zo geven zij aan. Het voorstel is het aantal zorgverzekeraars waarmee onderhandeld moet worden, op maximaal 3 te stellen. Deze leden vragen wat de mening van de NMA over dit plan is en of dat plan al ergens zwart op wit staat.

Er vinden op dit moment gesprekken plaats met het ministerie van Economische Zaken en de NMa, waarbij niet alleen gesproken wordt over het aantal contracten dat afgesloten moet worden, maar ook over de positie van huisartsen en zorgverzekeraars in de markt. In het voorstel van mevrouw E. Vogelaar voor een Beleidsagenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007 is op het punt van onderhandelingen het volgende opgenomen: «Uitgangspunt is dat onderhandeld kan worden met de dominante zorgverzekeraar in een regio. Het contract dat op basis daarvan tot stand komt, wordt door de huisarts vervolgens aangeboden aan de andere zorgverzekeraars. ZN stimuleert dat zorgverzekeraars op basis hiervan tot het sluiten van contracten komen.» Uiteraard is dit geen verplichting. Huisartsen zijn vanzelfsprekend vrij met zo veel of zo weinig zorgverzekeraars te onderhandelen als zij willen. Tijdens de onderhandelingen is de NMa geconsulteerd over dit voorgenomen uitgangspunt. De NMa kon daarmee instemmen en heeft later bevestigd dat zij vanuit de Mededingingswet geen probleem ziet met de werkwijze van huisartsen om naar eigen keuze het uitonderhandelde contract met de dominante verzekeraar voor te leggen aan andere verzekeraars. Wel is de NMa van mening dat ZN als koepelorganisatie hier verder buiten dient te blijven. Het is volgens de NMa aan de individuele zorgverzekeraar om te bepalen of hij het voorgelegde contract acceptabel vindt, zoals het aan de individuele zorgaanbieder is of en welke aanbiedingen hij aan een zorgverzekeraar doet. Dit punt zal bij het eerste voortgangsoverleg tussen de hiervoor genoemde partijen aan de orde worden gesteld.

Voorts merken deze leden op dat huisartsen de vermeerdering van de administratieve lasten die de Zvw met zich mee zal brengen, nog steeds met zorg tegemoet zien. Dit is de reden waarom de SP-fractie tijdens de discussie in juni ook vroeg of het klopt 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. Deze leden vragen voorts hoe dit wordt geregeld en of zorgverzekeraars hun cliënten hiertoe actief gaan benaderen of dat van huisartsen wordt verwacht dat zij dit zelf gaan doen.

Huisartsen ontvangen voor alle bij hen op naam ingeschreven patiënten het geldende inschrijftarief. Dit betekent dat zij ook voor de huidige particulier verzekerden in hun populatie, dit inschrijftarief ontvangen. In het akkoord dat ik met de huisartsen en ZN heb bereikt, ben ik overeengekomen om op jaarbasis € 10 miljoen toe te voegen aan het huisartsenkader om huisartsen te faciliteren voor de werkzaamheden die voortvloeien uit de invoering van de Zvw en de nieuwe bekostigings-systematiek. Zorgverzekeraars zullen huisartsen op hun beurt stimuleren tot het digitaal aanleveren van declaraties volgens een uniforme standaard. Zij ontvangen hiervoor € 0,30 per declaratieregel. Huisartsen die de declaraties niet gedigitaliseerd aanleveren, ontvangen die vergoeding niet. Zorgverzekeraars stellen hiervoor buiten het huisartsenkader jaarlijks maximaal € 15 miljoen beschikbaar. Op dit moment zijn de LHV en ZN in overleg voor het afsluiten van een convenant inzake het declaratieverkeer. Ook hebben ZN en LHV beide afzonderlijk een communicatietraject naar hun achterban ingezet. Deze trajecten worden op elkaar afgestemd. Zo vraagt ZN bijvoorbeeld aan verzekeraars of zij hun verzekerden willen stimuleren om het formulier dat zij van de huisarts krijgen om zich te schrijven, direct te ondertekenen. Verzekeraars komen huisartsen hiermee tegemoet. Per 1 januari 2006 kunnen huisartsen de inschrijfvergoeding voor het komende kalenderjaar van alle bij hen op naam ingeschreven patiënten bij zorgverzekeraars declareren. Zorgverzekeraars en huisartsen werken gezamenlijk de systematiek van de betaling van het inschrijftarief uit. Het is dus niet noodzakelijk om cliënten te benaderen. Ten slotte vragen de leden van de SP-fractie met betrekking tot dit onderwerp welke garantie huisartsen hebben 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. Zij vragen of ik bereid ben er bij de zorgverzekeraars op aan te dringen de verzekerde direct bij het afsluiten van de polis te vragen wie zijn of haar huisarts is.

Personen die voor 1 maart 2006 nog geen expliciete keuze hebben gemaakt in hun verzekering, blijven verzekerd bij hun oorspronkelijke verzekeraar. Huisartsen mogen per 1 januari 2006 een inschrijfvergoeding declareren voor de bij hen op naam ingeschreven patiënten. Afhankelijk van de overeenkomst met individuele zorgverzekeraars betalen deze de inschrijfvergoeding per jaar, of per deel daarvan uit. Overigens zijn ZN en de LHV in gesprek over afspraken met betrekking tot de inschrijfvergoeding wanneer burgers tussentijds van verzekeraar of van huisarts wisselen. Dankzij de koppeling tussen de informatiesystemen van zorgverzekeraars en huisartsen is het vanaf 2006 voor huisartsen mogelijk om te zien bij welke zorgverzekeraar patiënten zijn verzekerd.

De leden van de SP-fractie merken op dat ik voortvarend van start ben gegaan met de voorlichtingscampagnes, waarbij het er overigens tot nu toe op lijkt dat deze meer vragen oproepen dan beantwoorden. Zij vragen

of hierbij naast de algemene voorlichting ook rekening wordt gehouden met voorlichting aan specifieke groepen, zoals allochtonen en ouderen.

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie bij het onderdeel «Voorlichting».

De leden van de SP-fractie verwijzen naar uitspraken van de heer Sporre, directeur van Achmea. Volgens de heer Sporre is de gelijktijdige invoering van twee soorten eigen betalingen – de no-claimteruggave en het vrijwillig eigen risico – niet aan verzekerden uit te leggen. Hij noemt deze gelijktijdige invoering een bestuurlijk gedrocht. Deze leden vragen of ik het wel kan uitleggen. Voorts zien ook deze leden uit naar het rapport over het toegezegde onderzoek naar het samenvallen van de no-claim en het eigen risico en naar de alternatieven hiervoor.

Volgens de heer Sporre – zo vervolgen de leden van de SP-fractie – 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. De leden van de SP-fractie willen graag mijn commentaar op de uitspraken van de heer Sporre.

De no-claimteruggave in de Zvw heeft veel overeenkomsten met een verplicht eigen risico. In beide gevallen gaat het om een eigen betaling waarbij de eerste zorgkosten tot een bepaald maximum voor rekening van de verzekerde komen. De regering heeft gekozen voor de no-claimteruggave omdat het systeem een aantal nadelen van een eigen risico niet heeft. In dit verband wijs ik op de liquiditeitsdrempel die ertoe zou kunnen leiden dat een verzekerde afziet van het inroepen van noodzakelijke zorg. Het vrijwillig eigen risico is in de Zvw opgenomen om verzekerden meer keuzemogelijkheden te bieden. Dat verzekerden – binnen de voor de Zvw geldende randvoorwaarden – meer keuzes kunnen maken dan thans het geval is, is een belangrijke doelstelling van de regering.

Ik merk bovendien op dat er geen onduidelijkheid kan zijn over de vraag of kosten eerst ten laste van de no-claimteruggave komen of van het gekozen vrijwillig eigen risico. In artikel 23, derde lid, van de Zvw is geregeld dat zorgkosten eerst ten laste komen van de no-claimteruggave en pas als de zorgkosten uitgaan boven het maximumbedrag van de no-claimteruggave, voor het vrijwillig eigen risico meetellen. Ook is in de artikelen 2.17 en 2.19 van het Besluit zorgverzekering duidelijk geregeld welke zorgkosten meetellen voor het eigen risico en de no-claimteruggave. Naar mijn mening kan daar geen misverstand over bestaan.

Ik beseef wel dat bij restitutiepolissen de combinatie van no-claimteruggave en eigen risico moeilijker uitvoerbaar is. Om die reden kunnen verzekeraars in dergelijke situaties op een praktische manier uitvoering geven aan de no-claimteruggave en het door de verzekerde gekozen eigen risico. Hierbij geldt wel als voorwaarde dat de verzekeraars bij de vaststelling van de no-claimteruggave uiterlijk in maart van het jaar volgend op het jaar waarop deze no-claimteruggave betrekking heeft, deze teruggave en het eigen risico geheel volgens de wettelijke bepalingen dienen toe te passen.

In reactie op de suggestie van de heer Sporre over een soberheidstoets merk ik op dat rekening houdend met de politieke en juridische randvoorwaarden, in de Zvw de zaken zo eenvoudig mogelijk zijn geregeld. Voorts ben ik niet voornemens om in deze kabinetsperiode nog grote wijzigingen in het zorgstelsel door te voeren, al is het alleen maar omdat verzekeraars vooreerst hun tijd nodig zullen hebben om de Zvw te implementeren en goed uit te voeren. Wel zal ik de werking van het nieuwe zorgstelsel goed

in de gaten houden om mogelijke problemen tijdig te signaleren. Zo zal ik onder meer de no-claimteruggave laten evalueren.

Naar aanleiding van de vraag van deze leden naar het onderzoek naar het samenvoegen van de no-claimteruggave en het vrijwillig eigen risico in een verplicht eigen risico – een vraag die ook door de leden van de fracties van PvdA en D66 is gesteld – verwijs ik naar het antwoord in onderdeel «1. Algemeen».

## **7. Fractie D66**

De leden van de D66-fractie merken op dat verzekeraars hebben aangeven dat de premies een stuk hoger zullen uitvallen dan de geraamde € 1 100. Zij vragen mij of ik vasthoud aan een gemiddelde premie ter grootte van dit bedrag. Ook vragen deze leden naar de verwachte bandbreedte en wat ik nog een acceptabel maximum zal vinden.

Verzekeraars hebben rond 15 september 2005 vernomen hoeveel geld zij uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen. Eerst vanaf dat moment zijn verzekeraars in staat te starten met de berekening van de nominale premie. Naar verwachting zullen verzekeraars, mede op basis van de te ontvangen bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds, de premie gemiddeld vaststellen op € 1 106. De verzekeraars mogen zelf de premie vaststellen. Dat zal er dus toe leiden dat er naar huidige verwachting verzekeraars onder en boven dit bedrag zullen uitkomen. De bandbreedte zou in de orde van grootte van die in de huidige Ziekenfondswet kunnen liggen. De Zvw kent een acceptatieplicht. Burgers die vaststellen dat hun zorgverzekeraar een relatief hoge premie vraagt, kunnen dus overstappen naar een goedkopere verzekeraar. Er is daarmee geen reden om maxima te stellen aan de bandbreedte van de nominale premie.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat als de premies door de verzekeraars hoger worden vastgesteld er meer mensen in aanmerking komen voor de zorgtoeslag. Hierdoor kunnen de kosten flink oplopen. Zij vragen hoe dit kan worden ondervangen en met welke scenario's ik rekening houd.

Er wordt van uitgegaan dat de nominale premie gemiddeld uitkomt op € 1 106. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat de verzekeraars een fors hogere premie zullen vaststellen. Indien dit zich desondanks wel voordoet, zullen de budgettaire gevolgen op dat moment nader worden bezien. In ieder geval geldt dat de zorgtoeslag zo is vormgegeven dat deze zal worden herberekend als de standaardpremie meer dan € 25 afwijkt van het bedrag waarmee gerekend is bij voorlopige vaststelling van de zorgtoeslag.

De leden van de D66-fractie geven aan dat recent is gebleken dat de nieuwe zorgverzekeringswet grote inkomensgevolgen gaat hebben voor bepaalde groepen mensen. Ik heb al laten weten, zo stellen zij, bepaalde groepen te willen compenseren voor deze gevolgen. Zij vragen of ik nog eens precies kan aangeven om welke groepen dit gaat en wat voor compensatie er zal komen.

In de Bijlage Inkomenseffecten is een uitgebreide tabel opgenomen, waarin voor verschillende groepen het inkomenseffect wordt gepresenteerd. Daarnaast wordt in de antwoorden op enkele andere vragen ingegaan op de inkomensgevolgen van specifieke groepen.

De leden van de D66-fractie merken op dat vooral ouderen met een aanvullend pensioen kans maken op een premiestijging van tientallen

procenten. Zij hebben begrepen dat ik van plan ben om de ouderen met een aanvullend pensioen tegemoet te komen door hen 6,50 procent inkomensafhankelijke premie te laten betalen over het basispensioen en 4,40 procent inkomensafhankelijke premie over het aanvullende pensioen. Zij vragen aan te geven wat dit precies betekent voor betrokkenen.

Ouderen betalen over de AOW-uitkering een inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage van 6,5%, welke bijdrage door de SVB op de uitkering wordt ingehouden en afgedragen aan de Belastingdienst. Zij ontvangen weliswaar van de SVB geen tegemoetkoming in de door hen verschuldigde bijdrage, maar bij de vaststelling van de hoogte van de bruto AOW-uitkering door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is rekening gehouden met de door de SVB in te houden Zvw-bijdrage. De netto-AOW-uitkering is namelijk gekoppeld aan het netto-minimumloon. Over andere pensioenen zijn betrokkenen het lagere percentage van 4,4 verschuldigd. Dit percentage wordt door de uitbetalende pensioeninstanties over het pensioen berekend en – net als de loonheffing – op de uitkering ingehouden en afgedragen aan de Belastingdienst. In de Bijlage Inkomenseffecten is een uitgebreide tabel opgenomen, waarin voor zo veel mogelijk groepen het inkomenseffect wordt gepresenteerd.

De leden van de fractie van D66 hebben vernomen dat ik freelancers en zelfstandigen zonder personeel die, zo stellen zij, ook een forse premiestijging tegemoet zien, wil compenseren door de inkomensafhankelijke premie voor mensen zonder werkgever te verlagen naar 4,4 procent. De fractie is benieuwd voor welke mensen dit nu geldt. Voor alle werkgevers, voor freelancers en/of voor mensen met een eenmanszaak.

Het lage percentage van 4,40 is van toepassing bij de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw over inkomensbestanddelen waarvoor betrokkenen geen wettelijk recht hebben op een vergoeding voor de verschuldigde bijdrage Zvw. Dit geldt onder andere bij pensioenen, lijfrenten en daarmee vergelijkbare uitkeringen. Voor bijdrage-inkomen dat in de aanslagsfeer aan de Zvw-heffing wordt onderworpen, geldt altijd het lage bijdragepercentage, omdat over die inkomsten, te weten belastbare winst uit onderneming, belastbaar resultaat uit overige werkzaamheden en belastbare periodieke uitkeringen en verstrekkingen, eveneens geen wettelijk recht op een vergoeding voor de verschuldigde bijdrage Zvw bestaat.

De leden van de D66-fractie merken op dat mensen die minder verdienen als het minimumloon er met de nieuwe regeling erg op achteruit gaan. Deze leden maken zich zorgen over de mensen met een minimumjeugdloon wel genoeg gecompenseerd gaan worden en vragen of ik hen hierover kan geruststellen.

Ik kan de leden van de D66-fractie geruststellen. Personen die minder verdienen dan het minimumloon ondervinden in de meeste gevallen een koopkrachtverbetering en geen sterke koopkrachtachteruitgang, zoals blijkt uit de tabel in de Bijlage Inkomenseffecten.

De vraag van de leden van de D66-fractie over de capabiliteit bij de Belastingdienst in verband met het uitbetalen van de zorgtoeslag is beantwoord bij de vraag van de leden van de VVD-fractie in het onderdeel «Belastingdienst».

De leden van de fractie van D66 vragen hoe ik aankijk tegen de informatiecampagne en de kritiek hierop.



Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie bij het onderdeel «Voorlichting».

De leden van de D66-fractie geven aan zich zorgen te maken over de wildgroei aan collectieve contracten. Zij zien ook het gevaar van kruis-subsidies en de mogelijkheid van opwaartse premiedruk. Is het niet verstandig, zo vragen zij, om het begrip «collectiviteit» nader in te perken. Ook geven deze leden aan dat bovendien door een opwaartse premiedruk voor individueel verzekerden en collectieven mogelijk een budgettair probleem bij de zorgtoeslag ontstaat. Zij vragen of ik deze zorg deel en of het niet verstandig is het begrip «collectiviteit» nader in te perken.

Deze vragen zijn beantwoord bij de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Collectiviteitskorting».

De leden van de fractie van D66 zijn benieuwd naar de voortgang van de gesprekken met verzekeraars over het waarborgen van de invloed van verzekerden op de zorginkoop en het contracteerbeleid en vooral naar de resultaten van dit overleg.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Invloed van verzekerden op het beleid».

## **8. Fractie SGP, mede namens de ChristenUnie**

### *Premies*

De leden van de fractie van de SGP en ChristenUnie melden met zorg te hebben kennis genomen 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 per jaar en geen recht hebben op een zorgtoeslag, in de problemen komen. Als dit juist is, dan vragen deze leden of deze lastenverzwaring niet haaks staat op de beloofde lastenverlichting voor 2006.

In de Bijlage Inkomenseffecten is een uitgebreide tabel opgenomen. Daaruit blijkt dat een alleenstaande met een modaal inkomen (dat is ongeveer € 25 000) weliswaar geen zorgtoeslag ontvangt, maar toch een koopkrachtverbetering van 0,7% ondervindt.

### *Problematiek bij ouderen en zelfstandigen*

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie brengen de problematiek bij ouderen en zelfstandigen onder mijn aandacht. Zij achten het ongewenst als deze groepen opeens veel meer premie moeten gaan betalen. Zij vragen mij of de toegezegde aanpassing van 4,4% voldoende is.

Personen die een werkgeversvergoeding ontvangen dienen een inkomensafhankelijke bijdrage te betalen van 6,5% en ontvangen de 6,5% van hun werkgever. Over de bijdrage van hun werkgever zijn ze echter wel belasting verschuldigd. Personen die geen werkgeversvergoeding ontvangen dienen een inkomensafhankelijke bijdrage te betalen van 4,4%, maar ontvangen niets en hoeven dus geen belasting te betalen over een werkgeversvergoeding. Mede hierdoor ontstaat een beeld dat ook voor ouderen met een aanvullend pensioen en zelfstandigen goed verdedigbaar is.

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie vragen aandacht voor de situatie dat iemand die in het huidige systeem heeft aangegeven dat hij de AWBZ als voorziening en niet als verzekering ziet, en daarvoor dus geen vrijstelling als gemoedsbezwaarde heeft gevraagd, wel vrijgesteld kan zijn voor de verzekering ingevolge de Zfw. In het wettelijk systeem van de Zvw waarin de verzekeringsplicht voor de Zvw is gekoppeld aan de verzekering ingevolge de AWBZ, zo stellen deze leden, komen mensen in de problemen. Immers, deze mogelijkheid bestaat niet voor de Zvw. Als iemand geen vrijstelling heeft gevraagd voor de AWBZ, bestaat er ook geen vrijstelling voor de Zvw.

In de Zvw is geregeld dat degene die ontheven is van de verplichtingen op grond van de AWBZ – in dit verband dus vrijstelling heeft als gemoedsbezwaarde voor de AWBZ – niet verzekeringsplichtig is. In de situatie dat iemand geen vrijstelling heeft gevraagd voor de AWBZ (met andere woorden: wel verzekerd is voor de AWBZ), zal dat na de invoering van de Zvw betekenen, dat er – door de koppeling van de verzekeringsplicht-Zvw aan de AWBZ – evenmin vrijstelling is voor de Zvw. Dit is gedaan vanuit de gedachte dat iemand die gemoedsbezwaren heeft tegen een zorgverzekering, gemoedsbezwaren zal hebben tegen elke vorm van verzekering tegen zorg.

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie vragen op welke wijze de koopkrachtverslechtering van 3% bij gemoedsbezwaarden wordt gecompenseerd, nu zij anders dan over de werkgeversbijdrage onder de ziekenfondsverzekering, over de vergoeding van de Zvw-bijdragevervangende belasting van hun werkgever/uitkeringsinstantie, loonbelasting verschuldigd zijn.

Net als een verzekeringsplichtige werknemer van zijn werkgever volledige vergoeding ontvangt van de door hem over zijn loon verschuldigde inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage, ontvangt een gemoedsbezwaarde werknemer van zijn werkgever vergoeding voor de over zijn loon geheven bijdragevervangende belasting. Deze vergoeding vormt fiscaal loon en betrokkene is daarover net als iedere andere belastingplichtige loonbelasting verschuldigd. Compensatie van een eventuele koopkrachtverslechtering bij de overgang naar de Zvw als gevolg van de wijziging van de wijze waarop een werkgever bijdraagt in de kosten van de ziektekostenverzekering van zijn werknemer waarbij een werkgeversdeel in de ziekenfondspremie wordt omgezet in een vergoeding door de werkgever van de geheven inkomensafhankelijke bijdrage, acht de regering niet op haar plaats.

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie geven aan dat in het algemeen geldt dat iedere Nederlander erg veel problemen ondervindt om aan de juiste informatie over de nieuwe situatie te komen. Zij vinden dat hierin een stevige verbetering moet plaatsvinden.

Voor een antwoord hierop verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie bij het onderdeel «Voorlichting».

Daarnaast stellen deze leden mij meer in het bijzonder de vraag op welke wijze ik denk de groep van gemoedsbezwaarden van informatie te gaan voorzien.

Die vraag kan ik positief beantwoorden. CVZ is voornemens om deze groep in oktober/november per brief nader te informeren. Verder wordt op

de website [www.denieuwezorgverzekering.nl](http://www.denieuwezorgverzekering.nl) uitgelegd, wat voor een gemoedsbezwaarde in 2006 verandert.

### *Koopkracht*

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie vinden dat het in de voorlichting lijkt alsof burgers alleen te maken hebben met de € 1 100. Ook in de koopkrachtplaatjes in de stukken wordt hier vanuit gegaan. Onterecht wordt de suggestie gewekt dat de inkomensafhankelijke bijdrage volledig wordt vergoed, zo geven deze leden aan. De leden van de fractie van de SGP en ChristenUnie vragen zich zo langzamerhand af of er nog wel iemand is die er financieel werkelijk op vooruit gaat – bij de ZVW – uiteraard afgezien van werkenden met kinderen. Deze leden vragen hierop mijn visie.

Ik kan de leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie geruststellen met betrekking tot de vraag of er mensen zijn die er op vooruitgaan door de invoering van de Zvw. In de Bijlage Inkomenseffecten is een uitgebreide tabel opgenomen, waaruit blijkt dat voor grote groepen een positief koopkrachtbeeld voor 2006 resulteert. Overigens heb ik steeds inkomensplaatjes gewisseld met beide Kamers waarin ik rekening heb gehouden met belastingheffing over de inkomensafhankelijke bijdrage.

### *Problemen dbc's*

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie vragen mij of ik veranderingen ga aanbrengen in het dbc-systeem naar aanleiding van de problemen die zichtbaar worden. Vooral voor mensen die de kosten zelf moeten betalen levert dit systeem veel onrust op. Het is vreemd als je voor een dagje ziekenhuis opeens een dbc-rekening van bijvoorbeeld € 2000 krijgt, zo stellen zij.

Ik heb toegezegd het vraagstuk van hoge rekeningen voor relatief weinig zorg aan te zullen pakken. Daarover zijn inmiddels afspraken met NPCF, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en CVZ en CTG gemaakt. Deze afspraken zullen ertoe leiden dat verbeteringen in de dbc-factuur doorgevoerd zullen worden. Het gaat om onder meer de invoering van het dbc-consult. Deze wijzigingen worden ten behoeve van de implementatie en planning uitgewerkt in een «spoorboekje». Het spoorboekje zal nog in de maand september aan de Tweede en Eerste Kamer worden gezonden.

### *Collectiviteitskortingen*

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie zien een tendens waarbij de collectiviteitskortingen een verhogend effect hebben op de individuele premies. Zij vragen of ik dit probleem onderkend heb en of ik dit een gewenste ontwikkeling vind.

Deze vraag is beantwoord bij de vragen van de leden van de CDA-fractie in het onderdeel «Collectiviteitskorting».

### *Diversen*

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie vragen een overzicht van de huidige ontwikkelingen rond concentratie van verzekeraars en het toezicht van de NMa daarop.

Een concentratie mag op grond van de Mededingingswet niet tot stand worden gebracht zonder voorafgaande melding bij de NMa. Bij de NMa zijn op dit moment vier zaken in behandeling. Drie zaken, te weten

voorgenomen concentraties tussen VGZ/IZA en Trias (zaak 5105), Trias en NVZ (zaak 5160) en ONVZ en VVAA (zaak 5138) bevinden zich in de zogenaamde meldingsfase. In deze fase beziet de NMa of een vergunning voor de concentratie vereist is. Er is een vergunning vereist als de NMa – kort gezegd – vermoedt dat een economische machtspositie kan ontstaan of kan worden versterkt, die de mededinging mogelijk belemmert. De voorgenomen concentratie tussen CZ en OZ (zaak 5052) bevindt zich in de vergunningsfase. CZ en OZ hebben een beroepsprocedure aanhangig gemaakt bij de rechtbank Rotterdam tegen het besluit van de NMa om een vergunningseis te stellen. CZ en OZ achten de NMa op basis van Europese jurisprudentie niet bevoegd om bij de aangemelde overname van de particuliere activiteiten van OZ ook de gevolgen van de overname van de ziekenfondsactiviteiten van OZ te betrekken.

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie vragen zich voorts af hoe de opmerking, dat rekeningen betaald moeten worden door de verzekeraar waar iemand bij opening van een DBC verzekerd is, wettelijk is vormgegeven. Verder vraagt de fractie zich af hoe in latere jaren wordt omgegaan met reeds geopende maar nog niet afgeronde dbc's.

Deze wettelijke vormgeving is neergelegd in een beleidsregel van het CTG waartoe het CTG op grond van de Wtg bevoegd is. Dbc's worden, nu en in latere jaren, pas gedeclareerd als ze zijn afgesloten. Een dbc, bijvoorbeeld voor chronische zorg, mag maximaal 365 dagen «open» staan. De reeds geopende, maar nog niet afgesloten dbc's worden als onderhanden werk op de balans opgenomen bij de zorgverzekeraar waar de verzekerde bij dbc-opening was ingeschreven. Als de zorg van de patiënt doorgaat op dag 366, dan kan een vervolgd-bc worden geopend die ook weer maximaal 365 dagen «open» mag staan.

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie vragen een precieze vergelijking van de inkomensbegrippen voor zowel de berekening van de zorgtoeslag, voor de Wet IB, als voor de inkomensafhankelijke bijdrage, waarbij inzicht wordt gegeven welke aftrekposten en heffingskortingen nu wel en welke niet meetellen bij de berekening van de hoogte van het inkomen.

Bij de berekening van de verschuldigde inkomstenbelasting wordt uitgegaan van het gezamenlijke bedrag van het belastbare inkomen uit werk en woning, inclusief alle bijbehorende aftrekposten (box 1), het belastbare inkomen uit aanmerkelijk belang (box 2) en het belastbare inkomen uit werk uit sparen en beleggen (box 3).

Bij de berekening van de verschuldigde inkomstenbelasting wordt rekening gehouden met de heffingskortingen. Deze hebben geen invloed op de hoogte van het inkomen.

Bij de berekening van de zorgtoeslag zijn twee inkomensbegrippen van belang: het toetsingsinkomen en het drempelinkomen. Het toetsingsinkomen is het inkomen dat bepalend is voor de hoogte van de zorgtoeslag in het individuele geval. Dit is hetzij het verzamelinkomen van de verzekerde, hetzij, indien deze niet voor een aanslag inkomstenbelasting in aanmerking komt, het belastbare loon volgens de loonopgaaf voor de loonbelasting. Het verzamelinkomen is vrijwel gelijk aan het zojuist genoemde gezamenlijke bedrag van de inkomens voor de inkomstenbelasting, zij het dat bij de berekening van het verzamelinkomen geen rekening wordt gehouden met te verrekenen verliezen uit andere jaren. De heffingskortingen blijven bij het toetsingsinkomen voor de zorgtoeslag buiten beschouwing omdat deze, zoals aangegeven, niet van invloed zijn op het inkomensbegrip. Heeft de verzekerde een partner, dan wordt zowel

het toetsingsinkomen van hemzelf als dat van zijn partner in aanmerking genomen bij de bepaling van de zorgtoeslag.

Het drempelinkomen dient ter berekening van de normpremie. Dit inkomen is gesteld op 108% van het twaalfvoud van het voor de maand januari van het berekeningsjaar geldende in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag bedoelde bedrag per maand, verminderd met het werknemersaandeel in de premie ingevolge artikel 25, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en vermeerderd met de vergoeding ingevolge artikel 46, eerste lid, van de Zvw.

Bij de berekening van inkomensafhankelijke bijdrage die ingevolge de Zvw is verschuldigd wordt uitgegaan van het bijdrage-inkomen. Het bijdrage-inkomen is het gezamenlijke bedrag van hetgeen door de verzekeringplichtige is genoten aan:

- a. belastbaar loon overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de loonbelasting, verminderd met de ingevolge artikel 46 van de Zvw genoten vergoeding en met uitzondering van loon waarover de belasting op grond van artikel 31 van de Wet op de loonbelasting 1964 is verschuldigd door de inhoudingsplichtige en het hierdoor voor de werknemer in de zin van die wet ontstane voordeel en vermeerderd met loon, bepaald volgens de regels van artikel 3.82 van de Wet inkomstenbelasting 2001 (Wet IB 2001);
- b. belastbare winst uit onderneming, bepaald volgens de regels van afdeling 3.2 van de Wet IB 2001;
- c. belastbaar resultaat uit overige werkzaamheden, bepaald volgens de regels van afdeling 3.4 van de Wet IB 2001, met uitzondering van de in de artikelen 3.91 en 3.92 van de Wet IB 2001 bedoelde werkzaamheden;
- d. belastbare periodieke uitkeringen en verstrekkingen, bepaald volgens de regels van afdeling 3.5 van de Wet IB 2001.

Het gaat hierbij kort samengevat om de als inkomen uit werk te kwalificeren elementen van het inkomen uit box 1. Het verschil met het toetsingsinkomen en met het fiscale inkomen bestaat er dus voornamelijk in dat voor het bijdrage-inkomen het inkomen uit eigen woning en het inkomen uit de boxen 2 en 3 geen rol speelt en dat geen rekening wordt gehouden met persoonsgebonden aftrekken en dergelijke.

Ook bij de berekening van de inkomensafhankelijke bijdrage die ingevolge de Zvw is verschuldigd spelen de heffingskortingen geen rol.

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

## BIJLAGE Inkomenseffecten

### Markt. Alleenstaanden en alleenverdieners.

	premies										totaal				
	huidig zorgstelsel					Zvw									
	nominaal	no-claim-terug-eigen fisico	zieken-fonds-procen-tueel	totaal	totaal als % verzamel-inkomen	nominaal	no-claim-terug-gaaf	zorg-toeslag	totaal	totaal als % verzamel-inkomen		zorg-gerela-teerd <sup>1</sup>	zorg-kosten totaal	overige koop-kracht-effec-ten <sup>2</sup>	€
<b>Alleenstaanden</b>				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)						
minimumloon															
70%	390	-90	170	470	3,8%	1 110	-90	-400	620	5,0%	-130	20	30	10	0
100%	390	-90	230	530	3,1%	1 110	-90	-400	620	3,6%	-180	-90	30	120	1
110%	390	-90	260	560	3,0%	1 110	-90	-340	680	3,6%	-200	-80	20	100	3/4
130%	390	-90	300	600	2,7%	1 110	-90	-180	840	3,8%	-230	10	40	30	1/4
150%	390	-90	340	640	2,6%	1 110	-90	-30	990	3,9%	-260	90	50	-40	-1/4
200%	390	-90	430	730	2,2%	1 110	-90	0	1 020	3,1%	-300	-10	70	80	1/2
modaal	390	-90	400	700	2,4%	1 110	-90	0	1 020	3,5%	-310	10	140	130	3/4
2x modaal	1 710	160	0	1 870	3,4%	1 110	-90	0	1 020	1,8%	1 130	280	280	0	0
<b>Alleenverdieners zonder kinderen</b>															
minimumloon															
100%	770	-170	230	830	4,9%	2 210	-180	-1 160	870	5,1%	-170	-130	100	230	1 1/2
110%	770	-170	260	860	4,6%	2 210	-180	-1 090	940	5,0%	-210	-130	100	230	1 1/2
130%	770	-170	300	900	4,1%	2 210	-180	-940	1 090	5,0%	-250	-60	110	170	1
150%	770	-170	340	940	3,8%	2 210	-180	-780	1 250	5,0%	-290	20	120	100	1/2
200%	770	-170	430	1 030	3,2%	2 210	-180	-400	1 630	5,0%	-300	300	140	-160	-3/4
modaal	770	-170	400	1 000	3,5%	2 210	-180	-580	1 450	5,0%	-330	120	190	70	1/4
2x modaal	3 430	310	0	3 740	6,8%	2 210	-180	0	2 030	3,7%	1 530	-180	360	540	1 1/2
<b>Alleenverdieners met kinderen</b>															
minimumloon															
100%	770	-170	230	830	4,9%	2 210	-180	-1 160	870	5,1%	0	40	10	-30	-1/4
110%	770	-170	260	860	4,6%	2 210	-180	-1 100	930	5,0%	-380	-310	-170	140	3/4
130%	770	-170	300	900	4,1%	2 210	-180	-940	1 090	5,0%	-280	-90	20	110	1/2
150%	770	-170	340	940	3,8%	2 210	-180	-790	1 240	5,0%	-320	-20	20	40	1/4
200%	770	-170	430	1 030	3,2%	2 210	-180	-400	1 630	5,0%	-200	400	600	200	3/4
modaal	770	-170	400	1 000	3,5%	2 210	-180	-590	1 440	5,0%	-530	-90	70	160	3/4
2x modaal	5 140	470	0	5 610	10,1%	2 210	-180	0	2 030	3,7%	1 930	-1 650	170	1 820	5 1/4

<sup>1</sup> Dit betreft de zorggerelateerde kosten die direct samenhangen met de stelselherziening. Het gaat hier om de daling van de AWBZ-premie, (belasting over) werkgeversbijdrage.

<sup>2</sup> Dit betreft naast de effecten van de contractloonsstijging en de inflatie o.a. ook mutaties van de heffingskortingen en de daling van de AWF-premie.

(3) NB. - = lagere zorgkosten = koopkrachtverbetering.

(4) = (2) - (1) + (3) - = lagere zorgkosten = koopkrachtverbetering.

(5) NB. + = koopkrachtverbetering.

(6) = (5) - (4) + = koopkrachtverbetering.

**Markt. Tweeverdieners**

premies																																																																																																																													
Zvw						Zvw																																																																																																																							
no-minaal			no-claim-terug-gaaf/eigen risico			zieken-fonds pro-centueel			nu-dig zorg-stel-sel			Zvw																																																																																																																	
nominaal	no-claim-terug-gaaf/eigen risico	zieken-fonds pro-centueel	totaal	totaal als %	nominaal	no-claim-terug-gaaf	zieken-fonds pro-centueel	totaal	totaal als %	nominaal	no-claim-terug-gaaf	toeslag	totaal	totaal als %	verzamel-inkomen	zorg-gerela-teerd <sup>1</sup>	zorg-kosten totaal	overige koop-kracht-effec-ten <sup>2</sup>	€	%																																																																																																									
(1)																					(2)																					(3)																					(4)																					(5)																					(6)																				
<b>Tweeverdieners zonder kinderen (beide partners verdienen onderstaand inkomen)</b>																																																																																																																													
minimumloon																																																																																																																													
50%	770	-170	240	840	4,8%	2 210	-180	-1 160	870	5,0%	5,0%	-170	-140	50	190	1 1/2																																																																																																													
70%	770	-170	330	930	3,8%	2 210	-180	-800	1 230	5,0%	5,0%	-260	40	50	10	0																																																																																																													
100%	770	-170	470	1 070	3,1%	2 210	-180	-310	1 720	5,0%	5,0%	-360	290	30	-260	-1																																																																																																													
110%	770	-170	510	1 110	3,0%	2 210	-180	-150	1 880	5,0%	5,0%	-400	370	50	-320	-1 1/4																																																																																																													
130%	770	-170	600	1 200	2,7%	2 210	-180	0	2 030	4,6%	4,6%	-460	370	70	-300	-1																																																																																																													
150%	770	-170	690	1 290	2,6%	2 210	-180	0	2 030	4,1%	4,1%	-530	210	70	-140	-1/2																																																																																																													
200%	770	-170	860	1 460	2,2%	2 210	-180	0	2 030	3,1%	3,1%	-600	-30	140	170	1/2																																																																																																													
modaal	770	-170	810	1 410	2,4%	2 210	-180	0	2 030	3,5%	3,5%	-630	-10	240	250	3/4																																																																																																													
2x modaal	3 430	310	0	3 740	3,4%	2 210	-180	0	2 030	1,8%	1,8%	2 270	5 60	550	-10	0																																																																																																													
<b>Tweeverdieners met kinderen (beide partners verdienen onderstaand inkomen)</b>																																																																																																																													
minimumloon																																																																																																																													
50%	770	-170	240	840	4,8%	2 210	-180	-1 160	870	5,0%	5,0%	-180	-150	60	210	1 1/4																																																																																																													
70%	770	-170	330	930	3,8%	2 210	-180	-820	1 210	5,0%	5,0%	-280	0	190	190	1																																																																																																													
100%	770	-170	460	1 060	3,1%	2 210	-180	-330	1 700	5,0%	5,0%	-250	390	850	460	1 3/4																																																																																																													
110%	770	-170	510	1 110	3,0%	2 210	-180	-170	1 860	5,0%	5,0%	-230	520	670	150	1/2																																																																																																													
130%	770	-170	560	1 160	2,7%	2 210	-180	0	2 030	4,7%	4,7%	-290	580	310	-270	-3/4																																																																																																													
150%	770	-170	600	1 200	2,4%	2 210	-180	0	2 030	4,1%	4,1%	-370	460	230	-230	-3/4																																																																																																													
200%	770	-170	690	1 290	2,0%	2 210	-180	0	2 030	3,1%	3,1%	-380	360	280	-80	-1/4																																																																																																													
modaal	770	-170	660	1 260	2,2%	2 210	-180	0	2 030	3,5%	3,5%	-350	420	400	-20	0																																																																																																													
2x modaal	5 140	470	0	5 610	5,1%	2 210	-180	0	2 030	1,8%	1,8%	2 510	-1 070	780	1 850	2 3/4																																																																																																													

<sup>1</sup> Dit betreft de zorggerelateerde kosten die direct samenhangen met de stelselherziening. Het gaat hier om de daling van de AWBZ-premie, (belasting over) werkgeversbijdrage ziekenkosten en de (T)BU + = koopkrachtverbetering.

<sup>2</sup> Dit betreft naast de effecten van de contracttoonstijging en de inflatie o.a. ook mutaties van de heffingskortingen en de daling van de AWF-premie.

(3) NB. - = lagere zorgkosten = koopkrachtverbetering.

(4) = (2) - (1) + (3) - = lagere zorgkosten = koopkrachtverbetering.

(5) NB. + = koopkrachtverbetering.

(6) = (5) - (4) + = koopkrachtverbetering.

	premies										totaal						
	huidig zorgstelsel					Zvw											
	nominaal terug-eigen risico	no-claim-terug-eigen risico	ziekenfonds pro-centueel	totaal	totaal als % verzamelinkomen	nominaal	no-claim-terug-gaaf	pro-centueel	zorgtoeslag	totaal		totaal als % verzamelinkomen	zorggerelateerd <sup>1</sup>	zorgkosten totaal	overige koopkracht-effecten <sup>2</sup>	€	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	
<b>alleenstaand</b>																	
AOW	- 90	390	960	1 260	11,4%	1 110	- 90	780	- 400	1 400	12,6%	- 30	110	320	210	2	
AOW + 5 000	- 90	390	1 270	1 570	9,6%	1 110	- 90	1 000	- 400	1 620	9,8%	- 150	- 100	190	290	2	
<b>echtpaar</b>																	
AOW	- 170	770	1 320	1 920	13,1%	2 210	- 180	1 070	- 1 160	1 940	13,3%	- 70	- 50	210	260	1 3/4	
AOW + 5 000	400	3 610	0	4 010	20,3%	2 210	- 180	1 290	- 1 040	2 280	11,5%	100	- 1 630	- 100	1 530	9	
AOW + 10 000	400	3 610	0	4 010	16,1%	2 210	- 180	1 510	- 790	2 750	11,1%	- 20	- 1 280	- 150	1 130	5 1/2	
AOW + 15 000	400	3 610	0	4 010	13,4%	2 210	- 180	1 730	- 530	3 230	10,8%	- 90	- 870	- 180	690	2 3/4	

<sup>1</sup> Dit betreft de zorggerelateerde kosten die direct samenhangen met de stelselherziening. Het gaat hier om de daling van de AWBZ-premie, (belasting over) werkgeversbijdrage ziekenkosten en de (T)BU + = koopkrachtverbetering.

<sup>2</sup> Dit betreft naast de effecten van de contractloonsstijging en de inflatie o.a. ook mutaties van de heffingskortingen en de daling van de AWF-premie.

(3) NB. - = lagere zorgkosten = lagere zorgkosten = lagere zorgkosten = koopkrachtverbetering.

(4) = (2) - (1) + (3) - = lagere zorgkosten = koopkrachtverbetering.

(5) NB. + = koopkrachtverbetering.

(6) = (5) - (4) + = koopkrachtverbetering.



**Zelfstandigen. Alleenstaanden en alleenverdieners.**

	premie's										totaal					
	huidig zorgstelsel					Zvw										
	nominaal	no-claim-terug-eigen risico	ziekenfonds pro-centueel	totaal	totaal als % verzamelinkomen	nominaal	no-claim-terug-gaaf	pro-centueel	zorgtoeslag	totaal	totaal als % verzamelinkomen	zorggerelateerd <sup>1</sup>	zorgkosten totaal	overige koopkracht-effect <sup>2</sup>	€	%
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
<b>Alleenstaanden</b>																
bruto winst (% minimumloon)																
100%	390	-90	480	780	11,8%	1 110	-90	300	-400	920	13,8%	-110	30	220	190	1 1/4
110%	390	-90	660	960	10,7%	1 110	-90	400	-400	1 020	11,2%	-90	-30	180	210	1 1/4
130%	390	-90	900	1 200	10,0%	1 110	-90	530	-400	1 150	9,5%	-110	-160	190	350	2
150%	390	-90	1 140	1 440	9,7%	1 110	-90	650	-400	1 270	8,5%	-130	-300	190	490	2 1/4
200%	1 710	160	0	1 870	8,5%	1 110	-90	970	-180	1 810	8,2%	-200	-260	210	470	1 3/4
modaal	390	-90	1 450	1 750	9,4%	1 110	-90	820	-340	1 500	8,0%	-170	-420	220	640	2 3/4
2x modaal	1 710	160	0	1 870	4,0%	1 110	-90	1 320	0	2 340	5,0%	-280	-190	240	50	1/4
<b>Alleenverdieners zonder kinderen</b>																
bruto winst (% minimumloon)																
100%	770	-170	480	1 080	15,9%	2 210	-180	300	-1 160	1 170	17,3%	0	90	80	-10	0
110%	770	-170	660	1 260	14,0%	2 210	-180	400	-1 160	1 270	14,1%	0	10	90	80	1/2
130%	770	-170	900	1 500	12,6%	2 210	-180	530	-1 160	1 400	11,7%	10	-90	100	190	1
150%	770	-170	1 140	1 740	11,7%	2 210	-180	650	-1 160	1 520	10,3%	-100	-320	250	570	2 1/2
200%	3 430	310	0	3 740	17,0%	2 210	-180	970	-930	2 070	9,4%	350	-1 320	290	1 610	6
modaal	770	-170	1 450	2 050	11,0%	2 210	-180	820	-1 090	1 760	9,4%	-170	-460	290	750	3
2x modaal	3 430	310	0	3 740	8,0%	2 210	-180	1 320	0	3 350	7,2%	-280	-670	320	990	2 1/2
<b>Alleenverdieners met kinderen</b>																
bruto winst (% minimumloon)																
100%	770	-170	480	1 080	15,9%	2 210	-180	300	-1 160	1 170	17,3%	0	90	80	-10	0
110%	770	-170	660	1 260	14,0%	2 210	-180	400	-1 160	1 270	14,1%	0	10	90	9	1/2
130%	770	-170	900	1 500	12,6%	2 210	-180	530	-1 160	1 400	11,7%	40	-60	110	170	3/4
150%	770	-170	1 140	1 740	11,7%	2 210	-180	650	-1 160	1 520	10,3%	60	-160	100	260	1
200%	5 140	470	0	5 610	25,5%	2 210	-180	970	-930	2 070	9,4%	1 170	-2 370	200	2 570	9
modaal	770	-170	1 450	2 050	11,0%	2 210	-180	820	-1 090	1 760	9,4%	-140	-430	200	630	2 1/4
2x modaal	5 140	470	0	5 610	12,0%	2 210	-180	1 320	0	3 350	7,2%	-90	-2 350	130	2 480	6

<sup>1</sup> Dit betreft de zorggerelateerde kosten die direct samenhangen met de stelselherziening. Het gaat hier om de daling van de AWBZ-premie, (belasting over) werkgeversbijdrage

<sup>2</sup> Dit betreft naast de effecten van de contractioonsstijging en de inflatie o.a. ook mutaties van de heffingskortingen en de daling van de AWF-premie.

(3) NB. - = lagere zorgkosten = koopkrachtverbetering.

(4) = (2) - (1) + (3) - = lagere zorgkosten = koopkrachtverbetering.

(5) NB. + = koopkrachtverbetering.

(6) = (5) - (4) + = koopkrachtverbetering.