

Vergaderjaar 2004–2005

**29 763**

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

**H**

### **NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 17 mei 2005

Met interesse heb ik het nader voorlopig verslag gelezen op het voorstel van wet tot Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Bij de beantwoording van de gestelde vragen heb ik op uw verzoek de volgorde ervan in het nader voorlopig verslag aangehouden.

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

De leden van de CDA-fractie vragen of ik de conclusies voor mijn rekening neem die inzake het invoeringstraject – de data van 1 juni, 15 september en 16 december, zijn getrokken naar aanleiding van een rapportage van PriceWaterhouseCoopers (PWC). Daarbij verwijst de CDA-fractie naar de gemaakte afspraken zoals verwoord in de brief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 12 april jl. en mijn brief van 13 april jl.

De leden van de CDA-fractie signaleren verder dat het principe van de «negatieve optie» (wie zwijgt, stemt toe) niet van toepassing kan zijn op de ziekenfondsverzekerden en de verzekerden krachtens de publiekrechtelijke regelingen. Al deze verzekerden dienen expliciet aan te geven dat zij verzekerd willen worden. Deze leden vragen hoe dit dan nu moet worden geregeld en of dit ook zal gelden voor de publiekrechtelijke regelingen. De leden van de CDA-fractie vragen of de oplossing zal inhouden dat de negatieve optie ook voor al deze verzekerden gaat gelden.

Ook de leden van de SP-fractie vragen naar de stand van zaken ten aanzien van het aanbieden van een polis aan alle verzekerden met een vergelijkbaar aanbod als nu en de mogelijkheid om met een handtekening akkoord te gaan. Zij vragen tevens op welke datum de verzekerde nu gereageerd moet hebben.

Ik sta inderdaad achter de afspraken die ZN met mijn departement heeft gemaakt over het invoeringstraject naar aanleiding van het PWC-onderzoek.

Wat betreft de datum van 1 juni heb ik in het overleg met ZN aangegeven dat het belang hiervan enigszins moet worden genuanceerd. Zoals de voorzitter van ZN ook schrijft in zijn brief, zal er per 1 juni aanstaande voldoende informatie beschikbaar zijn over het pakket, ook al wordt de

formele besluitvorming later afgerond. Met de thans voorziene behandeling van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering zal deze formele afronding voor het zomerreces haar beslag krijgen. Ook de datum van 15 september van dit jaar vloeit voort uit het overleg tussen ZN en mijn departement, waarbij is gezocht naar de vroegste datum waarop voldoende betrouwbare gegevens beschikbaar zijn om de bijdrage per verzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds te kunnen vaststellen.

Het verschuiven van de datum, waarop verzekerden uiterlijk een non-select, integraal aanbod krijgen voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering, van 1 november naar 16 december, is een gevolg van de conclusies die binnen ZN zijn getrokken op basis van het PWC-onderzoek. Naar het oordeel van zorgverzekeraars biedt verschuiving van de datum van 1 november de beste waarborg voor een kwalitatief verantwoorde invoering van de Zvw, met name met het oog op de benodigde aanpassing van IT-processen. Zoals de voorzitter van ZN aangeeft in zijn brief, vergt de voorbereiding namelijk meer tijd dan aanvankelijk door de zorgverzekeraars was ingeschat. Ik waardeer de zorgvuldige wijze waarop zorgverzekeraars vorm geven aan de invoering en heb begrip voor de verschuiving van de uiterste datum naar 16 december. Tegelijkertijd heeft deze verschuiving een aantal consequenties.

Om te beginnen mag deze verschuiving niet ten koste gaan van de keuzeperiode van de verzekeringsplichtigen. Was het bij een aanbod vóór 1 november 2005 mijn bedoeling in de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-wet Zvw) te regelen dat de verzekerde zich met terugwerkende kracht en zonder boete wegens te laat verzekeren tot 1 maart 2006 kon verzekeren (hij heeft dan vier maanden om een zorgverzekering en zorgverzekeraar te kiezen), nu de uiterste datum op 16 december komt te liggen, ligt het in de rede daar 1 mei van te maken (dit hoeft niet te worden geregeld maar volgt reeds uit de Zvw, die in artikel 5 regelt dat iemand vier maanden vanaf het ontstaan van de verzekeringsplicht heeft om zich met terugwerkende kracht en zonder boete te verzekeren). De datum van 1 mei zal in ieder geval gelden voor personen die aangeven niet op het aanbod van hun huidige verzekeraar in te willen gaan, en ook voor mensen die nu geen verzekeraar hebben en dus geen aanbod krijgen.

Een belangrijke kwestie die nog nadere beschouwing behoeft, is of verzekerden (ziekenfondsverzekerden, particulier verzekerden en deelnemers aan de publiekrechtelijke ambtelijke regelingen) die het aanbod nog niet voor 1 januari 2006 hebben geaccepteerd (waarbij ook het ondertekenen en verzenden van een acceptgiro voor de Zvw-premie of het ondertekenen van een machtiging tot automatische incasso van die premie als zodanig kan worden gezien) en die het ook niet hebben afgewezen, met ingang van 1 januari 2006 volgens het aanbod en bij de in het aanbod aangewezen zorgverzekeraar verzekerd dienen te worden (geacht). Daarbij zouden deze «niet-reageerders» dan nog wel een termijn van twee maanden krijgen om deze zorgverzekering alsnog te ontbinden (waarna ze vervolgens weer tot 1 mei 2006 hebben om een andere zorgverzekering te sluiten). Een dergelijke optie heeft de voorkeur van de verzekeraars. In zijn brief van 12 april geeft de voorzitter van ZN op hoofdlijnen aan hoe in dat geval zal worden omgegaan met premies en schades in de periode totdat de uiteindelijke keuze van de verzekeringsplichtige vast staat. Op dit moment bestudeer ik tezamen met ZN de juridische en technische mogelijkheden daartoe. Ook andere mogelijkheden, zoals een van rechtswege verzekering voor niet-reageerders vanaf 1 maart, in plaats van vanaf 1 januari 2006, betrek ik daarbij.

---

<sup>1</sup> In de bijdrage van de leden van de CDA-fractie staat «zorgverleners»; gelet op de strekking van de vraag ga ik ervan uit dat de leden van het CDA doelen op de zorgverzekeraars.

De leden van de CDA-fractie vragen wat ik doe indien niet alle zorgverzekeraars<sup>1</sup> de aangescherpte afspraken kunnen waarmaken.

Gelet op de hiervoor geschetste zorgvuldige wijze waarop deze afspraken tot stand zijn gekomen, acht ik de kans gering dat een zorgverzekeraar deze alsnog niet kan waarmaken. Vanwege de concurrerende omgeving waarin de Zvw uitgevoerd gaat worden, hebben zorgverzekeraars er bovendien alle belang bij om hun verzekerden voor 16 december een aanbod te doen. Ik verwijs daarbij graag naar de volgende passage uit de brief van de voorzitter van ZN van 12 april jl.: «Bovendien hebben alle maatschappijen er zakelijk belang bij zoveel als mogelijk in een vroegtijdig stadium hun verzekerden te informeren over de veranderingen, gegeven de overgang naar het nieuwe stelsel. Er is dus een stimulans bij de verzekeraars aanwezig om de deadline van 16 december voor te zijn. Immers, de gunst van de verzekerde om deze ook in het nieuwe stelsel te bedienen is in het geding.»

De leden van de fractie van het CDA vragen zich af of de toetsing van de polissen door de betreffende instantie wel tijdig kan worden waargemaakt. Ook de leden van de fractie van de SP hebben de vraag gesteld wanneer het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) in staat is de modelpolissen te toetsen aan de Zvw. De leden van de SP-fractie vragen zich ook af hoe het CTZ dat eigenlijk kan doen als de laatste polissen pas in december klaar zijn.

De verzekeraars die de Zvw willen uitvoeren moeten hun modelovereenkomsten ter toetsing voorleggen aan het CTZ (na de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg [WMG] de Nederlandse Zorgautoriteit [NZa]). Het CTZ toetst deze modelovereenkomsten op de wettelijk voorgeschreven bepalingen. Op basis van de goedgekeurde modelovereenkomsten biedt de zorgverzekeraar zijn verzekerden individuele polissen aan. Voor de toets van de modelovereenkomsten heeft het CTZ een toetsingskader vastgesteld waaraan ik inmiddels mijn goedkeuring heb gegeven. Het CTZ is ook al geruime tijd in overleg met ZN en de individuele verzekeraars over de toets van de modelovereenkomst. In overleg met het CTZ, het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en mijn ministerie werkt ZN aan een voorbeeld-modelovereenkomst, die alle elementen bevat die de individuele zorgverzekeraars in hun (model-)overeenkomsten (en daarmee, nadat een verzekerde voor een zorgverzekering volgens het model heeft gekozen, in de (individuele) zorgpolis) moeten opnemen. Deze voorbeeld-modelovereenkomst, die voor alle wettelijk toegestane varianten voorbeeldteksten bevat, is een belangrijk hulpmiddel voor de individuele zorgverzekeraars bij de opstelling van hun (model-)overeenkomsten. Zoals het er nu naar uit ziet is die voorbeeld-modelovereenkomst aan het eind van deze maand beschikbaar voor alle zorgverzekeraars. Naar verwachting zullen de eerste verzekeraars in juni hun dan beschikbare modelovereenkomsten voor een oordeel aan het CTZ overleggen. Deze modelovereenkomst bevatten alle elementen die in een modelovereenkomst moeten zijn opgenomen, maar geven nog geen informatie over de bij de modelovereenkomst op te nemen premiegrondslag en de eventueel daarop toe te passen premiekortingen. In deze modelovereenkomst is al wel een artikel voor de grondslag voor de premie en de premiekortingen opgenomen, zodat het CTZ bijvoorbeeld kan toetsen of de verzekeraar niet van plan is andere premiekortingen te bieden dan voor een eigen risico of een collectiviteit. Op deze wijze wordt bereikt dat verzekeraars al in een vroegtijdig stadium hun modelovereenkomsten ter toetsing aan het CTZ kunnen voorleggen. Er zijn enkele verzekeraars die dat al in juni kunnen; andere zullen in de maanden daarna pas hun modellen kunnen voorleggen. Zo ontstaat een zekere spreiding met mogelijk nog een hoogtepunt in de maanden september en oktober. Een verzekeraar hoeft overigens met het op de markt brengen van zijn verzekeringsmodellen niet te wachten op het oordeel van het CTZ. Een oordeel van het CTZ over een modelovereenkomst, gevraagd door de

verzekeraar, is een beschikking in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Dat betekent dat het CTZ gehouden is aan de in die wet gestelde termijnen. Ik ben ervan overtuigd dat het CTZ de toetsing van de modelovereenkomsten tijdig kan afronden. Er is al veel voorwerk verricht en de organisatie is erop ingericht om de verwachte aantallen modellen binnen de gestelde termijnen te toetsen.

De leden van de CDA-fractie gaan er vanuit, dat ik tot nader overleg over de invoeringsdatum bereid ben, mocht een bepaalde datum niet kunnen worden gehaald. Deze leden willen in dit stadium, gelet ook op de omvangrijke, reeds gedane investeringen – indien maar enigszins mogelijk – de invoering van de Zvw op 1 januari a.s. doen plaatsvinden, maar zijn tegelijkertijd van oordeel dat chaos moet worden voorkomen. Zij merken in dit verband op dat ook niet elke zorgverzekeraar ervan overtuigd is dat dit metterdaad niet het geval zal zijn, gelet op alle ingewikkelde processen, die nog hun beslag moeten krijgen. De ketting is altijd nog zo sterk als de zwakste schakel, zo menen zij.

Vanzelfsprekend ben ik bereid om met partijen en met het parlement overleg te voeren over alle aspecten die de invoering van de Zvw en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) regarderen. Dit type overleg vindt ook al geruime tijd plaats, en heeft onder andere geleid tot het aanscherpen van de afspraken met zorgverzekeraars. Hierover heb ik de Eerste en Tweede Kamer per brief van 13 april 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 72) geïnformeerd. Met deze afspraken is een planningsbeeld ontstaan waar partijen vertrouwen in hebben. Mochten zich ten opzichte van dit beeld tegenvallers voordoen, dan is er naar mijn oordeel bij partijen ten volle de bereidheid om tot oplossingen te komen, in het besef van het gezamenlijke belang van een zorgvuldig invoeringstraject.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik bereid ben nog vóór de plenaire behandeling verdere bestuurlijke afspraken te maken met ZN, de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) over de totstandkoming van keuze-informatie over zorgverzekeringen op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl).

Ik heb hierover constructief overleg met ZN, de Consumentenbond, de NPCF, verzekeraars en RIVM/kiesBeter. Voor de korte termijn is verzekerd dat eind 2005 de keuzegids zorgverzekeringen op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) komt, gericht op de nieuwe zorgverzekeringsspolissen. Ik verwacht in de tweede helft van 2005 afspraken te kunnen maken over de periode 2006 en verder.

De leden van de CDA-fractie vragen om een duidelijke toezegging over het ook beschikbaar komen van schriftelijke informatie.

De voorlichtingscampagne voorziet in het schriftelijk informeren van alle huishoudens over de belangrijkste karakteristieken van de Zvw en de Wzt en de invoeringsaspecten die voor de burgers van belang zijn. Daarnaast zal vanzelfsprekend ook het aanbod van de zorgverzekeraar op schrift zijn gesteld. Tevens komt op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) een «print-functie» waardoor de informatie die op internet beschikbaar is ook uitgeprint kan worden. Zo kunnen artsen, ouderenadviseurs bij gemeenten of familieleden die informatie op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) uitprinten die aansluit op de vragen van de persoon die zij voor zich hebben.

De CDA-fractieleiden vragen hoe omgegaan wordt met de noodzakelijke specifieke informatie, over de specifieke ziekte van de patiënt, waaraan dan behoefte is en die mede is gestoeld op ervaringsinformatie.

Op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) komt vanaf 2006 ook informatie over specifieke ziekten en behandelingen. Deze informatie wordt zoveel mogelijk gekoppeld aan keuze-informatie, bijvoorbeeld over ziekenhuizen (in welke ziekenhuizen kan ik voor deze behandeling terecht?), informatie over geneesmiddelen (zijn er alternatieven voor het medicijn dat ik krijg voorgeschreven?) en aan informatie over zorgverzekeringen (welke verzekering wordt vergoed voor deze behandeling in dit ziekenhuis?). Zoveel mogelijk wordt bestaande ervaringsinformatie betrokken en toegankelijk gemaakt via [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Met het oog daarop ben ik doende om in overleg met betrokken veldpartijen te komen tot één landelijk gestandaardiseerde methode van het meten van patiëntenervaringen.

De leden van de CDA-fractie benadrukken nogmaals de noodzakelijke extra financiering voor de koepels en de patiëntenorganisaties. Hierbij vragen de CDA-fractieleden zich af of het jaar 2006 een verloren jaar gaat worden, omdat van overwegend vrijwilligersorganisaties niet mag worden verwacht dat zij zich in enkele maanden goed kunnen voorbereiden op een geheel andere regeling. De noodzakelijke extra financiering is volgens de CDA-fractieleden in ieder geval voor de eerstkomende jaren nodig om te kunnen bewerkstelligen dat het patiëntenveld zich tot een gelijkwaardige partij kan ontwikkelen. De energie dient nu vóór alles te worden ingezet voor het voorbereiden van de patiënten op de gevolgen en de mogelijkheden van de Zvw en niet voor administratieve processen in het kader van een nieuw financieringssysteem, zo menen zij. De CDA-fractieleden dringen aan op een duidelijke toezegging terzake, waarbij deze leden tevens willen aandringen op een snelle uitvoering van het onderzoek naar de gewenste toerusting van de patiënten/consumentenorganisaties.

Ook de fractieleden van de SP delen de zorg van de patiëntenorganisaties over de mate waarin zij kunnen zorgen voor een krachtige tegenmacht. Zij achten de financiële middelen die hiervoor ter beschikking staan volstrekt onvoldoende. De SP-fractieleden geven aan dat prestatiegerichte financiering bij een gelijkblijvend budget een erg magere bijdrage aan «patient empowerment» lijkt. Hierbij past volgens de SP-fractieleden een substantiële bijdrage.

Ten behoeve van onder andere hun voorlichtende taken ontvangen patiënten, gehandicapten- en ouderenorganisaties de komende twee jaar jaarlijks € 34 miljoen via het PGO-fonds. Bij deze bedragen is rekening gehouden met de subsidietaakstelling. Overigens zijn deze organisaties bij de subsidietaakstelling zoveel mogelijk ontzien door – over het algemeen – het laagste door mij gehanteerde kortingspercentage toe te passen. Enkele organisaties die een subsidiegarantie van VWS hadden, zijn geheel ontzien.

Daarnaast verstrek ik de NPCF extra subsidie met het oog op het voorbereiden van de patiënten en het patiëntenveld op de gevolgen en de mogelijkheden van de Zvw. Deze extra subsidie bedraagt € 0,5 miljoen in 2005. Behalve door financiële ondersteuning van patiënten, gehandicapten- en ouderenorganisaties en de NPCF werk ik ook aan de versterking van de rol van patiënten en verzekerden door te bevorderen dat er tijdig keuze-informatie beschikbaar komt. Zoals ik eerder al in de memorie van antwoord heb opgemerkt, wordt dit jaar gewerkt aan een keuzegids ziekenhuizen, huisartsen, verpleging/verzorging/thuiszorg, gehandicaptenzorg en ggz. Alle keuzegidsen worden gepubliceerd op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Deze inspanningen zijn erop gericht om patiënten en verzekerden in staat te stellen de beoogde sleutelrol in het verzekeringsstelsel te vervullen. Voor deze initiatieven is in 2005 € 9 miljoen beschikbaar en in 2006 € 7 miljoen. Tot slot wil ik er graag wijzen op dat in de periode 2003–2007 bijna € 10 miljoen voor het programma Vraagsturing van ZonMW beschikbaar is. Dit programma behelst onder andere onderzoek naar de

informatiebehoefte van burgers en het ontwikkelen van hulpmiddelen voor burgers bij het maken van keuzen.

De leden van de CDA-fractie maken zich ook grote zorgen over het nog tijdig tussen de oren kunnen komen van alle veranderingen bij de verzekerden. Deze leden vragen welk budget hiervoor exact beschikbaar is en wat te doen als per december a.s. blijkt, dat de voorlichtingscampagne niet het beoogde effect heeft gehad. Verder vragen zij of deze effecten worden gemonitord.

Na de beoogde aanvaarding van de Zvw en Wzt door de Eerste Kamer zal een grootschalige publiekscampagne worden gestart om de burger te informeren over de gevolgen van beide wetten. In deze campagne zal de burger via directe aanschrijving, huis-aan-huisbladen, radio en tv en een speciale website worden geïnformeerd over de nieuwe zorgverzekering. De campagne bestaat uit drie onderdelen: in de eerste fase van de campagne wordt de burger geattendeerd op de wijzigingen per 1 januari 2006. Daarna volgt een campagne van de Belastingdienst Toeslagen om burgers te attenderen op de aanvraag van de zorgtoeslag. Ook dit deel wordt breed gecommuniceerd via radio, tv, internet en huis-aan-huisbladen. De laatste fase is gericht op de bewustwording van de keuzemogelijkheden in het nieuwe stelsel. In totaal heeft VWS circa € 16 miljoen beschikbaar voor communicatie over de Zvw. De Belastingdienst heeft een budget van € 15 miljoen beschikbaar voor de communicatie over de zorgtoeslag.

Vanaf december 2004 tot eind 2005 vindt maandelijks onderzoek plaats naar kennis, houding en gedrag van de burger. Daarmee ontstaat ook inzicht in het bereik, de waardering en het effect van de campagne. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek kan – indien noodzakelijk – de campagne worden aangepast.

Overigens blijkt uit de resultaten van de meest recente monitor (maart) dat al veel burgers weten dat er per 1 januari 2006 een nieuwe zorgverzekering komt (71%).

Naast VWS en de Belastingdienst zal ook het CVZ informatie verschaffen, onder andere aan in het buitenland wonende betrokkenen. Verder hebben met name verzekeraars een belangrijke verantwoordelijkheid om hun (potentiële) verzekerden te informeren over de nieuwe verzekering die zij aanbieden. Ook zullen patiënten/consumentenorganisaties een belangrijke rol spelen in de voorlichting. Achter de schermen wordt door alle partijen samengewerkt met als doel om voor de burger een netwerk aan «vraagpunten» te creëren waar hij terecht kan voor antwoorden op zijn vragen.

Een- en andermaal hebben de leden van de CDA-fractie zich ook uitgesproken over de noodzaak om de verzekerden via de ledenraad invloed te geven op het zorginkoopbeleid door middel van een toetsende rol bij de af te sluiten contracten met zorgaanbieders. Volgens die leden heb ik mij in mijn antwoord thans terughoudender opgesteld dan bij een eerdere gelegenheid. Dit wel in tegenstelling tot enkele zorgverzekeraars en ondanks het feit dat ik toch van mening ben dat de verzekerden wel terdege invloed moeten hebben op het zorginkoopbeleid, zo geven de leden van de CDA-fractie aan. In het kader van het vooralsnog niet uitgaan van een amvb en de positievere opstelling in het veld willen deze leden dan tenminste nu de toezegging, dat de voortgang terzake zal worden gemonitord en dat na één jaar aan de hand van deze uitkomst zo nodig alsnog zal worden besloten tot een amvb.

De leden van de CDA-fractie vragen terecht aandacht voor de invloed van verzekeraars op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Ik zal met ZN in

overleg treden over de wijze waarop dit vormgegeven kan worden. Voorts zal ik het CTZ vragen om in zijn jaarlijkse monitor aandacht te besteden aan de invloed van verzekeren op het (zorginkoop)beleid van zorgverzekeraars. Mede op basis van de resultaten daarvan zal ik bezien of het noodzakelijk is om middels een amvb de invloed van verzekeren wettelijk te verankeren.

De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat in het veld van patiënten/consumentenorganisaties de overwegende mening is dat, ondanks vele positieve ontwikkelingen, de rechtspositie van de patiënt/consument in de Zvw nog niet voldoende is geregeld en geborgd. In dit kader is een pleidooi gehouden voor een afzonderlijke consumentenwet. De leden van de CDA-fractie vragen of ik dit pleidooi kan begrijpen en of er de bereidheid is dit in positieve overweging te nemen, dan wel of ik nog andere mogelijkheden zie.

Ook de leden van de SP-fractie vragen naar mijn reactie op het voorstel van de NPCF om een zelfstandige zorgconsumentenwet, waarin de positie van de patiënt/consument wordt vastgelegd, te ontwikkelen. De NPCF is van mening dat de rechten van patiënten/consumenten op dit moment te veel versnipperd zijn en in verschillende wet en regelgeving niet goed op elkaar afgestemd zijn.

De rechtspositie van patiënten en verzekeren is op diverse plaatsen wettelijk verankerd. De Zvw regelt dat de verzekerde toegang heeft tot de benodigde zorg en ook voor zijn rechten kan opkomen bij klachten en geschillen. Indien de patiënt eenmaal in behandeling is, zorgen onder andere de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet BIG, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen er voor dat de rechtspositie van de patiënt geborgd is en dat hij/zij voor zijn rechten kan opkomen. Ik kan mij evenwel voorstellen dat de wijze waarop dit thans is geregeld een belemmering kan vormen voor een adequaat inzicht van patiënten en verzekeren in hun rechtspositie. Wellicht dat een bundeling van de betreffende regels in de hiervoor genoemde wetten bij kan dragen aan een beter inzicht terzake bij patiënten en verzekeren. Ik ben dan ook bereid om mij hierover nader te bezinnen en hierover in overleg te treden met patiënten- en consumentenorganisaties. Om het genoemde inzicht bij patiënten en verzekeren op korte termijn te verbeteren komt er eind 2005 op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) een vraaggericht overzicht van de rechten van patiënten en verzekeren.

De CDA-fractieleden merken ten slotte op dat de inventarisatie van de mogelijkheden voor een persoonsgebonden budget eerst beschikbaar zal komen bij de indiening van de I&A-wet Zvw. Deze leden vragen op welke wijze eventuele consequenties dan worden verwerkt.

In de motie Schippers c.s (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 56) is de regering verzocht te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van opname van de mogelijkheid om te kiezen voor een persoonsgebonden budget in de Zvw. Zoals ik in mijn brief over de invoering van de Zvw en Wzt van 18 maart 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 762 en 29 763, nr. 27) heb opgemerkt, zal deze informatie beschikbaar zijn bij de indiening van de I&A-wet Zvw en vervolgens betrokken kunnen worden bij de behandeling van dat wetsvoorstel.

Een punt van zorg is voor de leden van de CDA-fractie voorshands gebleven de uit de restitutie-polis voortvloeiende extra kosten in vergelijking tot de natura-polis, alsmede de afwijzing van de gedane suggestie.

Ik meen te mogen opmaken dat de leden van CDA-fractie vrezen dat voor zorgverzekeringen met een vrije keuze tussen zorgaanbieders (dat wil zeggen: restitutiepolissen krachtens welke de verzekerden zorg niet van door hun zorgverzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders hoeven af te nemen) een hogere premie zal worden gevraagd dan voor zorgverzekeringen die ervan uitgaan dat de verzekerden hun zorg betrekken bij door hun zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders (naturapolissen en restitutiepolissen met achterliggende overeenkomsten). Hierdoor zou volgens deze leden het risico ontstaan dat personen met een smalle beurs aangewezen raken op zorgverzekeringen met een beperkte keuzemogelijkheid tussen zorgaanbieders.

Op dit moment zijn de premies voor natura en restitutiepolissen nog niet bekend. Ik verwacht overigens dat zorgverzekeraars die naturapolissen aanbieden dusdanig veel zorgaanbieders zullen contracteren dat er geen problemen zullen ontstaan met de vrije keuze van verzekerden voor zorgaanbieders. Ik ben daarom van mening dat de door de CDA-fractieleden veronderstelde onaantrekkelijkheid, zich niet zal voordoen.

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat ik in de memorie van antwoord terugkom op de toezegging dat een addendum met alle gecontracteerde zorgaanbieders aan de polis zal worden toegevoegd. Een verwijzing naar een website en een telefonische hulpdienst is volgens deze leden echter onvoldoende, en vraagt actie van de verzekerden, terwijl de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor adequate voorlichting aan de verzekerden. De leden van de CDA-fractie willen dan ook vasthouden aan een addendum bij de polis. Dit temeer omdat tijdens de hoorzitting is gesteld dat «de meeste verzekeraars geen enkel bezwaar zullen hebben tegen een addendum met de lijst van gecontracteerde aanbieders». Ook de leden van de PvdA-fractie willen graag weten hoe een verzekeraar zijn verzekerden moet informeren over de zorg die in natura wordt verstrekt.

De lijst met gecontracteerde zorgaanbieders maakt deel uit van een zorgverzekering die uitgaat van gecontracteerde zorg (naturapolis of restitutiepolis met achterliggende overeenkomsten). Daarom dient de zorgverzekeraar deze tegelijk met de zorgpolis te verstrekken. Op grond van artikel 7.17.1.8 van het BW zoals dat zal komen te luiden na inwerking-treding van het wetsvoorstel houdende vaststelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe BW (Kamerstukken I 2002/03, 19 529, nr. 206) zal vervolgens ook iedere wijziging in de lijst met zorgaanbieders aan de verzekerden medegedeeld moeten worden. De vraag is echter, of het verzenden van (wijzigingen in) lijsten met zorgaanbieders altijd de meest efficiënte weg is. Het antwoord op die vraag hangt af van de vraag hoeveel zorgaanbieders een zorgverzekeraar voor een bepaalde vorm van zorg heeft gecontracteerd, of de zorgverzekering landelijk of slechts in (een) bepaalde provincie(s) wordt aangeboden en hoe vaak daarin gedurende een jaar wijzigingen in worden aangebracht. Indien een zorgverzekeraar voor een in heel Nederland aangeboden zorgverzekering een zeer gedifferentieerd inkoopbeleid voert, dus bijvoorbeeld per stad of dorp bepaalde ziekenhuizen, huisartsen, verleners van paramedische zorg (enzovoorts) wel, en andere niet contracteert, zal de lijst met gecontracteerde aanbieders waarschijnlijk omvangrijk zijn en onderhevig aan veel wijzigingen. Niet alleen vormt het verzenden van zo'n lijst en de wijzigingen daarin (dan wel het verzenden van telkens bijgewerkte, volledige lijsten) een administratieve last voor de zorgverzekeraar, ook kan betwijfeld worden of de verzekerden gebaat zijn met dergelijke lijsten en iedere wijziging daarin. Daarom is reeds in de memorie van toelichting aangegeven, dat een zorgverzekeraar er ook voor kan kiezen de gecontracteerde zorgaanbieders te publiceren op een website, een uitdraai daarvan op verzoek van een verzekerde toe te



sturen, en verzekerden verder door middel van een telefonische hulpdienst (waarbij zij kunnen navragen of een specifieke zorgaanbieder waar zij naar toe willen gaan, gecontracteerd is) bij te staan (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, pp. 79 en 100). Uiteraard dient hij de vindplaats van die website en het telefoonnummer van de hulpdienst dan wel in of bij de polis te vermelden. Ook combinaties zijn natuurlijk mogelijk, bijvoorbeeld een lijst met alle in de woonprovincie van de verzekerde gecontracteerde zorgaanbieders meesturen, en hem voor de overige gecontracteerde zorgaanbieders verwijzen naar website of hulpdienst, aan het begin van ieder kalenderjaar een lijst sturen, maar voor wijzigingen gedurende het jaar verwijzen naar de website of de hulpdienst, of voor vormen voor zorg waarvoor de verzekerde bijna iedere zorgaanbieder heeft gecontracteerd in de polis opnemen dat de verzekerde zonder bijbetaling naar iedere zorgaanbieder mag, behalve naar zorgaanbieders x en y. Zoals ook het antwoord van de Minister van Justitie op gelijksoortige vragen van de leden van de CDA-fractie over het bij de polis voegen van algemene verzekeringsvoorwaarden valt af te leiden (Kamerstukken I 2004/05, 19 529, B, p. 9), rust de bewijslast op het voldoende geïnformeerd zijn van de verzekerde op de zorgverzekeraar. Besluit hij dus inderdaad geen lijsten of geen wijzigingen daarin met de zorgpolis mee te zenden, dan draagt hij het risico daarvan. Ik verwacht dat de zorgverzekeraars – in overleg met (vertegenwoordigers van) de verzekerden – in de praktijk op dit punt tot goede oplossingen zullen komen.

De leden van de CDA-fractie vragen een nadere toelichting op de passage over de plicht tot vergoeding van de rekening van een zorgaanbieder op grond van een restitutiepolis, mits deze niet hoger is dan de prijs die voor de geleverde zorg op de Nederlandse markt marktconform is, en waar de meerkosten dan grosso modo op neerkomen. Verder vragen zij of de zorgaanbieders hiernaast wel altijd voldoen aan hun plicht tot tijdige en volledige informatie over het in rekening te brengen tarief, en zo niet, wat er dan gebeurt. Dit alles tegen de achtergrond, dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend in de zorgpolis zal komen, zodat de verzekerde patiënt dan in ieder geval de mogelijkheid heeft tot toetsing.

Zorgverzekeraars zijn verplicht tot vergoeding van de rekening van een zorgaanbieder op grond van een restitutiepolis, mits deze niet hoger is dan de prijs die voor de geleverde zorg op de Nederlandse markt marktconform is. Welke prijs marktconform is hangt af de omstandigheden op de desbetreffende markt. Het kan in ieder geval nooit meer zijn dan een eventueel bestaand maximumtarief ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG).

Meerkosten zijn er alleen als er zorg wordt afgenomen voor een prijs die hoger ligt dan hetgeen gebruikelijk is op de desbetreffende markt waarop ook de zorgverzekeraar zijn zorginkoop doet. Die markt is het referentiepunt voor de zorgverzekeraar bij zijn vergoedingenbeleid.

De verzekerde patiënt kan bij de zorgaanbieder vragen naar het tarief dat in rekening wordt gebracht voor de prestatie. De verzekerde patiënt kan die vraag toespitsen door te vermelden bij welke zorgverzekeraar hij verzekerd is. De zorgaanbieder kan dan de juiste informatie geven. Weigering van de informatie is een economisch delict. Het CTG kan deze WTG-overtreding bestuursrechtelijk handhaven. Ook is strafrechtelijke handhaving mogelijk.

De leden van de CDA-fractie hebben begrepen dat er naar de mening van de zorgverzekeraars sprake zal zijn van een gewenningsperiode van een aantal jaren, zowel voor de verzekerde als voor de aanbieder en de

verzekeraar. Deze gewenningsperiode zou tot gevolg hebben dat er in feite per 1 januari a.s. weinig of niets zal veranderen. Deze leden vragen zich af of ik mee kan gaan in de gedachte dat dit ook zal gelden voor de mogelijkheid om aan de hand van verdergaande verkenningen recht te doen aan keuzemogelijkheden ook voor de patiënten.

De zorgverzekeraars hebben in de hoorzitting van uw Kamer op 19 april jl. aangegeven dat zij niet verwachten dat er op korte termijn door zorgverzekeraars substantieel zal worden geëxperimenteerd met bijvoorbeeld varianten van natura- of restitutiepolissen. Zij trachtten naar ik meen te verduidelijken, dat zij de energie op de korte termijn noodzakelijkerwijs voornamelijk zullen richten op de overgang naar het nieuwe verzekeringsstelsel als zodanig, zonder dat van meet af aan de mogelijkheden van dat stelsel ten volle zullen worden uitgenut. Mij komt voor dat het, na de overgang naar de nieuwe verzekering, verder verkennen van keuzemogelijkheden en preferenties van verzekerden en patiënten heel goed gelijke tred kan houden met de ontwikkeling van nieuwe initiatieven en arrangementen door zorgverzekeraars. Ook verzekerden en patiënten zullen immers naar verwachting een zekere gewenningsperiode nodig hebben, en zich gaandeweg de mogelijkheden van het nieuwe stelsel eigen maken. Het ligt ook in de lijn der verwachting dat zorgverzekeraars zich bij hun beleidsontwikkeling mede laten leiden door wensen en behoeften van hun verzekerden, en dat er op dat vlak een wisselwerking gaat ontstaan tussen verzekerden en zorgverzekeraars. Dit proces zal gaandeweg beter worden gefaciliteerd door de verdergaande ontwikkeling van keuzeondersteunende informatie.

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

In de brief «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» (Kamerstukken II 2004/05, 27 659, nr. 52) heb ik uiteengezet dat het winstoogmerk bij zorginstellingen kan worden toegestaan indien zij bereid zijn zorg te verlenen tegen transparante en integrale tarieven (inclusief huisvestingslasten) én daarover volledig afzetrisico te lopen. Voor het daadwerkelijk toestaan van winstuitkeringen door zorginstellingen is een afzonderlijk kabinetsbesluit noodzakelijk. Dit geldt ook in de situatie waarin – op basis van de experimenteermogelijkheden in de WTG en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) – binnen één sector een of meer zorginstellingen eerder gebruik willen maken van risicodragende kapitaalverschaffers en de mogelijkheid om deze met dividend te belonen. De CDA-fractieleden vragen een dergelijk kabinetsbesluit aan het parlement voor te leggen. Ik ben bereid tegemoet te komen aan het verzoek van de CDA-fractie.

Allerwegen wordt bezorgdheid uitgesproken, ook door de CDA-fractie, over het handhaven van de kwaliteit van zorg, de kwaliteitsverschillen, etc. Volgens hen is de optimistische toon in de beantwoording van de gestelde vragen opvallend. Gelet op recente voorbeelden, maar ook op de mogelijkheden terzake van de zorgverzekeraars zijn de leden van de CDA-fractie er nog niet gerust op, dat voldoende alert zal worden opgetreden. De zorgverzekeraars hebben zich tijdens de hoorzitting wel aanmerkelijk realistischer opgesteld met uitspraken als «wij zijn bezig

door middel van kwaliteitsparagrafen meer inzicht in de kwaliteit van het zorgaanbod te verkrijgen. De éne verzekeraar is daar verder mee dan de andere. Ook wij vinden dat kwaliteitsverschillen bij de aanbieders langzamerhand transparant en inzichtelijk moeten worden». Deze leden vragen mij een zelfde realiteitszin uit te stralen met een geavanceerd overheidsbeleid terzake en bij het ondersteunen van de patiënten-organisaties. Zij vragen hoe van patiënten kan worden verwacht – ondanks de keuzegids zorgverzekeringen – wat zorgverzekeraars nog maar zeer ten dele kunnen waarmaken.

In de eerder gegeven antwoorden stond de boodschap centraal dat als het gaat om de kwaliteitsaspecten effectiviteit en veiligheid van zorg de primaire verantwoordelijkheid ligt bij de aanbieders van zorg en niet bij de zorgverzekeraars. De Kwaliteitswet en de Wet BIG zijn op de zorgaanbieders gericht. Met de leden van de CDA-fractie ben ik van mening dat er nog heel veel kan en moet gebeuren om de kwaliteit en de informatie daarover te bevorderen. Ik ben daar ook realistisch over. Er wordt momenteel hard gewerkt aan een nieuwe jaarlijkse verantwoording voor zorgaanbieders: de zogenoemde maatschappelijke verantwoording. Kwaliteit van de geleverde zorg zal een integraal hoofdstuk van die verantwoording zijn. Daarnaast worden de eisen over de daarin op te nemen informatie over kwaliteit aangescherpt ten opzichte van de eisen die thans aan het kwaliteitsjaarverslag worden gesteld. Zo vormen de kwaliteitsindicatoren van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) een belangrijk vertrekpunt voor de eisen die aan de kwaliteitsverantwoording van ziekenhuizen zal worden gesteld. Met deze investering in een betere verantwoording wordt in de nabije toekomst een betere vergelijkbaarheid van de geleverde prestaties mogelijk. Zorgverzekeraars kunnen dit proces ondersteunen, bijvoorbeeld door bij het contracteren de nadruk te leggen op gecertificeerde zorg. Hierbij staat vooral het aantoonbaar beheersen en verbeteren van (on)veiligheid van voorzieningen, gebruikte apparatuur en patiëntenzorg, centraal.

De leden van de CDA-fractie nodigen mij nogmaals uit te voldoen aan beide elementen van de motie Jaarsma, namelijk overgangsrecht integraal onderdeel te doen uitmaken van de beoogde wijzigingen in het zorgverzekeringsstelsel en de motivering van het overgangsrecht te baseren op systematische en transparante keuzes aan de hand van het Toetsingskader Overgangsrecht. Het gaat er immers om dat recht wordt gedaan aan de beginselen van de rechtsstaat, waarbij duidelijk wordt gemaakt welke afwegingen de wetgever heeft gemaakt om in te grijpen in «verworven rechten», waaronder, aldus de leden van deze fractie, ook de aanvullende verzekeringsrechten vallen.

Uiteraard heb ik zorgvuldig stilgestaan bij de te treffen overgangsmaatregelen. Ik ben daar in het voorgaande reeds op ingegaan, en zal er ook in de I&A-wet Zvw nog uitvoerig aandacht aan besteden. Op verzoek van de leden van de CDA-fractie zal ik hier echter ingaan op de vraag hoe het overgangsrecht zich verhoudt tot het Toetsingskader Overgangsrecht (Kamerstukken II 1999/2000, 25 900, nr. 87b). Daarbij wil ik er echter nu al op wijzen dat dit kader, gezien zijn inhoud, vooral toegeschreven is voor wijzigingen *binnen* publieke socialeverzekeringswetten. Het gestelde in die notitie is niet gemakkelijk toepasbaar op de situatie die hier aan de orde is, te weten de volledige overgang van drie verschillende systemen van (basis)verzekeringen die de behoefte aan (vergoeding van) zorg dekken naar één private verzekering met randvoorwaarden, te weten de op de Zvw gebaseerde zorgverzekering.

Desalniettemin volgt hier een toetsing aan de hand van de in het Toetsingskader Overgangsrecht genoemde rubrieken.

### *1. Aard en doel van de te wijzigen regeling(en)*

Op dit moment kunnen we drie groepen verzekerden onderkennen:

1. Ziekenfondsverzekerden zijn op grond van de Zfw van rechtswege verzekerd voor een bij en krachtens de Zfw geregeld pakket. De premie is deels inkomensafhankelijk (bestaande uit een werkgevers- en een werknemersdeel) en deels nominaal. Ziekenfondsverzekerden kunnen daarnaast een particuliere aanvullende verzekering hebben.
2. Werknemers van werkgevers die deelnemen aan de IZA-, IZR- of de DGVP-regeling (publiekrechtelijke ambtelijke regelingen) hebben recht op restitutie van een groot deel van de door hen gemaakte kosten voor zorg. Het pakket van deze regelingen is ruimer dan het Zfw-pakket. De bijdrage voor de regeling is deels inkomensafhankelijk, deels nominaal. Ook de werkgevers dragen bij.
3. Particulier verzekerden hebben een privaatrechtelijke verzekerings-overeenkomst met een particuliere verzekeringsmaatschappij. De omvang van het pakket wordt overgelaten aan verzekeraar en verzekeringnemer, en kan derhalve even ruim zijn als het Zfw-pakket, dan wel minder ruim of juist ruimer. Ook is het mogelijk dat het pakket de omvang van het Zfw-pakket heeft, waarnaast de verzekerde dan nog een aanvullende verzekering heeft. Slechte risico's die door de ziektekostenverzekeraars zijn geweigerd voor een maatschappij-verzekering, komen daarbij over het algemeen tegen een door de wetgever te bepalen maximumpremie in aanmerking voor de standaardpakketpolis. Die standaardpakketpolis heeft dezelfde omvang als het Zfw-pakket. De premie voor beide soorten polissen is nominaal; werkgevers kunnen – al dan niet op grond van een CAO – een bijdrage in de nominale premie geven. Particulier verzekerden op een maatschappijpolis of standaardpakketpolis betalen naast de nominale premie een zogenoemde «MOOZ-bijdrage» (ter compensatie van de oververtegenwoordiging van ouderen in de Zfw), en als ze jonger zijn dan 65 jaar een Wtz-omslagbijdrage voor de verzekerden op de standaardpakketpolis.

Het doel van de overheidsregelgeving die betrekking heeft op bovenstaande terreinen is, alle inwoners toegang te verlenen tot geneeskundige zorg, tegen een aanvaardbare premie.

### *2. Aard en doel van de wijziging*

Het doel van de Zvw is, om te komen tot een verzekeringssysteem op grond waarvan alle inwoners de toegang hebben (en blijven houden) tot noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit. Dat wordt bereikt door de bestaande verzekeringen te wijzigen in één systeem op grond waarvan iedere burger zich door middel van een privaatrechtelijke zorgverzekering dient te verzekeren tegen de behoefte aan bij de wet omschreven vormen van zorg. Het te verzekeren pakket wordt bij en krachtens de Zvw omschreven, en is gelijk aan het Zfw-pakket zoals dat eind 2005 luidt. De premie is deels – maar voor een groter deel dan voor de huidige ziekenfondsverzekerden – nominaal, deels inkomensafhankelijk. Verzekerden met een laag tot gemiddeld inkomen krijgen een zorgtoeslag, en werkgevers vergoeden de inkomensafhankelijke premie.

### *3. Groep*

De Zvw brengt wijziging in de verzekeringspositie van alle ingezetenen, behalve in die van gemoedsbezwaarden en militairen in werkelijke dienst. De gevolgen van de Zvw voor een specifieke inwoner hangen af van het verzekeringssysteem waar hij op dit moment onder valt, van zijn gezinssituatie, van zijn inkomen en dat van zijn eventuele partner en van

de vraag of hij het aanbod dat zijn huidige verzekeraar zal doen (zie onder) accepteert, dan wel opteert voor een andere zorgverzekering.

#### *4. Uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid*

Uit een eerder antwoord in deze nadere memorie van antwoord blijkt reeds, dat de uitvoerbaarheid een belangrijk aspect vormt in het opstellen van een regime voor de overgang van verzekerden van de huidige verzekerings situatie naar de zorgverzekering.

Tot zover de rubrieken uit het Toetsingkader. Kijken we nu specifiek naar het overgangsregime, dan ontstaat het volgende beeld.

Het is de bedoeling van de regering om alle burgers met ingang van 1 januari 2006 onder het nieuwe zorgverzekeringssysteem te brengen. Daarom zal sprake zijn van onmiddellijke werking: met ingang van 1 januari 2006 zullen alle AWBZ-verzekerden (met uitzondering van de hiervoor reeds genoemde militairen in werkelijke dienst en gemoedsbezwaarden) de plicht krijgen een zorgverzekering te sluiten. Tevens zullen met ingang van die datum de Zfw, de Wtz 1998 en de Wet MOOZ worden ingetrokken.

Door de acceptatieplicht kan iedereen zich verzekeren, en wel voor het Zvw-pakket, dat de omvang heeft van het Zfw-pakket zoals dat eind 2005 luidt. Voor voormalige ziekenfondsverzekerden blijft het wettelijk verzekerde pakket ongewijzigd ten opzichte van het Zfw-pakket dat eind 2005 geldt. Ook de mogelijkheid om naar een andere verzekeraar over te stappen blijft ongewijzigd. Voormalige particulier verzekerden krijgen met de invoering van de Zvw een wettelijk verzekerd pakket dat even ruim kan zijn als hun huidige pakket maar ook groter of kleiner. Nieuw voor voormalig particulier verzekerden is dat zij desgewenst jaarlijks kunnen overstappen naar een andere verzekeraar. Ook voor voormalige deelnemers aan publiekrechtelijke ambtelijke regelingen geldt dat zij met de invoering van de Zvw een wettelijk verzekerd pakket krijgen, zij het dat dit iets minder ruim zal zijn dan hun huidige pakket. Ook zij kunnen desgewenst jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Wat betreft de ambtelijke regelingen en maatschappijpolissen die een grotere omvang hadden dan het Zfw-pakket, geldt het volgende: zoals ik al eerder uiteengezet heb bij het beschrijven van de gedragslijn van ZN, is het streven van zorgverzekeraars erop gericht te voorkomen dat mensen vanwege de invoering van de Zvw niet of slechts tegen aanzienlijk hogere premies aanvullend verzekerd kunnen zijn. Ik verwacht dat de werkgevers en werknemers, ook van de overheidssectoren, zelf de afweging zullen maken en hun verantwoordelijkheid nemen om in onderhandeling te treden met zorgverzekeraars voor het afsluiten van een collectieve verzekering voor de deelnemers (werknemers en post-actieven). In combinatie met de gedragslijn van ZN biedt dit voldoende waarborgen voor de toegang tot de aanvullende verzekering zonder risicoselectie van de voormalige particulier verzekerden én van de huidige deelnemers aan de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen.

Uiteindelijk heeft derhalve iedereen de mogelijkheid verzekerd te blijven voor het pakket op grond waarvan men nu verzekerd is.

Wel zullen er – soms aanzienlijke – wijzigingen in de verschuldigde premie optreden. Voor zover de wijziging van de financiering van de basisverzekering tot onaanvaardbaar koopkrachtverlies leidt, wordt dit door middel van de zorgtoeslag (en enkele fiscale maatregelen) gecompenseerd. De leden van de CDA-fractie merken terecht op dat de zorgtoeslag niet voorziet in compensatie van de koopkrachtgevolgen van het betalen van

een premie voor een aanvullende verzekering. Dat is begrijpelijk, aangezien de bemoeiingen van de formele wetgever zich, nu zowel als straks, beperken tot het basispakket. Ook nu voorziet de formele wet niet in compensatie van premies voor aanvullende verzekeringen. Van het inbreken op verworven rechten is dan ook geen sprake. Werkgevers (waaronder derhalve ook de werkgevers in de zin van de publiekrechtelijke ambtelijke regelingen) kunnen ook straks een aanvullend pakket (blijven) meefinancieren, door het geven van een bijdrage in de premies voor de aanvullende verzekeringen.

De leden van het CDA zijn van mening dat het bij de compensatie van ambtenaren niet gaat om de relatieve arbeidsmarktpositie, maar om een verplichting van de werkgever (toevallig een overheidswerkgever) ten opzichte van haar werknemers. Het bedrag van 160 miljoen euro, dat voor studenten en ambtenaren is gereserveerd, moet herkenbaar en onderscheiden naar diverse categorieën worden ingezet. Deze leden willen zich hierbij vooral sterk maken voor de kwetsbare groepen en hebben hiertoe vóór alles behoefte aan concrete voorstellen alsmede de toedeling van de financiële gevolgen aan elk der categorieën, waarbij zij zich nog steeds niet goed kunnen voorstellen waar het bij de rijksambtenaren om gaat.

De ambtenaren bij de rijksoverheid krijgen thans net als hun ambtelijke collega's in de sectoren onderwijs en rechterlijke macht van hun werkgever een vergoeding voor hun particuliere ziektekostenpolis (de interimregeling). Het is te verwachten dat deze vergoeding bij de inwerkingtreding van de Zvw komt te vervallen. Daarvoor in de plaats komt de verplichte vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage in het kader van de Zvw. Bij de overgang naar het nieuwe stelsel ontstaan inkomenseffecten, die terug te voeren zijn op onder andere de hoogte van het inkomen, de samenstelling van de gezinssituatie, de hoogte van de tegemoetkoming en de nieuwe Zvw. Het kabinet is van mening dat zonder nadere maatregelen de relatieve arbeidsmarktpositie van de ambtenaren in deze sectoren verslechtert. Ter voorkoming hiervan is een bedrag ter compensatie van het inkomensverlies gereserveerd. Over de inzet van deze middelen zullen de betreffende sectorwerkgevers op de gebruikelijke wijze arbeidsvoorwaardelijk overleg voeren met de bonden van overheids-personeel. Naast de € 160 miljoen voor ambtenaren en academische ziekenhuizen is (los hiervan) € 33 miljoen voor studenten gereserveerd. De middelen worden verwerkt in de aanvullende beurs van de studiefinanciering, zodat het gemiddelde inkomenseffect voor studenten met een studentenstandaardpakketpolis niet slechter is dan dat voor alleenstaanden op sociaal minimum.

De CDA-fractieleden vragen wat er gaat gebeuren met de reserves van particuliere ziektekostenverzekeraars bij de start van de Zvw.

Bij de reserves van particuliere ziektekostenverzekeraars gaat het om vermogensbestanddelen van private ondernemingen. De voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars zullen ook onder het prudentieel toezicht vallen van DNB, die onder andere toeziet op de opbouw van reserves.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat de memorie van antwoord ingaat op de onderzoeken die ik op dit moment uitvoer naar de kwaliteit van het vereveningsmodel. Ze merken op dat ze er vanuit gaan dat ondoelmatigheid niet mag worden beloond.

De kwaliteit van het model beoordeel ik op verschillende niveaus, te weten op het niveau van de verzekerden, de verzekeraars en de verzekeringssectoren. Hiertoe zet ik de vereveningsbijdrage af tegen de

gerealiseerde kosten. Een deel van het verschil zou kunnen worden toegerekend aan onvolkomenheden in het model. Vandaar dat ik elk jaar onderzoek laat uitvoeren naar mogelijke verbeteringen van het model. Een ander deel van het verschil tussen kosten en vereveningsbijdrage kan voortkomen uit de wijze waarop verzekeraars de verzekering uitvoeren. Een ondoelmatige uitvoering kan namelijk leiden tot hogere kosten die niet met de vereveningsbijdrage moeten worden gecompenseerd. De onderzoeken zijn er dus inderdaad op gericht geen compensatie te bieden voor ondoelmatigheid.

De leden van de CDA-fractie geven aan de antwoorden in de memorie van antwoord met betrekking tot de risicovolle groepen als bepaald ontoereikend te beoordelen. In dit oordeel hebben zij meegewogen de resultaten van het onderzoek «Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering» van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) voor de NPCF. Deze leden vragen of ik door de resultaten van het onderzoek tot andere standpunten dan in de memorie van antwoord ben gekomen.

Uitgaande van de memorie van antwoord betreffende de maat voor fijnmazigheid van het vereveningssysteem, wil ik graag nogmaals benadrukken dat het van belang is dat het vereveningsmodel zodanig wordt vormgegeven dat de verklaringskracht zo hoog mogelijk is zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de transparantie en uitvoerbaarheid van het model. Om uitvoeringstechnische redenen is het niet mogelijk om (bijvoorbeeld bij de indeling van de Diagnose Kosten Groepen [DKG's] en de Farmacie Kosten Groepen [FKG's]) rekening te houden met alle aandoeningen (en alle risicovolle groepen) die er zijn. Dat zou leiden tot veel extra FKG's en DKG's voor aandoeningen die zeer incidenteel voorkomen. Dit zou een ondoorzichtig en onuitvoerbaar vereveningssysteem tot gevolg hebben en bovendien het risico in zich dragen dat op bepaalde terreinen overcompensatie plaatsvindt of ondoelmatig gedrag wordt beloond. Zie ook mijn antwoord verderop in de tekst op de vraag van de fractieleiden van de SGP en de ChristenUnie betreffende risicoverevening voor mensen met een zeldzame aandoening.

Het onderzoek «Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering» van de EUR voor de NPCF leidt tot zes aanbevelingen voor verbeteringen van het ex-ante risicovereveningsmodel. Allereerst wil ik graag aangeven dat goede adviezen over hoe het risicovereveningssysteem verder kan worden verbeterd, altijd welkom zijn. Ik juich het daarom zeer toe dat de NPCF haar taak nu zo opvat dat zij dit soort initiatieven neemt. Ik ben bereid om onderzoek naar de voorgestelde verbeteringen te laten verrichten in het jaarlijkse onderzoeksprogramma van de werkgroep onderzoek risicoverevening. Voor een belangrijk deel gebeurt dit ook al; zo vindt reeds onderzoek plaats naar de relatie tussen het risicovereveningssysteem en meerjarige zeer hoge kosten. Tevens heb ik bij gelegenheid van het aanbieden door de NPCF van het rapport over bovenvermeld onderzoek al toegezegd in het risicovereveningssysteem expliciet rekening te gaan houden met diabetes type II. Zie hiervoor ook mijn antwoord verderop in de tekst op de vraag van de leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie met betrekking tot risicoverevening voor diabetes II. Verder deel ik de mening van de EUR dat gegevens en inzichten die beschikbaar komen bij de gefaseerde overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg én de invoering van een vrijwillig eigen risico, gebruikt moeten worden in de verdere ontwikkeling van het risicovereveningssysteem.

De leden van de CDA-fractie vinden de samenvatting van het bovengenoemde onderzoek dermate verontrustend met betrekking tot niet gewenste gevolgen voor vooral kwetsbare patiënten, dat zij op z'n minst

enige harde toezeggingen vragen over toekomstige aanpassingen van het vereveningsmodel. Deze leden vragen of ik bereid ben het voorstel van de NPCF over te nemen, namelijk het huidige systeem door te ontwikkelen en verder te verfijnen en voorlopig, naast de verevening vooraf, ook de kostencompensatie achteraf te handhaven.

Ik deel de mening van het NPCF dat het ex-ante vereveningssysteem voorlopig nog niet is uitontwikkeld en een voortdurend proces vergt van onderhoud, verbetering en verfijning. Ook is in de loop van de jaren het huidige vereveningsmodel steeds verder verbeterd en uitgebreid met meerdere verdeelcriteria. Dit proces zal worden voortgezet. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met wetenschappers en zorgverzekeraars. Ook op dit moment laat ik in het onderzoeksprogramma risicoverevening uitgebreid onderzoek verrichten naar het onderhoud en mogelijke verbeteringen van het risicovereveningsmodel voor 2006.

In de memorie van antwoord heb ik aangegeven de ex-post compensatiemechanismen om verschillende redenen langzaam af te bouwen. De afbouw van de generieke verevening heeft hierbij op dringend verzoek van de Tweede Kamer (amendement Omtzigt e.a., Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 38) prioriteit. De afbouw vereist echter grote zorgvuldigheid en verdergaande verbeteringen van het ex-ante vereveningsmodel.

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

Het onverzekerd zijn wil ik niet op een lijn stellen met het niet betalen van in rekening gebrachte tarieven. Op de onverzekerde rust nog altijd de plicht de rekening van de aanbieder te voldoen. Daarnaast lijkt het mij volstrekt redelijk om in gevallen waar de tarieven niet door het CTG worden vastgesteld een deel van het risico van oninbare vorderingen te verdisconteren in die «vrije» tarieven. Het is in zijn algemeenheid gebruikelijk dat debiteurenrisico's door een opslag op de prijzen worden gecompenseerd.

Juist vanwege het verzekerde karakter van de zorg zullen individuele verzekerden/zorggebruikers hier geen buitensporig nadeel van ondervinden. Ten algemene ben ik met de CDA-fractie van mening dat prestatiebekostiging ook inhoudt dat alle kosten die te maken hebben met een prestatie terecht komen in de prijs van die prestatie.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat ik in mijn memorie van antwoord stel dat om te kunnen beoordelen of sprake zal zijn van ongewenste kruissubsidie we in hoge mate afhankelijk zullen zijn van de toezichthouders, die erop moeten toezien dat de solidariteit wordt gehandhaafd. De leden van de fractie van het CDA hadden liever gezien, dat zorgverzekeraars hier tot de noodzakelijke transparantie worden verplicht. Dan kan ook duidelijk worden of schadelastbeperking metterdaad het gevolg is van een verantwoorde verzuimaanpak.

Met de leden van de CDA-fractie ben ik het van harte eens dat zorgverzekeraars hier openheid over moeten bieden. Voor een goed toezicht op nakoming van de wettelijke verplichtingen die moeten bijdragen aan de



solidariteit, is transparantie een voorwaarde. Er is hier dan ook geen sprake van een tegenstelling maar van aanvullende voorwaarden. Zorgverzekeraars moeten in hun verantwoording aan onder meer de toezichthouder duidelijkheid geven over de wijze waarop zij het verbod op premiedifferentiatie nakomen. Weliswaar zijn door het verbod op premiedifferentiatie de mogelijkheden voor kruissubsidie tussen collectief en individueel beperkt maar een strikt toezicht hierop is noodzakelijk.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat, nu de WMG tegen de verwachtingen in nog niet bij de Tweede Kamer is ingediend, de invoering per 1 januari aanstaande steeds meer onder druk komt te staan. Dit betekent de noodzaak thans reeds heel goed uit te leggen wat in de transitiefase mag en kan worden verwacht. De leden van de CDA-fractie hebben er reeds eerder op gewezen, dat vooral de consumenten hierover ernstig bezorgd zijn. Zij vragen nog eens duidelijk aan te geven op welke wijze het toezicht in de transitiefase zal worden geregeld. Hiernaast vragen de leden van de CDA-fractie de driedubbele rol van de NZa nader toe te lichten. Ook vragen zij of de diverse taken wel verenigbaar zijn. Tenslotte willen deze leden worden geïnformeerd over de personeelsuitbreiding die reeds in gang is gezet en – naar verluidt – van zeer behoorlijke omvang is.

Ook indien onverhoopt de WMG niet, zoals in mijn voornemen ligt, op 1 januari 2006 in werking treedt, is het toezicht op de zorgverzekeraars voldoende gewaarborgd. DNB zal op grond van de Wtv 1993 het prudentieel toezicht houden, en de Autoriteit Financiële Markten (AFM) zal op grond van de Wet financiële dienstverlening (Wfd), die naar verwachting in het najaar in werking treedt, toezicht houden op het gedrag van de zorgverzekeraar tegenover de verzekerden. Daarnaast regelt de Zvw dat het CTZ toezicht houdt op de nakoming, door de zorgverzekeraar, van de voorwaarden die de Zvw aan zorgverzekeringen en zorgverzekeraars stelt. Daarbij gaat het onder meer om de acceptatieplicht, de vraag of de aangeboden polissen wel zorgverzekeringen zijn, het verbod van premiedifferentiatie, en de vraag of voor de vereveningsbijdrage correcte gegevens worden aangeleverd. Na inwerkingtreding van de WMG zal het gedragstoezicht en het toezicht op de nakoming van de Zvw bij de NZa komen te berusten. Volledigheidshalve wil ik nogmaals benadrukken dat ik geen verdere stappen inzake de gereguleerde marktwerking in de zorgsector zal zetten voordat de NZa inwerking is getreden.

Zoals ik in mijn brief van 10 september 2004 (Kamerstukken II, 2003/04, 29 324, nr. 3) aangaf kent de gezondheidszorg drie met elkaar samenhangende markten (zorgverlening, zorginkoop en zorgverzekering) die elkaar onderling beïnvloeden. Daarbinnen zijn weer verschillende deelmarkten te onderscheiden. Elke deelmarkt stelt eigen eisen aan het reguleringsmechanisme waarmee de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg kunnen worden geborgd. Met andere woorden: de zorgmarkt is niet homogeen. Dit vereist een zorgspecifieke markttoezichthouder die met de specifieke kenmerken en stadia van ontwikkeling van de diverse deelmarkten rekening kan houden, en voor de diverse omstandigheden over een daarop toegesneden instrumentarium beschikt. Door het markttoezicht, het toezicht op de uitvoering van de Zvw en op de uitvoering van de AWBZ zoveel mogelijk in één hand te brengen kunnen de verschillende (deel)markten vanuit een integrale visie worden benaderd. De beoogde taken van de zorgautoriteit zijn dus niet alleen goed verenigbaar; de combinatie is noodzakelijk voor een efficiënt en effectief samenhangend toezicht.

Bij het CTG is inderdaad een personeelsuitbreiding in gang gezet. In 2004 beschikte het CTG over 134,5 fte, de stand per 1 januari 2005 is 165 fte.

Deze uitbreiding heeft verschillende redenen waarvan de belangrijkste zijn: de voorbereiding op de markttoezichttaak en de invoering van de dbc-systematiek (onderhoud en monitoring).

## **2. PvdA-fractie**

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

De door het kabinet beoogde gereguleerde marktwerking en de handhaving van het budgettair macro-kader staan in principe los van elkaar. Dit blijkt ook uit de huidige situatie. Immers, ook bij de huidige beperkte gereguleerde marktwerking kan spanning optreden met het budgettair kader. Zoals ik al eerder heb benadrukt, zal de gereguleerde marktwerking in de zorgsector zeer geleidelijk worden uitgebreid. De resultaten daarvan zal ik uiteraard nauwgezet volgen. Zonodig zal ik maatregelen treffen om de resultaten van genomen stappen bij te sturen. De mogelijkheden om via prijzen en het budget de benodigde maatregelen te treffen, zullen dan ook gehandhaafd blijven.

De in het eerdere antwoord gemaakte vergelijking met bedrijven is bedoeld geweest om duidelijk te maken dat marktgedrag en het streven om de kosten binnen een bepaald, vooraf vastgesteld, budget te houden elkaar niet uitsluiten. De vergelijking kan verkeerd worden geïnterpreteerd omdat het voorbeeld uitgaat van één bedrijf dat zichzelf een budgetdoelstelling oplegt, terwijl het bij de zorgverzekering gaat om een door de overheid vastgesteld macro-kader dat geldt voor alle zorgverzekeraars (en aanbieders) tezamen.

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

Allereerst wil ik graag opmerken dat het systeem in de VS niet vergelijkbaar is met het beoogde Nederlandse systeem. Het systeem in de VS kenmerkt zich door hoge uitgaven en een groot aantal onverzekerden. Er is concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen aanbieders. Er zijn diverse verklaringen voor de hoge zorguitgaven in de VS. Het land loopt voorop in het tempo waarin nieuwe medische technologie worden ingevoerd en verspreid. Ook gaat veel geld op aan bureaucratie en is er een claimcultuur, die er weer toe leidt dat er (in feite overbodige) uitsluitingsdiagnostiek plaatsvindt.

Diverse deskundigen en rapporten geven aan dat het Amerikaanse systeem verkeerde prikkels op verkeerde plaatsen heeft, mede doordat het aldaar toegepaste systeem van concurrentie in feite niet van adequate «checks and balances» is voorzien. Doelmatigheid en kwaliteit zijn daardoor niet altijd optimaal. De «gereedheidskist» van Nederland is de afgelopen jaren aangevuld waardoor betere voorwaarden gecreëerd zijn voor een werkende (gereguleerde) markt. Hierbij spelen elementen als de acceptatieplicht, die hand in hand gaat met ons relatief verfijnd risicovereveningssysteem, contracteervrijheid en een onderhandelingspel tussen zorgverzekeraars en aanbieders over prijzen en kwaliteit een

belangrijke rol. Dit alles ontbreekt in het systeem in de VS.

De leden van de PvdA vragen zich af welke betere mogelijkheden het kader van de Zvw biedt om kapitaal aan te trekken en of het niet eerder zo is dat het aantrekken van kapitaal voor zowel de aanbieders als de verzekeraars lastiger, dan wel duurder wordt. Ook vragen zij op welke investeringen wordt gedoeld waarvoor zorgverzekeraars extern kapitaal moeten aantrekken.

De Zvw verruimt ten opzichte van de Zfw de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om risicodragend kapitaal aan te trekken, door het toestaan van het uitkeren van winst aan kapitaalverschaffers. Voor particuliere ziektekostenverzekeraars verandert er in dit opzicht niets. Zij mogen ook nu al met een winstoogmerk opereren.

In de memorie van antwoord is op de mogelijkheid van winstoogmerk voor zorgverzekeraars uitvoerig ingegaan bij de toelichting op de keuze voor een privaatrechtelijke zorgverzekering met een verzekeringplicht. Die keuze is beargumenteerd als zijnde de meest passende keuze bij de gewenste prikkels en nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden, zoals dat ook al uitvoerig is uiteengezet in het nader rapport (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 4).

De mogelijkheid van zorgverzekeraars om uitkeerbare winst te kunnen maken, is een onderdeel van deze keuze. Het toelaten van winststreven zal naar mijn overtuiging een extra stimulans betekenen voor concurrentie tussen zorgverzekeraars. Ook als een beperkt deel van de zorgverzekeraars hiervoor kiest kan dat al het geval zijn. De concurrentie tussen zorgverzekeraars kan bijdragen aan efficiency, verbetering en innovatie en maken dat winsten uiteindelijk ook weer ten goede komen aan verzekeren in de vorm van lagere premies. Hoewel de toename van marktrisico sec wellicht een beperkte opwaartse druk geeft op de kosten van het aantrekken van kapitaal, zal een meer concurrerende omgeving per saldo moeten leiden tot een meer beheerste premieontwikkeling voor de burger. Het toestaan van winststreven verruimt ook de mogelijkheid voor nieuwe toetreders om de Nederlandse markt te betreden. Ten slotte biedt het zorgverzekeraars de mogelijkheid om risicodragend kapitaal aan te trekken, waarmee investeringen kunnen worden gefinancierd ten gunste van de zorg. Denkbaar zijn investeringen in ketenzorg of in geautomatiseerde declaratiesystemen waardoor de administratieve lasten dalen. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat zorgverzekeraars die met winstoogmerk opereren vennootschapsbelasting dienen te betalen over de behaalde winst. Zorgverzekeraars die zonder winstoogmerk opereren zijn vrijgesteld van de vennootschapsbelasting.

Bij deze verruiming van de mogelijkheden om risicodragend kapitaal aan te trekken moet wel worden opgemerkt dat ik voor de huidige ziekenfondsen de mogelijkheden om winst te beogen (tijdelijk) wil beperken teneinde te voorkomen dat in de publieke sfeer opgebouwde reserves na de inwerkingtreding van de Zvw worden besteed aan winstuitkeringen aan aandeelhouders.

De Zvw verruimt niet de mogelijkheid voor het aantrekken van kapitaal voor zorgaanbieders. Voor het beleid ten aanzien van winst bij zorgaanbieders verwijs ik naar de notitie «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» (Kamerstukken II, 2004/05, 27 659, nr. 52.) waarin ik ook in de memorie van antwoord ben ingegaan.

De leden van de fractie van de PvdA vragen om een toelichting bij de opmerking dat toen de hoofdlijnen van dit wetsvoorstel duidelijk werden een aantal particuliere ziektekosten verzekeraars niet bereid of in staat waren om hun organisatie daartoe in te richten, terwijl er juist meer op deze organisaties toegesneden elementen in het wetsvoorstel zijn opgenomen.

Een aantal, voornamelijk kleinere particuliere ziektekostenverzekeraars, heeft de portefeuille overgedragen aan andere zorgverzekeraars. Zij hebben dit waarschijnlijk mede gedaan in het vooruitzicht van de invoering per 1 januari 2006 van de Zvw. Daarbij kan inderdaad de overweging een rol hebben gespeeld dat deze verzekeraars niet bereid of in staat waren binnen hun veelal grotere organisatie een voor de uitvoering van de Zvw benodigde administratieve organisatie op te zetten. De uitvoering van de Zvw stelt immers een aantal eisen dat niet voor andere schadeverzekeringsbranches gelden. In het oog springende aspecten daarbij zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgverstrekking in natura en daarmee samenhangende zorginkoop. Dit zijn fenomenen die in andere schadeverzekeringen niet voorkomen en die een zeer specifiek ingerichte organisatie van het schadeverzekeringsbedrijf vergen ook ten behoeve van het toezicht.

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

Zoals in de memorie van antwoord is uiteengezet heeft het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg verschillende dimensies. Voor zover het gaat om de dimensies veiligheid en effectiviteit is het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar dat hij zorg inkoopt die geleverd wordt volgens toetsbare kwaliteitsstandaarden. Hoewel er in de praktijk altijd zekere kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders bestaan, is het kwaliteitssysteem zo ingericht dat zorgverzekeraars geen ruimte (mogen) hebben om zich op deze dimensies sterk van elkaar te onderscheiden. Er zal dus geen tweedeling ontstaan van ondermaatse zorg tegen lage premies en goede zorg tegen hoge premies. Op veiligheid en effectiviteit wordt niet geconcurrerd.

Naast veiligheid en effectiviteit van zorgverlening zijn burgers ook gevoelig voor ander dimensies van kwaliteit, zoals een efficiënte organisatie van de zorg, eenvoudige procedures, een klantvriendelijke en zorgvuldige bejegening en «luxe en comfort» om de zorg heen. Op deze terreinen hebben zorgverzekeraars wel volop de ruimte om elkaar te concurreren.

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

Het is niet mogelijk een algemene uitspraak te doen over het verband tussen prijs en kwaliteit. Daarmee is het ook niet mogelijk om een antwoord te geven op de vraag of er een noodzaak is om bij te sturen in het geval hogere kwaliteit niet gepaard gaat met lagere prijzen of op welke wijze die bijsturing zou moeten plaatsvinden. De vraag wanneer en hoe prijzen moeten worden bijgestuurd vergt een aparte afweging, die is beschreven in het antwoord hiervoor op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over het samengaan van marktwerking en het hanteren van een budgettair kader.

Hoe moet, zo vragen de leden van de PvdA-fractie, de opmerking in de memorie van antwoord worden begrepen, dat in het geval van een

volledig van staatswege ingerichte zorgverzekering zonder concurrentie een forse claim vanuit de private sector te verwachten valt. Valt een vergelijkbare claim ook te verwachten wanneer het voorgestelde stelsel niet blijkt te functioneren en alsnog gekozen moet worden voor een publiek stelsel, zo vragen zij.

Zoals in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel is aangegeven (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, p. 13), hebben rond de 5 miljoen burgers op dit moment een ziektekostenverzekering bij een particuliere ziektekostenverzekeraar. Indien besloten zou worden tot een van staatswege ingerichte zorgverzekering zonder concurrentie, zullen de particuliere verzekeraars deze klanten verliezen. Zij zullen in dat geval mogelijk overwegen bij de overheid op grond van artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens schadevergoeding te claimen, onder de stelling dat de overheid hen «contractuele rechten met economische waarde» (te weten de particuliere verzekeringsovereenkomsten) heeft ontnomen. Overigens is niet zeker dat een rechter een dergelijke vordering zou honoreren, omdat de economische waarde van particuliere ziektekostenverzekeringen volgens de door ZN verstrekte informatie niet zozeer zit in de winstcapaciteit op de maatschappijpolissen als wel op de daarmee samenhangende andere verzekeringscontacten met de verzekerden. Die contacten zouden in stand kunnen blijven wanneer de particuliere verzekeraars zich zouden kunnen omvormen tot uitvoerders van de publiekrechtelijke verzekering, net zoals de huidige ziekenfondsen zich thans omvormen tot uitvoerders van de privaatrechtelijke verzekering.

De vraag of een vergelijkbare claim kans van slagen zou hebben, indien het nu voorgestelde privaatrechtelijke stelsel niet zou blijken te werken en in plaats daarvan een volledig publiekrechtelijk stelsel zal worden ingevoerd, is niet op voorhand te beantwoorden. Dat zal onder meer afhangen van de kenmerken van dat publiekrechtelijke stelsel en van de wijze waarop van het Zvw-stelsel op het publiekrechtelijke stelsel zou worden overgegaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen in het voorlopig verslag niet zozeer naar een oordeel over het plan van professor Van de Ven, maar vragen zich af of het alternatief dat professor Van de Ven noemt in zijn artikel de proportionaliteit en noodzakelijkheid van het nu voorliggende wetsvoorstel niet in twijfel trekt.

Naar mijn oordeel zal met het voorstel van professor Van de Ven het doel van de Zvw, anders dan met het nu in de Zvw neergelegde systeem, niet worden bereikt. Daarom kan het voorstel niet worden gepresenteerd als een minder ingrijpend middel om hetzelfde resultaat te krijgen. Noodzakelijkheid en proportionaliteit van het voorliggende voorstel worden dientengevolge niet geraakt door het voorstel van professor Van de Ven. Ik licht graag toe hoe ik tot dit oordeel kom. Professor Van de Ven stelt inderdaad dat de acceptatieplicht en het verbod van premiedifferentiatie in de Zvw niet noodzakelijk of proportioneel zijn, omdat er maatregelen denkbaar zijn waarmee hetzelfde doel kan worden bereikt, maar die minder ingrijpen in de vrijheid van verzekeraars. Als alternatief voor de acceptatieplicht noemt hij een volledige vergoeding, door de overheid aan de verzekeraars, van alle door hen betaalde zorg boven een bepaald bedrag. En als alternatief voor het verbod van premiedifferentiatie noemt hij het toekennen van een extra zorgtoeslag aan personen met een hoog risico als zij vanwege het afschaffen van het verbod van premiedifferentiatie een hogere premie gaan betalen.

De gedachte achter deze voorstellen is, naar ik aanneem, dat verzekeraars er door eerder bedoelde vergoeding geen belang meer bij hebben slechte risico's te weren, en dat die slechte risico's van wie verzekeraars een

hogere premie vragen, daarvoor door de overheid worden gecompenseerd. Zoals hiervoor al is opgemerkt, zal naar mijn mening met dit voorstel echter het hoofddoel van de nieuwe zorgverzekering, te weten het voor alle inwoners toegankelijk maken van noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit, niet kunnen worden bereikt. Allereerst biedt het voorstel geen zekerheid dat alle burgers zich ook echt zullen kunnen verzekeren. Er is immers geen acceptatieplicht. Daarnaast kan het leiden tot forse prijsopdrijving. In het voorstel zullen de zorgverzekeraars immers weinig belang meer hebben bij doelmatige zorginkoop, en zullen verzekerden met een hoog gezondheidsrisico geen belang meer hebben bij het zoeken van een zorgverzekeraar met de beste prijs/kwaliteitsverhouding. Een hogere premie krijgen zij immers van overheidswege vergoed. Voor verzekerden die geen hoog risico vormen, zal sprake zijn van een onzekere situatie, aangezien de premie die verzekeraars van hen vragen afhankelijk zal zijn van hun gezondheidsrisico en zij voorts ook nog eens geweigerd zouden kunnen worden. Ook voor dit deel van de markt zal derhalve minder concurrentie tussen verzekeraars tot stand komen dan onder de Zvw. Ten slotte vergt het voorstel van Van de Ven een administratief zeer belastende uitbreiding van het systeem van de zorgtoeslag. Verzekeraars zouden in het voorstel immers aan de overheid kenbaar moeten maken aan wie zij een hogere premie in rekening brengen. Aangezien van de overheid daaropvolgend wordt verwacht een navenant hogere zorgtoeslag toe te kennen, zal zij graag van de verzekeraar willen vernemen op welke gronden deze verzekeraar deze hogere premie in rekening heeft gebracht, en op basis van een daartoe ingericht systeem controle dienen uit te oefenen op de legitimiteit van de premievaststelling, hetgeen op zichzelf weer een spanningsveld met Europese regelgeving oproept. Al met al leidt het voorstel van Van de Ven tot een systeem dat uit oogpunt van toegankelijkheid en van beheerste kostenontwikkeling de waarborgen ontbeert die het voorliggende wetsvoorstel wel biedt. Wellicht ten overvloede wijs ik er tenslotte op dat het risicovereveningssysteem van de Zvw onlangs door de Europese Commissie van een positieve beschikking is voorzien. Elders in deze memorie wordt daarop ingegaan. Bij de discussies over dit systeem kwam uiteraard aan de orde, dat het een noodzakelijk complement van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie is. In lijn met de eerdere brief van de heer Bolkestein, is ook in het kader van de toetsing van het vereveningssysteem door de Commissie niet gesteld, dat de acceptatieplicht of het verbod van premiedifferentiatie verder op de vrijheid van verzekeraars ingrijpt dan noodzakelijk of proportioneel is. De Commissie zou de steunaspecten niet hebben kunnen goedkeuren, als zij de maatregelen waarvoor compensatie nodig is (acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie), strijdig had geoordeeld met het Europees recht (i.c. de Europese richtlijnen voor het schadeverzekeringsbedrijf).

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of zij het goed begrepen hebben dat op basis van artikel 12, lid 2 middels een amvb voor bepaalde vormen van zorg een contracteerplicht zal gelden.

Artikel 12, tweede lid van de Zvw biedt de mogelijkheid om voor bepaalde vormen van zorg een contracteerplicht op te leggen. Zoals ik in de memorie van antwoord (Kamerstukken I 2004/05, 29 763, E) heb aangegeven, zie ik voorshands geen noodzaak om van deze mogelijkheid gebruik te maken.

Het is de leden van de PvdA-fractie onduidelijk waarom er voor is gekozen de bepaling dat verzekeraars met meer dan 850 000 verzekerden landelijk moeten opereren, niet te laten gelden per concern, maar per afzonderlijke verzekeraar, al dan niet deel uitmakend van een concern. Zij vragen in hoeverre deze bepaling de concernvorming aantrekkelijker zal maken.

De verzekeraars binnen een concern zijn afzonderlijke rechtspersonen, die ook alle een eigen vergunning van De Nederlandsche Bank (DNB) moeten hebben. Zou ervoor gekozen zijn de grens voor het verplicht landelijk werken niet per verzekeraar (die al dan niet tot een concern behoort) maar per concern te laten gelden, dan zou dat betekenen dat het antwoord op de vraag of een kleine verzekeraar binnen een concern landelijk moet werken, af zou hangen van het aantal verzekerden bij andere rechtspersonen binnen dat concern. Het is erg twijfelachtig of een bepaling die de handelingsvrijheid van de ene rechtspersoon afhankelijk stelt van die van het aantal klanten van een andere – ook al zitten beide rechtspersonen in een zelfde concern – een rechterlijke toetsing zou kunnen doorstaan. Het tellen van de verzekerden per verzekeraar maakt het vormen van een concern niet aantrekkelijker of onaantrekkelijker. Het tellen van de verzekerden per concern zou – in theorie – concernvorming minder aantrekkelijk kunnen maken. Daar staat tegenover dat in de praktijk alle nu bestaande concerns reeds landelijk werken.

In de memorie van antwoord hebben de leden van de PvdA-fractie gelezen dat de rechtspositionele vorm, zoals besloten vennootschap, van veel verzekeraars beperkingen oplegt aan de invloed van verzekerdenraden. Naar aanleiding hiervan vragen deze leden hoe aan de invloed van verzekerden juridisch invulling kan worden gegeven.

Allereerst merk ik op dat de zorgverzekeraars geen besloten vennootschap kunnen zijn. Ten gevolge van de Europese richtlijnen schadeverzekeringsbedrijf, die in de Wet toezicht verzekeringbedrijf 1993 (Wtv 1993) zijn geïmplementeerd, zullen zorgverzekeraars namelijk slechts onderlinge waarborgmaatschappij, naamloze vennootschap of Europese vennootschap mogen zijn.

De invloed van verzekerden kan op vele manieren worden vormgegeven. Een onderlinge waarborgmaatschappij is een bijzondere vorm van de rechtsfiguur «vereniging» en kent derhalve leden, te weten de verzekeringnemers (art 2:62 BW). De algemene vergadering van leden of de ledenraad heeft de hoogste macht binnen de onderlinge waarborgmaatschappij (artikel 2:40 BW). Zo benoemt deze vergadering of raad in principe de bestuursleden en de commissarissen, en kan slechts de vergadering of de raad wijzigingen in de statuten aanbrengen. Derhalve is de invloed van verzekerden bij een onderlinge waarborgmaatschappij «ingebakken», hetgeen overigens onverlet laat dat een zorgverzekeraar die onderlinge waarborgmaatschappij is verzekerden ook nog andere beïnvloedingsmogelijkheden kan geven.

Bij de naamloze of de Europese vennootschap kan aan de invloed van verzekerden onder andere vorm worden gegeven door middel van het oprichten van een adviserend of medebeslissend college van verzekerden, door (ander) geregeld overleg met (vertegenwoordigers van) de verzekerden of door het uitzetten van enquêtes naar de kwaliteit van de dienstverlening van de zorgverzekeraar zèlf en van de door hem gecontracteerde zorgaanbieders.

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

Ik bereid momenteel de voorlichtingscampagne over de invoering van de Zvw voor. Bij die voorlichtingscampagne zal, naast de algemene voorlichting aan verzekerden, tevens voorlichting worden voorbereid die gericht is op specifieke groepen, zoals patiënten- en consumentenorganisaties. Zo zal ik binnenkort overleg voeren met gemeentelijke sociale diensten

(directeuren voor sociale aangelegenheden [Divosa]). Tijdens dat overleg zal onder meer aandacht worden besteed aan voorlichting aan dak- en thuislozen. Bezien zal worden of informatie over de verzekeringsplicht van deze sociaal kwetsbare groep kan plaatsvinden door de gemeentelijke sociale diensten, of via instellingen die de opvang van dak- en thuislozen verzorgen.

Overigens biedt de Zvw de mogelijkheid dat een ander dan de verzekeringsplichtige een zorgverzekering sluit. Dat biedt bijvoorbeeld een familielid of iedere ander die zich om een dakloze bekommert, zoals de sociale dienst, de mogelijkheid om voor die dakloze een zorgverzekering te sluiten.

In het geval van opname van een niet-verzekerde dak- of thuisloze zal bij het afsluiten van een zorgverzekering per geval bekeken moeten worden of het niet-afsluiten daarvan aan die persoon kan worden verweten. Indien dat niet het geval is, zal geen boete worden opgelegd. Indien de betreffende dak- of thuisloze wel verweten kan worden dat hij zich niet heeft verzekerd, zal een boete worden opgelegd over de niet-verzekerde periode. Deze boete zal bijvoorbeeld via een bijstandsuitkering kunnen worden voldaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe, gelet op de concurrentiepositie van verzekeraars, in de toekomst de WTG-Beleidsregel dubieuze debiteuren gehanteerd zal worden en of de kosten hiervan gespreid worden over de verzekeraars die met de betreffende aanbieder een contract hebben.

Er verandert ten opzichte van de huidige situatie niets in de systematiek. De CTG-beleidsregel dubieuze debiteuren komt alleen voor bij geheel of gedeeltelijk gebudgetteerde instellingen, zoals bij segment A voor ziekenhuizen. Zorgverzekeraars maken daar vooraf afspraken met de zorgaanbieder over afnemings van het totale volume aan zorgprestaties tegen een vooraf af te spreken tarief. Onderdeel van een tarief is een vergoeding ter compensatie van dubieuze debiteuren. Het tarief wordt alleen in rekening gebracht aan zorgverzekeraars wiens verzekerden een prestatie afnemen. Zo kan het zijn dat een zorgverzekeraar die wel mee heeft onderhandeld over de prestatie en het tarief, uiteindelijk niets hoeft te betalen of te vergoeden omdat geen van zijn verzekerden gebruik heeft gemaakt van de geboden mogelijkheden. De kosten worden aldus gespreid over de zorgverzekeraars die daadwerkelijk een tarief in rekening gebracht krijgen in verband met het leveren van een prestatie door de zorgaanbieder aan hun verzekerden.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom er niet voor gekozen is om de kosten van het afschrijven van dubieuze debiteuren te verhalen op het Zorgverzekeringsfonds.

Het verhalen van het afschrijven van dubieuze debiteuren op het Zorgverzekeringsfonds zou betekenen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet langer een prikkel hebben om er zelf alles aan te doen het probleem van de dubieuze debiteuren zelf op te lossen. Deze prikkel acht ik van essentieel belang. Daarom heb ik dus niet gekozen voor de door de leden van de PvdA-fractie genoemde oplossing.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of de hoogte van de vereveningsbijdrage dat een verzekeraar ontvangt voor een bepaald slecht risico op jaarbasis kan verschillen. Zo vragen zij of dus voor een groep verzekerden, zonder verandering van FKG's, DKG's, aard van het inkomen, regio, etc., in twee jaren een verschillend bedrag kan worden uitgekeerd. Voorts vragen deze leden of de hoogte van het vaste bedrag per risico



afhankelijk is van het beschikbare budget en/of het «aantal risico's» dat zich bij verzekeraars voordoet. De leden van de PvdA-fractie geven aan dat ze hiernaar vragen met het oog op de mate waarin een verzekeraar beleid kan voeren op de te verwachten compensatie voor bepaalde risico's, niet alleen voor het komende jaar maar voor een reeks van jaren.

De leden van de PvdA-fractie hebben het juist begrepen dat de vereveningsbijdrage op jaarbasis kan verschillen voor eenzelfde groep verzekerden. Elk jaar worden de kosten die samenhangen met het risicoprofiel van deze groep verzekerden voorspeld. De uitkomst hiervan kan elk jaar verschillen. Dit heeft een aantal oorzaken. Allereerst probeer ik elk jaar het vereveningsmodel te verbeteren zodat de verwachte kosten beter kunnen worden voorspeld op basis van objectieve criteria. Verder wordt rekening gehouden met de kosten van nieuwe behandelingen en medicijnen, alsmede met prijsontwikkelingen. Kortom, elk jaar kan het vaste bedrag per risico op basis waarvan de vereveningsbijdrage wordt bepaald, verschillen. De vereveningsbijdrage hangt verder af van het risicoprofiel van de zorgverzekeraar. Hoe meer verzekerden met een groot risico op hoge zorgkosten een zorgverzekeraar in zijn portefeuille heeft, hoe hoger de vereveningsbijdrage.

Al met al betekent dit overigens niet dat de vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar met een min of meer constant risicoprofiel veel verandert van jaar op jaar. Een zorgverzekeraar kan er verder zeker van zijn dat hij voor ongezonde verzekerden elk jaar wordt gecompenseerd. In die zin is het voor een zorgverzekeraar mogelijk een beleid te voeren waardoor ze aantrekkelijk zijn voor mensen met structureel hoge zorgkosten.

De leden van de PvdA-fractie vragen wie de boete betaalt als een kind onverzekerd is.

De Zvw bepaalt dat iedere verzekerde ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekeringplichtig is. Dat betekent dat ook minderjarige kinderen verzekeringplichtig zijn. Van hen kan echter niet worden verwacht dat zij zichzelf verzekeren of ervoor zorgen dat hun wettelijke vertegenwoordigers dat doen. Daarom legt Zvw deze wettelijke vertegenwoordigers de plicht op, ervoor te zorgen dat degene die zij vertegenwoordigen verzekerd is. Als de wettelijk vertegenwoordigers niet aan die verplichting voldoen, wordt niet aan het kind dat zij vertegenwoordigen, maar aan hen zelf een boete opgelegd.

Overigens zullen wettelijk vertegenwoordigers niet snel nalaten een kind te verzekeren, aangezien voor verzekerden onder de achttien jaar geen nominale premie verschuldigd is.

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

Artikel 10 geeft de hoofdcategorieën aan van zorg waarop de Zvw betrekking heeft. Op grond van artikel 11 worden de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties nader geregeld. De criteria van Dunning zijn gehanteerd bij de opname van nieuwe behandelingen in het pakket en bij de zorg die de afgelopen jaren uit het pakket is verwijderd. Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 7) heb aangegeven is de consequentie hiervan dat het verzekerde pakket steeds meer betrekking zal hebben op zorg waarvan de noodzakelijkheid, de werking en de effectiviteit is aangetoond. Daarvoor is een voortdurende toetsing van het verzekerde pakket geboden. Omvang en samenstelling van het wettelijk verzekerde pakket zijn een overheidsverantwoor-

delijkheid. De toepassing van de criteria van Dunning is dan ook mijn taak, waarbij ook het CVZ als pakketbeheerder een belangrijke rol speelt.

Op welke wijze moet een zorgverzekeraar verzekerden informeren over de zorg die in natura zal worden verstrekt, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik de leden van de PvdA-fractie naar het eerder gegeven antwoord op een gelijksoortige vraag van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de memorie van antwoord dat er sprake is van een én-én situatie. Verzekerden kunnen jaarlijks en wanneer een verzekeraar de modelpolis wijzigt van verzekeraar wisselen. Waarom kan een verzekerde niet overstappen in het geval dat zijn verzekeraar de aanbieder van zijn keus niet heeft gecontracteerd, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

Een zorgverzekering is een overeenkomst, dat wil zeggen, bindt beide partijen – de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer/verzekerde – aan de in de overeenkomst gemaakte afspraken. Zoals eerder in deze memorie gezegd, maakt de lijst met zorgaanbieders deel uit van een zorgverzekering die uitgaat van gecontracteerde zorg. Een verzekeringsplichtige die zo'n verzekering sluit, dient er dus rekening mee te houden dat de zorgverzekeraar een korting kan toepassen op het te vergoeden bedrag en dat hij dus moet bijbetalen indien hij naar een niet op die lijst voorkomende zorgaanbieder gaat. Als hij er belang aan hecht zonder bijbetaling bij een bepaalde ziekte of aandoening naar een bepaalde zorgaanbieder te kunnen, zal hij een zorgverzekering moeten sluiten met een zorgverzekeraar die de desbetreffende aanbieder heeft gecontracteerd (dan wel een restitutie-zorgverzekering met vrije keuze tussen alle zorgaanbieders moeten sluiten). Een zorgverzekering die een verzekerde het recht geeft om, op het moment dat hij zorg nodig heeft, op te stappen indien de gecontracteerde zorgaanbieders hem niet bevallen, maakt het zorgverzekeraars onmogelijk om scherp zorg in te kopen.

Anders is het indien de voorkeurszorgaanbieder op het moment dat de zorgverzekering gesloten werd wèl gecontracteerd was, maar de zorgverzekeraar het contract met die aanbieder gedurende het kalenderjaar opzegt. In dat geval kan de verzekerde de zorgverzekering wèl opzeggen, omdat er voor hem sprake is van een verslechtering van de polisvoorwaarden. Niet iedere wijziging in de lijst met zorgaanbieders vormt overigens voor iedere verzekerde een geldige reden voor opzegging. Overeenkomsten dienen namelijk met inachtneming van de redelijkheid en billijkheid te worden uitgevoerd. Zo zal vervanging van een gecontracteerde apotheek in Zuid-Holland door een andere apotheek, een verzekerde in Gelderland zelden een opzegrecht geven. De verzekerde zal dus desgevraagd aannemelijk moeten maken, dat de wijziging voor hem een verslechtering vormt. Dat is het geval indien hij bij de zorgaanbieder in behandeling is of een langdurige relatie met hem heeft (zoals bij een huisarts), en ook indien de keuzemogelijkheid tussen zorgaanbieders door het schrappen van een bepaalde zorgaanbieder aanzienlijk wordt beperkt. Als een verzekerde nog geen relatie met een zorgaanbieder heeft maar wel, mocht hij ziek worden, een voorkeur voor een zorgaanbieder heeft, zou hij dit aan de zorgverzekeraar kunnen melden. Zegt de zorgverzekeraar onverhoopt het contract met de desbetreffende aanbieder op, dan kan de verzekerde aantonen dat hij belang heeft bij het opzeggen van de zorgverzekering.

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

Een verbod van beëindiging van een aanvullende verzekering grijpt minder diep in op de vrijheid van verzekeraars dan het opleggen van een acceptatieplicht voor zo'n verzekering. In Europeesrechtelijke termen vertaald: een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering is minder proportioneel dan een beëindigingsverbod. Daarom zal een wettelijke acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering sneller op Europeesrechtelijke problemen stuiten dan het in de Zvw opgenomen beëindigingsverbod.

Volgens prof. mr. G. R. J. De Groot in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (De zorgverzekeraars, spin in het web?, Themanummer Nieuwe zorgverzekering, TvGr 1-2005, pp. 56-57) zijn er overigens krachtige argumenten op grond waarvan het huidige verbod tot beëindiging van de aanvullende verzekering bij overstap naar een andere zorgverzekering, Europeesrechtelijk gerechtvaardigd kan worden.

De leden van de PvdA fractie vragen of ze het goed begrijpen dat de verzekeraars de hoogte van de totale werkgeversbijdrage bepalen, gezien de fifty-fifty verdeling van de premielast.

In formele zin bepalen de zorgverzekeraars dit natuurlijk niet; de hoogte van de door werkgevers te betalen inkomensafhankelijke bijdrage wordt immers bepaald via een ministeriële regeling. In praktische zin wordt de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage indirect wel door de kostenontwikkeling bij zorgverzekeraars beïnvloed. De inkomensafhankelijke bijdrage dient evenveel op te brengen als de nominale premie plus de rijksbijdrage voor kinderen. Dit impliceert dat de inkomensafhankelijke bijdrage zal moeten stijgen als de zorgverzekeraars de nominale premie hoger vaststellen en dat de inkomensafhankelijke bijdrage kan dalen als de zorgverzekeraars de nominale premie lager vaststellen.

De relatie is overigens niet helemaal één op één. De macro-opbrengst van nominale premie en rijksbijdrage moet gelijk zijn aan de macro-opbrengst van de inkomensafhankelijke bijdrage. Zo kan als het bijdrageplichtig inkomen harder groeit dan het aantal verzekerden bij een constante nominale premie per verzekerde het bijdragepercentage dalen.

Overigens geldt dat bij het vaststellen van het bijdragepercentage nog niet bekend is welke nominale premie de zorgverzekeraars gaan vragen. Het vaststellen van het bijdragepercentage is daarom gebaseerd op ramingen van de gemiddelde nominale premie. Als na afloop van het jaar wordt vastgesteld dat de verhouding niet 50/50 is geweest, dan vindt een verrekening plaats, die wordt meegenomen bij de vaststelling van het bijdragepercentage in een volgend jaar.

Tevens vragen de leden van de PvdA-fractie zich af hoe als het budgettair kader wordt overschreden, de inkomensafhankelijke premie wordt vastgesteld.

Zoals hiervoor al is opgemerkt, dient de inkomensafhankelijke bijdrage evenveel op te brengen als de nominale premie plus de rijksbijdrage voor kinderen. Er zal elk jaar een raming gemaakt worden van de macro-opbrengst van de nominale premie en de macro-opbrengst van de rijksbijdrage. Dit gebeurt op basis van ramingen van de nominale premie per verzekerde en van het aantal volwassen verzekerden en het aantal kinderen. De macro-opbrengst van de inkomensafhankelijke bijdrage dient

gelijk te zijn aan de genoemde macro-opbrengst van de nominale premie plus rijksbijdrage. Op basis van deze macro-opbrengst van de inkomensafhankelijke bijdrage en een raming van het macro-bijdrageplichtig inkomen wordt het premiepercentage bepaald.

In principe speelt een over- of onderschrijding van het budgettair kader geen rol bij de bepaling van de premiehoogte. Praktisch gezien zal de raming van de nominale premie in belangrijke mate gebaseerd zijn op de geraamde uitgavenontwikkeling, waardoor hogere uitgavenramingen indirect wel tot hogere inkomensafhankelijke premieramingen leiden.

De PvdA-fractieleden vragen naar de reactie van de Europese Commissie op de aan hen voorgelegde maatregelen. Ook de leden van de fractie van de SP vragen hiernaar.

Ik heb de Eerste Kamer op 3 mei jl. over de uitkomsten van de notificatie bij de Europese Commissie geïnformeerd (Kenmerk Z/F-2583544).

In november 2004 heeft de regering twee voorgenomen financiële maatregelen in het kader van de invoering van de Zvw, genotificeerd bij de Europese Commissie op grond van artikel 88 van het EG-verdrag. Het betreft ten eerste het behoud van de wettelijke reserves van de ziekenfondsen bij de start van de Zvw. De tweede maatregel betreft het functioneren van het beoogde risicovereveningssysteem. De regering heeft in de notificatie het standpunt ingenomen dat beide maatregelen niet onder het Europese verbodsregime van staatssteun vallen, maar vroeg zekerheidshalve een uitspraak van de Europese Commissie die dit bevestigt, respectievelijk, de uitspraak dat sprake is van gerechtvaardigde staatssteun.

Op 3 mei jl. heeft de Europese Commissie uitspraak gedaan. De Commissie geeft aan dat voor het beoogde risicovereveningssysteem geldt dat er sprake is van gerechtvaardigde staatssteun op grond van artikel 86 lid 2 van het EG-verdrag. In dat verband benadrukt de Commissie het grote belang van «diensten van algemeen economisch belang» als sleutelement in het Europese maatschappijmodel. De Commissie acht deze maatregel noodzakelijk en proportioneel voor het adequaat functioneren van het nieuwe, marktgerichte zorgverzekeringssysteem. De Commissie acht het behoud van de wettelijke reserves een aanvaardbare steunmaatregel op grond van artikel 87 lid 3, omdat de ziekenfondsen deze middelen nodig hebben om te voldoen aan de solvabiliteitseisen die gelden voor verzekeraars die de Zvw uitvoeren. Tevens geeft de Commissie aan dat de Nederlandse regering met de hervorming van het zorgstelsel handelt in overeenstemming met één van de Lissabon-doelstellingen, namelijk het streven naar een financieel houdbare en levensvatbare gezondheidszorg.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat ze van meerdere kanten horen dat de gegevens van particulier verzekerden die nodig zijn voor de verevening, nog niet compleet zijn. Ze vragen of dit thans wel al het geval is of dat er rekening mee wordt gehouden dat achteraf nog correcties zullen worden aangebracht.

Voor het schatten van het vereveningsmodel zijn er op dit moment voldoende gegevens. De normbedragen voor de ex-ante vaststelling van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars kunnen dus worden bepaald. De vereveningsbijdragen hangen behalve van deze normbedragen af van het «aantal risico's» van een verzekeraar. Het is op dit moment geen probleem om verzekerdenkenmerken als leeftijd, geslacht, regio, aard van het inkomen voor alle verzekerden, dus ook particulier verzekerden, te verkrijgen. Voorts moet het aantal FKG's en DKG's worden

bepaald voor de verschillende verzekeraars op basis van het geneesmiddelengebruik van hun verzekerden in het verleden respectievelijk het aantal ziekenhuisopnamen. Voor de ziekenfondsen is dit geen probleem, omdat zij al jaren alle noodzakelijke gegevens administreren. Voor particuliere verzekeraars is nog onduidelijk of dat volledig haalbaar is. Het CVZ heeft verschillende gegevensuitvragen uitstaan bij particuliere verzekeraars. De aanlevering van deze gegevens is voor de komende maanden voorzien.

In het uiterste geval heeft het CVZ de bevoegdheid op basis van artikel 3.15 van het Besluit Zvw om ontbrekende gegevens te simuleren ten behoeve van de ex-ante vaststelling van de vereveningsbijdrage. Ik heb er alle vertrouwen in dat deze ex-ante vaststelling goed zal verlopen. Bij de daadwerkelijke ex-post vaststelling van de vereveningsbijdragen ga ik er vooralsnog vanuit dat alle verzekeraars de benodigde gegevens kunnen aanleveren. Kortom: indien er onverhoopt onvoldoende mogelijkheden zijn voor ex-ante verevening, zal dit bij de ex-post vaststelling van de vereveningsbijdragen worden rechtgetrokken.

De PvdA-fractieleden vragen zich af in hoeverre verschillen tussen het Ierse en het Nederlandse vereveningssysteem voortkomen uit feit dat in Ierland verliezen als gevolg van slechte risico's zowel ex-ante als ex-post worden gecompenseerd.

In de memorie van antwoord heb ik de grootste verschillen aangegeven. Deze verschillen hangen niet af van de keuze voor een ex-post systeem in Ierland. De verschillen hebben vooral betrekking op de kosten waarvoor een zorgverzekeraar wordt gecompenseerd. In Nederland vallen alleen de kosten van het standaardpakket onder de risicoverevening. In Ierland wordt nog enige mate van luxe vergoed. In Nederland vallen in principe alle verzekerden met een zorgverzekering onder de risicoverevening. Daarentegen vallen in Ierland bepaalde kwetsbare groepen buiten de risicoverevening. Er geldt in Ierland bijvoorbeeld geen acceptatieplicht voor 65-plussers.

Het wezenlijke verschil is in feite dat in Ierland een systeem van kostenverevening in plaats van risicoverevening wordt gebruikt, omdat het Ierse systeem zich richt op het neutraliseren van verschillen in gerealiseerde kosten. Hiernaast is het in Ierland niet vooraf gezegd dat het risicovereveningssysteem ook daadwerkelijk wordt toegepast. Achteraf wordt namelijk bezien of de kostenverschillen tussen verschillende zorgverzekeraars zodanig zijn dat verevening moet worden toegepast.

Kan een zorgaanbieder die schade oploopt door het faillissement van een zorgverzekeraar een beroep doen op de WTG-beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren, zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Deze leden menen dat de kans op aanzienlijke schade voor zorgaanbieders als gevolg van een faillissement niet denkbeeldig is, gelet op de lange looptijd van dbc's.

De kans dat een zorgverzekeraar failliet gaat acht ik zeer beperkt. De Wtv 1993 en het toezicht door de DNB bieden hiertoe waarborgen. Daarom acht ik het risico dat een zorgaanbieder schade oploopt door het faillissement van een zorgverzekeraar nauwelijks aanwezig.

Mocht een zorgverzekeraar toch failliet gaan dan bestaan er wat betreft de betaling van de rekeningen twee verschillende scenario's. Bij een restitutiepolis zendt de zorgaanbieder de rekening naar de verzekerde. CVZ vergoedt in geval van een failliete zorgverzekeraar op grond van artikel 31 Zvw de kosten van de verleende zorg aan die verzekerde. Bij een naturapolis is de situatie anders. Zorgaanbieders zullen veelal overeenkomsten sluiten met meerdere zorgverzekeraars. Dat betekent dat het

faillissement van een zorgverzekeraar een zorgaanbieder slechts schade oplevert voor een deel van zijn omzet, zodat het risico op schade ten gevolge van een faillissement gespreid is. Overigens is het aan de zorgaanbieders om in de overeenkomsten met de zorgverzekeraars afspraken te maken over de wijze en het tijdstip van betalen en eventueel bevoorschotten. Zoals ik in de memorie van toelichting (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, blz. 137) heb aangegeven, is het risico voor een zorgaanbieder om meegezogen te worden in het faillissement van een zorgverzekeraar dermate gering, dat er geen reden is om een afzonderlijke, niet goed binnen de uitgangspunten van de Zvw passende, bepaling op te nemen volgens welke zorgaanbieders bij faillissement van de zorgverzekeraar met wie zij gecontracteerd hebben, schadeloos zouden kunnen worden gesteld.

Het is de leden van de PvdA-fractie opgevallen dat er tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars een verschil bestond in de minimumeisen voor het aanhouden van reserves. Ze vragen tot welke verschillen in reserves dit heeft geleid. Tevens vragen deze leden zich af of er gelet op de verschillen wel sprake is van een gelijk speelveld tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen bij de start van het nieuwe stelsel.

Het is juist dat voor ziekenfondsen een lagere minimale solvabiliteits eis bestond dan voor particuliere ziektekostenverzekeraars. In de Zfw geldt een minimaal vereiste solvabiliteitsmarge van acht procent van de risicodragende kosten. Alle ziekenfondsen voldoen in ruime mate aan deze eis. Voor de particuliere verzekeraars geldt op dit moment een minimaal vereiste solvabiliteitsmarge van ongeveer 24 procent van de totale schade. Vrijwel alle particuliere verzekeraars voldoen aan deze eis. Hoewel er geen openbare gegevens beschikbaar zijn over de precieze reserves van particuliere verzekeraars, is het duidelijk dat particuliere verzekeraars over aanzienlijk meer vermogen beschikken dan ziekenfondsen. Toch ben ik van oordeel dat er sprake is van een gelijk speelveld tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen bij de start van het nieuwe stelsel. De huidige ziekenfondsen en particuliere verzekeraars verschillen namelijk ook op andere punten van elkaar en ook binnen deze groepen zijn er verschillen. Voor een beoordeling van het gelijke speelveld dienen al deze punten in samenhang te worden gezien. Naast de mate van solvabiliteit verschillen verzekeraars in de omvang van het aantal verzekerden, een landelijke versus een regionale marktoriëntatie, wel of geen ervaring met zorginkoop, in de distributiekanaalen en wel of geen specialisatie in collectieve contracten. Ik ben van mening dat in samenhang gezien de bestaande verschillen niet verstoring werken op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars. De Zvw is zo opgezet dat alle zorgverzekeraars een eerlijke kans hebben om hun bedrijf te continueren. Op het terrein van verschillen in het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille, die aanzienlijk kunnen zijn en wel van invloed zijn op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars, voorziet de Zvw in een risico-vereveningssysteem om bestaande en toekomstige verschillen in het risicoprofiel van de verzekerden te verevenen.

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

Ik heb onlangs toegezegd dat per 1 januari 2006 in het risicovereveningssysteem rekening zal worden gehouden met diabetes type II. De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen welke definitie ik hanteer voor deze patiënten. Tevens vragen deze leden zich af hoe ik de aantallen ga bepalen en of er nog beperkende voorwaarden worden opgelegd aan bepaalde diabetes II patiënten.

Op dit moment laat ik onderzoeken op welke wijze het criterium FKG's kan worden uitgebreid met een FKG voor diabetes type II. Voor het bepalen van de definitie voor diabetes type II en het bepalen van de aantallen van verzekerden die in aanmerking komen om ingedeeld te worden in deze FKG wordt gebruik gemaakt van de expertise van wetenschappers met een medische achtergrond.

De definitie voor patiënten met diabetes type II en daarmee de aantallen verzekerden die in aanmerking komen om ingedeeld te worden in de voorgenomen FKG, wordt afgeleid uit het geneesmiddelengebruik van diabetes type II patiënten. Hierbij wordt een indelingstabel gehanteerd van artikelnummers van geneesmiddelen die zijn voorgeschreven voor deze aandoening. Indien aan een verzekerde meer dan 180 maal de «daily defined dosis» (DDD) van een relevant geneesmiddel (bijvoorbeeld de orale bloedglucoseverlagende middelen) is afgeleverd wordt deze verzekerde ingedeeld bij de FKG voor diabetes type II. Daarbij is een belangrijke overweging dat recht wordt gedaan aan de totale populatie diabetes type II patiënten. Tevens wordt bij indeling in de FKG rekening gehouden met de extra meerkosten die ernstige vormen van diabetes type II oplevert ten opzichte van de mildere vormen van diabetes type II. Ik sluit daarom niet uit dat de operationalisering ertoe leidt dat er twee verschillende FKG's moeten komen voor diabetes type II met twee verschillende normbedragen. De ernstige vormen van diabetes type II zullen dan mogelijk gedefinieerd worden als boven, aangevuld met het criterium dat de betreffende patiënt ook meer dan 180 DDD per jaar relevante geneesmiddelen voor cholesterol en hypertensie gebruikt.

De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie geven aan dat in het beoogde risicovereveningssysteem het criterium «rechtsgrond» zal vervallen. Toch blijkt dat ook hier kwetsbare groepen in de samenleving toch een hoger zorgverbruik kennen. Deze leden vragen op welke manier ik dit wil compenseren.

Omdat de «rechtsgrond» niet meer wordt gehanteerd in de administraties van zorgverzekeraars, vervalt dit criterium inderdaad. Recent onderzoek wijst echter uit dat dit criterium nog steeds van significante waarde is voor de kwaliteit van het vereveningsmodel. Ik ben daarom van plan om het criterium «rechtsgrond» te vervangen door het criterium «aard van het inkomen». Op dit moment is onderzoek gaande naar de mogelijkheid om een dergelijk criterium te operationaliseren. Hiervoor zijn gegevens nodig van bijvoorbeeld het Uitvoeringsorgaan werknemersverzekeringen (UWV) of de Belastingdienst. Ik probeer in het beoogde vereveningsmodel voor 2006 rekening te houden met arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en recht op bijstand als indicatoren van een verhoogd gezondheidsrisico en daarmee op hogere zorgkosten.

De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen zich af in hoeverre er op dit moment sprake is van risicoverevening voor zeldzame aandoeningen.

In de huidige criteria FKG's en DKG's wordt niet expliciet rekening gehouden met bepaalde zeldzame aandoeningen in aparte FKG's, aangezien één van de criteria voor de FKG en DKG indeling is dat de prevalentie van de aandoeningen in theorie boven een bepaalde norm uit moet komen. Hiervan is geen sprake bij zeldzame aandoeningen. In de ontwikkeling van FKG's en DKG's is het echter nog niet voorgekomen dat om deze reden een ziekte buiten beschouwing is gelaten.

Het is om uitvoeringstechnische redenen niet mogelijk om in het vereveningsmodel rekening te houden met alle (zeldzame) aandoeningen.

Dit zou leiden tot veel extra FKG's en DKG's voor aandoeningen die zeer incidenteel voorkomen met als gevolg een zeer uitgebreid en ondoorzichtig vereveningsmodel met uitvoeringsproblemen en mogelijk instabiele schatting van de bijbehorende normbedragen. Elk jaar wordt, tijdens de onderzoekscyclus ten behoeve van verbetering en verfijning van het verdeelmodel, rekening gehouden met de zorgvuldige afweging tussen enerzijds uitvoerbaarheid en transparantie en anderzijds de verdelende werking van het vereveningsmodel.

Omdat niet expliciet rekening kan worden gehouden met alle zeldzame aandoeningen handhaaf ik op dit moment in het risicovereveningsmodel drie ex-post compensatiemechanismen en in het bijzonder de hogekostenverevening. De hogekostenverevening compenseert zorgverzekeraars voor verzekerden met hoge kosten waaronder veel verzekerden met dure, zeldzame aandoeningen die niet of onvoldoende door het vereveningsmodel worden opgevangen.

Voorts laat ik onderzoeken of er toch niet op een meer expliciete wijze en vooraf rekening kan worden gehouden met dure, zeldzame aandoeningen door ze bijvoorbeeld geclusterd onder te brengen in een aparte FKG voor zeldzame dure aandoeningen.

De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie zijn van mening dat de huidige manier van bepaling van het aantal patiënten, dat voor de risicoverevening in aanmerking komt, niet nauwkeurig genoeg is.

Ik deel de mening van de leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie niet. De wijze waarop patiënten worden getraceerd die voor de risicoverevening, in het bijzonder via FKG's en DKG's, in aanmerking komen, is uiterst zorgvuldig en nauwkeurig. De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie gaan er van uit dat ik slechts één soort medicijn gebruik voor bijvoorbeeld de FKG reuma in het vereveningsstelsel, daar waar er meerdere medicijnen effectief zijn voor een ziekte als reuma. Dit uitgangspunt van deze leden is echter onjuist. De achterliggende gedachte van bijvoorbeeld het criterium FKG's is dat langdurig gebruik van bepaalde (zware) medicijnen wijst op de aanwezigheid van chronische aandoeningen wat weer een goede voorspeller is voor toekomstige zorgkosten. Het al dan niet indelen van verzekerden in een FKG is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Bij de indeling in farmaciegebruik wordt jaarlijks gebruik gemaakt van een Amerikaanse classificatie van medicijnen (ATC-codes). Voor de indeling in een bepaalde FKG wordt een relatie gelegd tussen geneesmiddelen (ATC-codes) enerzijds en de aandoening (diagnose) waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven anderzijds. Er moet sprake zijn van een éénduidige relatie tussen aandoening en medicijn. Voor de beoordeling hiervan heb ik medisch inhoudelijk deskundigen geconsulteerd. Deze beoordeling resulteert in een lijst met ATC-codes (medicijnen) op basis waarvan iemand al dan niet wordt ingedeeld bij een bepaalde FKG. Zoals bij alle FKG's liggen ook aan de FKG voor reumatische aandoeningen meerdere ATC-codes, dus meerdere soorten medicijnen, ten grondslag.

Naast FKG's worden chronisch zieken overigens ook geïdentificeerd met het criterium DKG's, een gezondheidsindicator op basis van zorggebruik in ziekenhuizen. Ook voor de indeling in een DKG wordt gekeken naar éénduidige relaties tussen aandoening en verschillende behandelwijzen in het ziekenhuis.

De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen om een voorstel voor een betere manier van bepalen van het aantal patiënten, bijvoorbeeld door telling en compensatie achteraf (wellicht door het



koppelen van andere gegevensbestanden) in plaats van het huidige systeem. Zoals boven is aangegeven is de huidige procedure uiterst zorgvuldig en de naar mijn oordeel best mogelijke.

De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen of voor kwetsbare groepen in de samenleving zoals ouderen die minder snel de zorgtoeslag uit zichzelf zullen aanvragen een actievere oplossing voor uitbetaling van de zorgtoeslag mogelijk is.

Om de kans dat mensen onbedoeld hun recht op zorgtoeslag niet effectueren te minimaliseren, worden diverse maatregelen genomen. Aan een grote groep zorgtoeslaggerechtigden zal een volledig voorbedrukt formulier worden toegezonden. Juist kwetsbare ouderen zullen hiervoor in aanmerking komen. Deze mensen hoeven dus in verreweg de meeste gevallen niet zelf een aanvraagformulier voor de zorgtoeslag aan te vragen en ook het invullen van het aanvraagformulier is in veel van dergelijke gevallen al gebeurd. Wel moeten de vooringevulde gegevens worden gecontroleerd op juistheid en volledigheid, waarna het ondertekenen en terugsturen van het formulier volstaat. Om het bereik van de zorgtoeslag zo groot mogelijk te maken zullen daarnaast voorlichtingsactiviteiten worden ontplooid en zal op allerlei manieren ondersteuning worden geboden. Zo kunnen mensen voor hulp bij de aanvraag terecht bij instanties waarmee zij uit anderen hoofde in veel gevallen reeds bekend zijn zoals belastingkantoren, gemeentelijke sociale diensten, woningbouwcorporaties, het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten b.v. (CAK-BZ b.v.), ouderorganisaties etc.

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

In de Zvw is in artikel 8 geregeld dat een zorgverzekeraar bij wanbetaling de zorgverzekering slechts voor de toekomst mag ontbinden. Verder vloeien regels met betrekking tot het eindigen van de verzekering (in verband met wanbetaling) voort uit het BW. Zie hetgeen hierover is vermeld in de memorie van toelichting Zvw (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, blz. 92 en verder). Op grond van het BW mag opschorten van de dekking plaatsvinden met terugwerkende kracht tot en met de meest recente premievervaldag.

De zorgverzekeraars kunnen, met inachtneming van het voorgaande, zelf hun betalingsrisico managen en eveneens zelf bepalen binnen welke termijn zij overgaan tot opschorten of beëindigen van de zorgverzekering. Ik heb in dezen geen rol.

Overigens zal de zorgverzekeraar in verband met het kenbaarheidsvereiste in zijn modelovereenkomst moeten opnemen wat hij bij het niet tijdig betalen van premies met ingang van wanneer zal doen.

De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen of als compensatie voor verzekeraars en als middel tegen ongeoorloofd gebruik van de zorgtoeslag bij notoire wanbetalers (> 3 maanden) het mogelijk zou moeten zijn dat de zorgtoeslag rechtstreeks wordt overgemaakt naar de zorgverzekeraars, ter vermindering van hun risico. Zij vragen of ik bereid ben hier een aparte regeling voor op te nemen.

Op verzoek van de verzekerde kan de zorgtoeslag door de Belastingdienst/ Toeslagen rechtstreeks aan de zorgverzekeraar worden overgemaakt. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden vragen in te stemmen met het rechtstreeks overmaken van de zorgtoeslag aan de zorgverzekeraar. Een afzonderlijke regeling is hiervoor niet nodig.

De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen of ik bereid ben om de periode waarin verzekeraars aan de solvabiliteitseisen van de Zvw moeten voldoen, te verlengen van één tot drie jaar.

Mijn uitgangspunt is een soepele overgang naar het nieuwe verzekeringsstelsel voor alle huidige verzekeraars. Ik verwacht op basis van de laatste gegevens, dat alle huidige ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, zonder gebruik te hoeven maken van een overgangstermijn van één jaar, als solvabele zorgverzekeraars kunnen voorzien in de uitvoering van de Zvw per 1 januari 2006. Ik acht een verlenging van de termijn van één tot drie jaar dan ook niet nodig.

De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen zich af op welke manier de minister denkt te waarborgen dat alle Nederlanders vrij kunnen kiezen voor een eigen zorgverzekering. Zij vragen hierbij speciale aandacht te schenken aan sectoren die nu een eigen regeling kennen (ambtenaren, politie).

De vrijheid die de verzekeringsplichtige heeft om zelf een keuze te maken voor de zorgverzekering die hij wenst is een van de belangrijkste uitgangspunten van de Zvw. Hij kan daarbij kiezen voor de zorgverzekeraar van zijn keuze en bij die verzekeraar voor de polis die hem het beste past. Bovendien kan de verzekerde jaarlijks van zorgverzekeraar en dus ook van verzekering wisselen. Om een goede overgang van het huidige systeem naar de zorgverzekering mogelijk te maken heeft ZN een gedragslijn voorgesteld, die ervan uitgaat dat alle verzekeraars aan hun verzekerden een integraal aanbod voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering zullen voorleggen dat zoveel mogelijk overeenkomt met de dekking die de verzekerde thans in de particuliere ziektekostenverzekering, respectievelijk het ziekenfonds en de aanvullende verzekering heeft. Een dergelijk aanbod geldt ook voor de rechtsoptvolger van de particuliere ziektekostenverzekeraar of het ziekenfonds dat mogelijk in een andere rechtspersoon of onder een andere naam vanaf 1 januari 2006 de Zvw gaat uitvoeren. Voor de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren kan hierin op eenzelfde wijze worden voorzien. Vanuit de bestaande regelingen kunnen de verzekerden worden aangeschreven met een aanbod dat vanaf 1 januari 2006 door deze zorgverzekeraar gestand zal worden gedaan. Voor de deelnemers in de Regeling geneeskundige verzorging politie staat nog niet vast op welke wijze zij een dergelijk aanbod zullen ontvangen. De besprekingen tussen werkgevers en werknemers daarover zijn nog gaande.

De leden van de SGP-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen in welke mate het is toegestaan om middels CAO bepalingen (zoals in de zorg) (financiële) beperkingen op te leggen aan verzekerden in hun vrije keuze voor een zorgverzekeraar.

Zoals ik al eerder heb aangegeven is de individuele keuzevrijheid van de verzekerde een belangrijke pijler van de Zvw. Het is een werkgever(s-organisatie) dan ook niet toegestaan om in de CAO beperkingen op te leggen aan de keuzevrijheid van de verzekerde. Werkgevers(organisaties) kunnen voor hun werknemers collectieve contracten afsluiten. De werknemer kan echter niet verplicht worden hieraan deel te nemen. Wel kan de werkgever het voor de werknemer aantrekkelijk maken om deel te nemen in de collectieve verzekering door hem (een deel van) de premiekorting door te geven of door op andere wijzen het voor de werknemer (financieel) aantrekkelijk te maken. Dat kan bijvoorbeeld door een tegemoetkoming in de premie voor de aanvullende verzekering of door met de verzekeraar een non-selectiebeleid voor de aanvullende verzekering af te spreken.

#### **4. SP-fractie**

De SP-fractieleden betreuren het dat de wetteksten van de WMG en de I&A-wet Zvw nog niet voorhanden zijn, en vragen zich af wanneer deze wel zijn in te zien.

Het advies van de Raad van State over het wetsvoorstel voor de I&A-wet Zvw heb ik op 12 mei jl. ontvangen. Mijn inspanningen zijn er op gericht om het wetsvoorstel I&A-wet Zvw op 23 mei aan de Tweede Kamer aan te bieden. Het wetsvoorstel WMG is momenteel aanhangig bij de Raad van State en kan naar huidig inzicht in juni a.s. aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

De leden van de SP-fractie vragen of de zorgaanbieders ook klaar zijn voor de invoering van de Zvw en wijzen daarbij op veranderingen ten aanzien van de contractonderhandelingen en de financieringswijze.

In reactie hierop onderschrijf ik dat ten aanzien van de contractonderhandelingen de Zvw op zichzelf meer ruimte biedt voor verzekeraars en aanbieders dan de Zfw door het loslaten van de verplichting aan de huidige ziekenfondsen om zorg in natura aan te bieden en het loslaten van de (omgekeerde) contracteerplicht. Ook ontstaat ruimte door de functionele omschrijving van aanspraken. Tegelijkertijd spreek ik om een aantal redenen de verwachting uit dat de veranderingen en daarmee de voorbereidingen voor de meeste zorgaanbieders per 1 januari 2006 beperkt zullen blijven. Om te beginnen vinden ook op dit moment al onderhandelingen plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders over een groot deel van de zorg. De nieuwe ruimte die de Zvw biedt zal naar verwachting pas in de loop der jaren voluit benut gaan worden en zeker nog niet in den brede per 1 januari aanstaande. Ik wijs daarbij op de inspanningen die zorgverzekeraars zich op ander vlak moeten getroosten om de Zvw in te voeren. Ook hebben zorgverzekeraars afgesproken, dat zij hun huidige verzekerden een aanbod zullen doen dat zo dicht mogelijk ligt bij de huidige dekking. Voorts hebben zorgverzekeraars uitgesproken, bijvoorbeeld tijdens de hoorzitting die de Eerste Kamer heeft gehouden, dat er in 2006 naar verwachting geen wijzigingen in het contracteerbeleid zullen optreden, in vergelijking met 2005. Tot slot wijs ik erop dat zorgverzekeraars en aanbieders ook in 2006 rekening moeten houden met aanpalende wetgeving, zoals de Kwaliteitswet, Wet BIG en de WVG. Voor wat betreft de financieringswijze vormt de Zvw aanleiding tot aanpassingen voor twee groepen aanbieders: de ggz-aanbieders en de huisartsen. Ten aanzien van de ggz-aanbieders treden deze gevolgen gefaseerd in werking. Per 1-1-2006 zullen aanbieders wel al op individueel verzekerdeniveau gaan declareren, maar nog niet bij verzekeraars. De relatie met verzekeraars ontstaat pas per 1 januari 2007 wanneer de definitieve stap van overheveling ggz genomen wordt. Door fasering van

de overheveling en invoering van dbc's ontstaat voor ggz aanbieders voldoende tijd zich goed voor te bereiden. Ten aanzien van de huisartsen-bekostiging heb ik zoals bekend uitgebreid overleg gevoerd met de huisartsen en de zorgverzekeraars. Er is voldoende tijd om de nieuwe bekostigingssystematiek te effectueren voor 1 januari 2006. Ik sluit graag af met een opmerking over de communicatie. Veel zorgaanbieders zullen te maken krijgen met vragen van patiënten over de nieuwe Zvw. In overleg met organisaties van zorgaanbieders wordt nagegaan welke informatiebehoefte er bij hen bestaat zodat daarin tijdig kan worden voorzien.

De leden van de SP-fractie vragen naar de consequenties van het uitstel van 1 november naar 16 december en de wijze waarop voorkomen wordt dat onduidelijkheid bij alle partijen ontstaat wie waar hoe verzekerd is. Hoe de al of niet al verzekerde toch zijn hulp adequaat krijgt, hoe de zorgaanbieder of instelling zijn geld krijgt en hoe soepel zorgverzekeraars hiermee omgaan.

In aanvulling op vragen de leden van de SP-fractie of het uitstel ook van invloed is op de eerste uitkering van de zorgtoeslag.

Voor de beantwoording van deze vragen verwijs ik graag naar mijn antwoord op de vragen van de CDA-fractie betreffende het invoeringstraject en de rapportage van PWC over de haalbaarheid. Het antwoord op de vraag of het uitstel van invloed is op de eerste uitkering van de zorgtoeslag luidt dat van een dergelijke invloed geen sprake is. Mits een verzekeringsplichtige tijdig het daartoe strekkende formulier retourneert aan de Belastingdienst, vindt de eerste betaling van de zorgtoeslag al begin december plaats, waarbij de Belastingdienst uitgaat van de inkomensgegevens van betrokkenen en de standaardpremie die de overheid vaststelt. Het spreekt vanzelf dat voor de meeste verzekeringsplichtigen op dat moment nog niet zal vaststaan waar zij verzekerd zullen zijn per 1 januari 2006. Controles die ertoe strekken vast te stellen of de ontvanger van de zorgtoeslag daadwerkelijk een zorgverzekering heeft afgesloten zullen dan ook op een later tijdstip plaatsvinden.

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie naar de stand van zaken ten aanzien van het aanbieden van een polis aan alle verzekerden met een vergelijkbaar aanbod als nu en de mogelijkheid om met een handtekening akkoord te gaan, verwijs ik naar het antwoord op de overeenkomstige vraag van de CDA-fractie. Dit geldt tevens voor de vraag op welke datum de verzekerde nu gereageerd moet hebben. Op de vraag of de NMa al heeft ingestemd met deze werkwijze kan ik antwoorden dat het overleg tussen ZN en NMa op dit punt gaande is.

De vragen van de leden van de SP-fractie wanneer het CTZ in staat is de modelpolissen te toetsen aan de Zvw en hoe CTZ dat adequaat kan doen als de laatste polissen pas half december klaar zijn, zijn beantwoord bij de vraag van de leden van de CDA-fractie of de toetsing van de polissen door de betreffende instantie tijdig kan worden waargemaakt.

De leden van de SP-fractie geven aan dat gelijke polissen tegen dezelfde prijs moeten worden aangeboden. Verzekeraars mogen in verschillende provincies verschillende polissen aanbieden en daarbij in premiehoogte differentiëren. Differentiëren in risico mag niet. Zij vragen of het klopt dat het verschil dan vooral zit in het al of niet in natura of restitutie aanbieden.

Zoals de leden van de SP-fractie aangeven is het inderdaad zo dat gelijke polissen tegen dezelfde prijs moeten worden aangeboden. Daarnaast mogen zorgverzekeraars in verschillende provincies verschillende

polissen aanbieden en daarbij in premiehoogte differentiëren. Differentiëren in risico mag inderdaad niet. Dit betekent echter niet dat zorgverzekeraars hun polissen alleen kunnen laten verschillen in een aanbod in natura of restitutie. Verschillen kunnen ook zitten in de invulling van de functiegerichte omschrijving in de polissen en in de aangeboden niveaus van eigen risico.

De leden van de SP-fractie vragen wanneer ik uitsluitsel kan verschaffen over het notificatiedossier bij de Europese Commissie.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie betreffende de reactie van de Europese Commissie op de aan hen voorgelegde maatregelen.

De SP-fractieleden zijn van mening dat het risicovereveningsmodel ten aanzien van de grote steden problematiek nog verbeterd moet worden. Ze vragen naar de stand van zaken in de ontwikkeling van het aangescherpte model.

Op dit moment lopen er nog ruim tien onderzoeken naar verbeteringen van het vereveningsmodel en de operationalisering van de verschillende criteria voor de huidige particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. Verbetering van het vereveningsmodel wordt vooral gezocht op het terrein van het criterium FKG's en het regio-criterium. Er is sinds begin dit jaar onderzoek gaande naar de uitbreiding van het aantal FKG's met bijvoorbeeld hoge bloeddruk en rugklachten. Ik heb reeds toegezegd dat het vereveningsmodel zal worden uitgebreid met een FKG voor diabetes type II. Deze verbetering komt ook voor een deel ten goede aan de grote steden problematiek. Een relatief groot aantal diabetespatiënten komt namelijk voor in Den Haag. Deze groep patiënten zal nu beter worden gecompenseerd waardoor de problematiek in de Den Haag afneemt.

Er is tevens onderzoek gaande naar het regio-criterium, in het bijzonder naar een uitbreiding van de variabelen waarop de indeling van de postcodegebieden in tien regioclusters wordt gebaseerd. Verder laat ik bekijken of de uitbreiding van het aantal clusters van tien naar vijftien een mogelijke oplossing is voor een deel van de grote steden problematiek.

Begin juli zijn alle onderzoeken afgerond en zal ik in een bestuurlijk overleg met de zorgverzekeraars het vereveningsmodel 2006 vaststellen. Dit model zal dan uiterlijk 1 september 2005 neerslaan in een ministeriële regeling.

De leden van de fractie van de SP vragen op welke manier risicoverevening plaats vindt bij buitenlandse zorgverzekeraars en of het CVZ de instrumenten heeft om dat adequaat te doen en of het CVZ in staat is om de gegevens die deze zorgverzekeraars voor de risicoverevening moeten verschaffen op hun juistheid te beoordelen.

Bedacht moet worden dat het risicovereveningssysteem alleen betrekking heeft op kosten van aanspraken onder de Zvw. Met een aantal uitzonderingen zijn alle ingezetenen in Nederland en niet-ingezetenen die aan de loonbelasting zijn onderworpen, verzekeringsplichtig. In principe vallen er dus geen niet-ingezetenen onder de risicoverevening. Als nu een buitenlandse zorgverzekeraar voor zijn Nederlandse verzekerden de Zvw gaat voeren, dan zal de risicoverevening op dezelfde wijze plaatsvinden als bij Nederlandse zorgverzekeraars. Buitenlandse zorgverzekeraars zullen onder dezelfde voorwaarden de Zvw uitvoeren als de Nederlandse zorgverzekeraars. Het CVZ heeft daarom voldoende instrumenten om de risicoverevening voor buitenlandse zorgverzekeraars adequaat uit te

voeren en de juistheid van de gegevens voor de risicoverevening te beoordelen.

De fractieleden van de SP delen de zorg van de patiëntenorganisaties over de mate waarin zij kunnen zorgen voor een krachtige tegenmacht. Zij achten de financiële middelen die hiervoor ter beschikking staan volstrekt onvoldoende. De SP-fractieleden geven aan dat prestatiegerichte financiering bij een gelijkblijvend budget een erg magere bijdrage aan patient empowerment lijkt. Hierbij past volgens de SP-fractieleden een substantiële bijdrage.

Hierop ben ik ingegaan bij de beantwoording van de vraag van de leden van de CDA-fractie met betrekking tot de noodzaak voor aanvullende financiering voor de koepels en de patiëntenorganisaties.

De SP-fractieleden vragen naar mijn reactie op het voorstel van de NPCF om een zelfstandige zorgconsumentenwet, waarin de positie van de patiënt/consument wordt vastgelegd, te ontwikkelen. De NPCF is van mening dat de rechten van patiënten/consumenten op dit moment te veel versnipperd zijn en in verschillende wet en regelgeving niet goed op elkaar afgestemd zijn.

Deze vraag is beantwoord bij de vraag van de leden van de CDA-fractie over een afzonderlijke consumentenwet.

De leden van de SP-fractie stellen dat de functiegerichte omschrijving vooral als die gaat over eerstelijnszorg, zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden, nog veel vragen oproept. Zij vragen mijn commentaar op mijn opmerking dat de zorgverzekeraar in de zorgpolis dient aan te geven welke zorg binnen deze polis valt onder geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorgverzekeraar beoordeelt of ook een niet-BIG geregistreerde beroepsbeoefenaar een deel van de zorg die hier wordt bedoeld, op verantwoorde en adequate manier kan leveren. Hiermee wordt de mogelijkheid geopend om ook delen van de integrale zorg zoals huisartsen die plegen te bieden apart te contracteren. Verschillende zorgaanbieders kunnen actief worden op deelgebieden. Deze leden menen dat hiermee het concept van integrale zorg dreigt te verdwijnen en de kwaliteit onder druk komt te staan.

Integrale zorg betekent niet dat nog steeds slechts één persoon alle zorg verleent, maar dat er een goede samenwerking is rond de patiënt. Daarmee is ook de kwaliteit van de zorg gewaarborgd. In de huidige situatie leidt de groeiende samenwerking tussen diverse disciplines tot de beoogde ketenzorg. In die zin stimuleren functionele aanspraken juist ketenzorg in plaats van dat zij ketenzorg belemmeren.

De leden van de SP-fractie willen commentaar op de stelling dat het wetsvoorstel niet regelt dat de zorg geleverd moet worden door een daartoe opgeleide en bekwaam geachte professional. Immers, volgens de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), zo geven deze leden aan, mogen alleen huisartsen huisartsenzorg leveren. Volgens de ER 93/16 zouden artsen alleen werkzaamheden als huisarts kunnen verrichten als ze in het bezit zijn van een registratie als zodanig.

Alleen de artsen die in het huisartsenregister staan, mogen onder de titel «huisarts» zorg verlenen. De richtlijn strekt tot vergemakkelijking van het vrije verkeer van artsen en de onderlinge erkenning van hun diploma's, certificaten en andere titels. De richtlijn regelt niet wie welke zorg mag

verlenen. Het wetsvoorstel is dus in overeenstemming met genoemde richtlijn.

De leden van de SP-fractie merken op dat als een verzekerde kiest voor niet gecontracteerde zorg hij zelf afspraken moet maken met de aanbieder over de kwaliteit. Deze leden vragen of dit betekent dat ook de kosten van zorg verleend door iemand uit het «alternatieve» circuit, voor restitutieve vergoeding in aanmerking kunnen komen.

Onder de Zvw-prestaties valt alleen kwalitatief verantwoorde reguliere zorg. Dat wil zeggen dat alleen die zorg vergoed wordt. Als iemand uit het alternatieve circuit zorg levert die onder de Zvw-prestaties valt, dan kan die zorg voor vergoeding in aanmerking komen.

De leden van de SP-fractie willen graag commentaar van de minister op de brief van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) van 5 april jl. Het CBP zet grote vraagtekens bij de noodzakelijkheidsvereisten voor aanlevering aan zorgverzekeraars van persoonsgegevens en diagnose codes. Het CBP betoogt dat een onderbouwing van de noodzaak en een afweging van alternatieven (proportionaliteit en subsidiariteit) ontbreken. Het CBP vindt ook dat gegevens niet tot personen herleidbaar behoren te zijn. Naar de mening van deze leden heb ik tot nu toe onvoldoende gereageerd op de punten die het CBP aandraagt.

Het CBP schrijft in het advies dat de noodzaak dat het CVZ voor de risicoverevening op basis van het sofi-nummer/burgerservicenummer (bsn) persoonsgegevens van de verzekerden verwerkt, onvoldoende is aangetoond. Het CBP vreest dat dit leidt tot een bestand met (medische) persoonsgegevens van vrijwel iedere burger in Nederland. Het advies gaat echter uit van onjuiste veronderstellingen. In mijn brief van 26 april 2005 aan beide Kamers der Staten-Generaal (Kenmerk Z/F-2579833) ben ik op dit advies van het CBP ingegaan.

De risicoverevening wordt uitgevoerd door het CVZ. In dat verband regelt artikel 35, eerste lid, Zvw dat het CVZ ervoor moet zorgen dat er een administratie wordt ingericht en in stand gehouden waarin van iedere verzekerde wordt opgenomen:

- a. het sofi-nummer (en in de toekomst: het bsn);
- b. de zorgverzekeraar waarbij de zorgverzekering loopt;
- c. die persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de berekening van de aan de zorgverzekeraars toekomende vereveningsbijdragen uit het zorgverzekeringsfonds.

Voorts dienen begin en einde van iedere zorgverzekering bij het CVZ te worden gemeld (art. 35, tweede lid Zvw).

Het vierde lid van artikel 35 van de Zvw bepaalt dat bij ministeriële regeling regels kunnen worden gesteld over de in de administratie van het CVZ op te nemen persoonsgegevens als bedoeld onder c. Het mag slechts die gegevens in haar administratie opslaan die voor risicoverevening noodzakelijk zijn. Artikel 35, eerste lid, onderdeel c, van de Zvw bepaalt dit dan ook met zoveel woorden.

Voor sommige werkzaamheden voor de uitvoering van de risicoverevening heeft het CVZ, bijvoorbeeld voor de ex ante toekenning van de vereveningsbijdragen, voldoende aan een opgave van het aantal verzekerden met bepaalde kenmerken per zorgverzekeraar (geaggregeerd niveau). Voor andere werkzaamheden zijn echter gegevens op individueel niveau – aan te leveren op sofi-nummer/bsn – noodzakelijk. Voor geen van de werkzaamheden is het noodzakelijk dat het CVZ dergelijke gegevens op individueel niveau herleidt of kan herleiden tot individuele verzekerden

(persoonsniveau). Het CVZ is niet bevoegd om het sofi-nummer/bsn tot individuele personen te herleiden.

De komende maanden zullen worden benut om in nauw overleg met het CVZ te bepalen welke verzekerdenkenmerken voor welke werkzaamheden op het terrein van de risicoverevening op welk niveau precies noodzakelijk zijn. Voor zover gegevens op individueel niveau (aan de hand van het sofi-nummer/bsn) moeten worden verwerkt, zullen deze worden opgenomen in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 35, vierde lid, van de Zvw. In de nota van toelichting bij die regeling zal worden beargumenteerd waarom verwerking van de desbetreffende persoonsgegevens noodzakelijk is. Ik heb het CBP uitgenodigd om aan dit overleg deel te nemen.

De KNMG en de LHV hebben hun bezorgdheid geuit over het feit dat de WGBO en de daarin vastgelegde zwijgplicht die alleen na toestemming van de patiënt kan worden doorbroken en de verplichting tot aanlevering van persoonsgegevens zoals vastgelegd in de Zvw op gespannen voet met elkaar staan. De leden van de SP-fractie vragen mij of ik deze zorgen serieus wil nemen en samen met de artsenorganisaties wil zoeken naar oplossingen.

Op grond van de WGBO (art. 7:457 BW) heeft een hulpverlener een zwijgplicht, die echter niet geldt indien (en voor zover) bij of krachtens de wet geregeld is dat hij moet spreken. Op grond van artikel 87 Zvw dient een zorgaanbieder die persoonsgegevens over zijn patiënten aan diens verzekeraars te verstrekken, die voor die verzekeraars noodzakelijk zijn om de zorgverzekering uit te voeren. Artikel 87 geeft de hulpverlener derhalve zo'n in de WGBO bedoelde, bij de wet geregelde spreekplicht. De exacte reikwijdte van deze spreekplicht zal, waar dit nodig is, bij ministeriële regeling worden bepaald. De regeling zal, zo is aan het CBP toegezegd, in ieder geval regels over de verstrekking van dbc-persoonsgegevens bevatten. Gezien het voorgaande kan ik niet anders concluderen dan dat de WGBO en de Zvw goed op elkaar aansluiten.

Ben ik nu definitief afgestapt van het zorgidentificatienummer (ZIN), zo vragen de leden van de SP-fractie. Zo ja, waarom? Juist het gebruik van een ZIN zou een deel van de bezwaren van het CPB immers kunnen wegnemen, zoals overigens ook al in 2002 door de commissie Van Thijn was vastgesteld, zo menen zij.

Inderdaad is het kabinet afgestapt van de introductie van een afzonderlijk identificatienummer voor de zorg. In plaats daarvan zal ook in de zorg het bsn gebruikt worden. In de brief die ik samen met de vorige Minister van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties op 14 mei 2004 aan de Tweede Kamer heb gestuurd (Kamerstukken II 2003/04, 29 362, nr. 15) wordt hier uitvoerig op ingegaan. Ik verwijs u voorts naar punt 11a van het nader rapport bij het voorliggende wetsvoorstel en de toelichting op artikel 86 (inmiddels 87) Zvw. Het wetsvoorstel dat het gebruik van het bsn in de zorg regelt, zal naar verwachting nog deze maand voor advies aan de Raad van State worden gezonden. Het CBP heeft op 14 april 2005 een positief advies – mits nog enkele randvoorwaarden in acht worden genomen – over dat wetsvoorstel uitgebracht.

De leden van de SP-fractie vragen zich af welke consequenties het afwijzen van het bestuurlijk akkoord tussen ZN, LHV en VWS door huisartsen heeft voor de invoering van de Zvw. Ook vragen zij zich af of ik verantwoordelijkheid moet nemen om de impasse te doorbreken.



Het afwijzen van het bestuurlijk akkoord heeft geen consequenties voor invoering van de Zvw.

Voor goede financiering van huisartsenzorg in de Zvw is een nieuw bekostigingssysteem nodig. Het is daarom noodzakelijk dat het huidige bekostigingssysteem per 1 januari 2006 wordt vervangen. Ik betreur het dat de leden van de LHV het bestuurlijk akkoord hebben afgewezen, ondanks de uitvoerige onderhandelingen en de aanzienlijke concessies en toezeggingen van mijn kant. Er komt meer geld beschikbaar voor de huisartsen zorg. Daarnaast kan de zogeheten variabele module, die huisartsen samen met verzekeraars op lokaal niveau invullen, substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg mogelijk maken zodat meer geld voor huisartsenzorg beschikbaar kan komen.

Mijns inziens heb ik er zoveel mogelijk aan gedaan om impasses te doorbreken. Ik neem nu dan ook mijn bestuurlijke verantwoordelijkheid. Gezien de noodzaak en de termijn die nodig is voor implementatie, heb ik besloten om het systeem, conform de met partijen gemaakte afspraken en de later gedane concessies, middels een aanwijzing aan het CTG te laten uitwerken. Partijen worden dan via de normale procedure bij het CTG betrokken bij de definitieve vormgeving van het bekostigingssysteem. In mijn brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 9 mei heb ik dit nader toegelicht (CZ/B 2583785). Ik verwacht dat het nieuwe bekostigingssysteem samen met de Zvw per 1 januari 2006 ingevoerd kan worden.

De leden van de SP vragen wanneer de omvang van de zorgtoeslag en de inkomensgevolgen bekend worden mede in het licht van het integrale koopkracht beleid.

In mijn brief van 13 april (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 72) en in de nadere memorie van antwoord bij het voorstel voor de Wet op de zorgtoeslag heb ik u nader geïnformeerd over de omvang van de zorgtoeslag. Het integrale koopkrachtbeeld zal, zoals ieder jaar, op Prinsjesdag bekend gemaakt worden.

De leden van de SP-fractie vragen of het plan is om te komen tot een inkomensafhankelijk financieel plafond voor het totaal aan zorgkosten die verzekerden maken. De fractie van de SP zou het toejuichen als de minister de discussie over nut en noodzaak van een dergelijk plafond zou willen aangaan.

De Wzt regelt dat huishoudens niet meer dan een bepaald deel van hun inkomen hoeven te betalen aan nominale premies Zvw. De hoogte van de zorgtoeslag wordt bepaald door het huishoudinkomen en de gemiddelde nominale premie. De keuze om uit te gaan van een gemiddelde premie is al verschillende malen toegelicht. Mensen kunnen ervoor kiezen een duurdere of een goedkopere dan de gemiddelde polis te nemen. Als gevolg daarvan kan ook het gedeelte van het inkomen dat aan premie voor een zorgverzekering wordt besteed enigszins variëren. Het kabinet is daarbij van mening dat burgers zelf in staat moeten zijn om de afweging te maken tussen meer en minder uitgeven aan hun zorgverzekering. Ingeval men kiest voor een goedkopere dan gemiddelde polis, geeft men minder dan het in de Wzt verwerkte percentage van het inkomen uit aan zorgpremies. Zoals al vaker is aangegeven, acht het kabinet deze prijsprikkels een waardevol instrument bij het beoordelen van verzekeringspolissen van verschillende zorgverzekeraars.

Andere zorgkosten (premie AWBZ, eigen betalingen, premie aanvullende verzekering) vallen niet onder de zorgtoeslag. Een deel van deze posten valt onder het bereik van de buitengewone uitgavenregeling en de tegemoetkoming buitengewone uitgaven. Het kabinet heeft in een eerder stadium reeds toegezegd te zullen bezien in hoeverre het mogelijk is om te komen tot een integratie van zorgtoeslag en buitengewone uitgaven

## **5. Fracties D66 en OSF**

De leden van de fracties van D66 en OSF maken zich nog steeds grote zorgen, waarbij de leden van de CDA-fractie zich aansluiten, over de samenhang c.q. samenloop van de no-claim-korting met het vrijwillig eigen risico. Zij vragen mij of ik kan garanderen, dat er geen sprake zal zijn van chaos en welke maatregelen ik alsnog voorstel om dit te voorkomen.

Zoals ik in de memorie van antwoord heb aangegeven, heb ik gezien de opvattingen van de Tweede Kamer bij nota van wijziging geregeld dat indien een verzekerde voor een eigen risico kiest, de no-claimteruggave eerst komt en dan pas het eigen risico. Daarvoor heb ik gekozen omdat dan duidelijk is wat bij samenloop voor gaat, in de verwachting dat zorgverzekeraars en verzekerden daarmee uit de voeten kunnen. Ik ben overigens graag bereid dit te evalueren.

Overigens maakt het voor de verzekerde in financiële zin niet uit of de kosten van de genoten zorg eerst van de no-claimteruggave afgaan of eerst van het eigen risico. Als voorbeeld neem ik een verzekerde met een eigen risico, die slechts één rekening van € 50 ontvangt. Als deze rekening van de no-claimteruggave (€ 255 in 2006) afgaat, krijgt een verzekerde uiteindelijk € 205 terug. Als deze rekening voor het eigen risico komt van de verzekerde, moet de verzekerde € 50 eigen risico betalen maar de verzekerde krijgt wel € 255 no-claimteruggave. Per saldo ontvangt de verzekerde ook in dit geval € 205.

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