

Vergaderjaar 2004–2005

**30 124**

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

**Nr. 6**

### **VERSLAG**

Vastgesteld 13 juni 2005

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, belast met het voorbereidend onderzoek van bovengenoemd wetsvoorstel, heeft de eer onderstaand verslag uit te brengen.

Onder het voorbehoud dat de regering de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende zal beantwoorden, acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), onder-voorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66).

Piv. Leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Vacature (VVD), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerken (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Busse-maker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA), Bakker (D66).

## INHOUDSOPGAVE

<b>ALGEMEEN</b>	<b>3</b>		
Inleiding	3	Voortzetting van aanvullende verzekering bij het verlaten van een collectief contract	16
Overgangsrecht Ziekenfondswet	3	Alimentatiegerechtigden	16
Positie verzekerden	5	De overgang naar het nieuwe stelsel	16
Reserves	5	Aanvullende verzekering	17
Europeesrechtelijke aspecten	7	Positie verzekerden publiekrechtelijke regeling	18
Gelijk speelveld voor maatschappelijke ondernemingen	9	Saldering in verband met CAO-afspraken en inspraak	19
Solvabiliteitseisen en de keuzevrijheid van verzekerden	9	Administratieve lasten en Toezicht	19
Wtz-1998 verzekerden in het buitenland	10	Samenloop no-claim, vrijwillig eigen risico, eigen betalingen	21
Studenten	11	en Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)	21
Overgangsrecht Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ)	11	Verevening en zeldzame aandoeningen	21
Overgangsrecht Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	12	Koopkrachtontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel	22
Overgang geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz)	12	Zorgtoeslag	22
Voorlichtingscampagne	12	Geschillencommissie	22
Verzekerden in het buitenland	14	Wijzigingen in de Wet IB 2001	23
Het opschorten van een verzekering gedurende detentie	15	Overige vragen	23
	15		
	16	<b>ARTIKELSGEWIJS</b>	<b>24</b>

## ALGEMEEN

### Inleiding

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet. Zij zijn voorstanders van de stelselwijziging, die patiënten meer keuzevrijheid zal bieden en een zodanige vorm van gereguleerde competitie introduceert, dat monopoliewinsten en bureaucratie verdwijnen. Verder zijn zij tevreden met de risicosolidariteit, die door verevening wordt geïntroduceerd en de inkomenssolidariteit, die gegarandeerd wordt door de zorgtoeslag. Beiden worden met dit wetsvoorstel verder verbeterd.

De leden van de CDA-fractie merken wel op dat dit wetsvoorstel niet puur technisch van aard is en wel zeer lang. Zij betreuren het derhalve dat de regering het wetsvoorstel niet eerder heeft ingediend bij de Tweede Kamer: het verzoek daartoe hadden deze leden al maanden geleden ingediend. In het schema van de stelselwijziging staat een groot aantal operaties vermeld, die voor 1 januari moet zijn afgerond. De leden van de CDA-fractie vragen de regering waar het wetsvoorstel voor de zorgautoriteit blijft. Verder verzoeken zij de regering aan te geven hoe het Elektronisch Medicatie Dossier ingevoerd zal worden op 1 januari 2006. Deze beide operaties zijn in hun ogen een integraal onderdeel van de stelselwijziging. Zij vinden een gereguleerde marktwerking met strakke publieke voorwaarden verre te prefereren boven het huidige vastgelopen stelsel van gecentraliseerde aanbodsturing, en stellen dus de voortvarendheid van de regering bij de stelselwijziging zeer op prijs: het oude stelsel is immers totaal vastgelopen en dreigt steeds inefficiënter te worden. Maar in het nieuwe stelsel is wel goed en gedegen toezicht nodig. Een tijdige en volledige behandeling van het wetsvoorstel Marktordening gezondheidszorg (WMG) is daarvoor gewenst. Want goed toezicht moet al worden uitgevoerd in de overgangsfase, dit najaar. Daarom vragen de leden van de CDA-fractie hoe de regering dit toezicht op tijd op zijn plaats denkt te hebben. Deze leden gaan er nu van uit dat de WMG aan het begin van dit najaar nog niet aangenomen zal zijn, en verzoeken de regering duidelijk en uitgebreid aan te geven hoe toezicht de komende maanden plaatsvindt, en waar de regering zelf zwakheden in het toezicht verwacht.

De laatste brief en het spoorboekje van de regering geven geen enkele garantie dat het Elektronisch Medicatie Dossier ook maar enigszins op tijd wordt ingevoerd. Juist in een stelsel met meer prikkels en gereguleerde marktwerking moet informatie voor medici – en alleen voor medici – vrij en gemakkelijk toegankelijk zijn om de patiënt optimale zorg te kunnen verlenen: dit levert zowel een betere keuzevrijheid voor de patiënt op – immers iedere arts kan bij autorisatie van de patiënt zijn medische gegevens controleren – als efficiencyverbetering bij zorgverleners en vaak ook een betere kwaliteit. Verder waarborgen publieke standaarden en een gedeeltelijke publieke uitvoering de privacy van de patiënt, die eigenaar is van zijn dossier, veel beter. Daarvoor zijn landelijke standaarden en wetten nodig en de leden van de CDA-fractie missen die node. Graag ontvangen zij een reactie hoe de regering denkt dit wel op tijd voor het nieuwe stelsel af te ronden.

De ingrijpende wijziging van de regeling van de curatieve zorg in de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) vereist een zorgvuldige invoering. Al bij de behandeling van de Zvw hebben de leden van de CDA-fractie aangegeven veel belang te hechten aan een goede overgang van het ene naar het andere systeem. Alle Nederlanders krijgen hiermee te maken, maximale duidelijkheid is daarom een vereiste. De Invoerings- en aanpassingswet moet die duidelijkheid bieden. De leden van de CDA-fractie hebben dan ook opmerkingen en vragen bij het wetsvoorstel die in het vervolg van dit verslag aan de orde zijn.

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het voorstel van wet. Zij delen de gedachte dat het wenselijk is te komen tot één verzekeringsstelsel voor ziektekosten. Zoals bekend heeft de PvdA-fractie tegen de Zorgverzekeringswet gestemd. Zij voorzien grote problemen, zowel op korte termijn bij de invoering, als op langere termijn, wanneer de wet volledig ingevoerd zal zijn. Naar aanleiding van de voorstellen volgen hieronder hun zorgpunten en vragen.

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering welke aspecten van de invoering naar haar mening vlekkeloos moeten kunnen verlopen. Is de regering met deze leden van mening dat:

- het aantal onverzekerden niet mag toenemen;
- de daadwerkelijke inkomenseffecten voor de lage en middeninkomens niet negatief mogen zijn;
- de functiegerichte omschrijvingen niet mogen leiden tot grote onzekerheid, en
- de administratieve lasten niet mogen toenemen als gevolg van de wet?

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering, nu het erop lijkt dat het verzekeringsstelsel definitief in private handen komt, een inschatting te maken van de kosten die gepaard zouden gaan met het weer publiek maken van het stelsel. De leden van de PvdA-fractie maken van de gelegenheid gebruik om een aantal meer algemene vragen te stellen, die niet direct op de memorie van toelichting betrekking hebben.

De regering heeft toegezegd bij de Invoerings- en aanpassingswet met een definitie van collectiviteiten te komen. Zij vragen wat deze definitie is, en waar deze in de wet zal worden ingepast. Voorts vragen zij een reactie van de regering op het voorstel van de vakbonden om de collectieve contracten voor te leggen aan ondernemingsraden en personeelsvertegenwoordiging. Ook vragen zij wat de regering gaat doen om te zorgen dat ook uitkeringsgerechtigden straks gebruik kunnen maken van een collectief contract.

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het onderhavige wetsvoorstel. Zij bepleiten al jaren een algemene zorgverzekering voor iedere Nederlander, en steunen het kabinet volop in haar poging dit in deze kabinetsperiode tot stand te brengen. Nu het veld en de spelregels in het stelsel aanzienlijk gaan veranderen, is het zaak ook het toezicht daarop aan te passen. Stroomlijning en bundeling van het toezicht zijn, voor wat de leden van de VVD-fractie betreft, sleutelbegrippen in deze. De Wet marktordening gezondheidszorg zal op het toezicht ingaan. Wanneer kan het wetsvoorstel worden verwacht?

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben met belangstelling kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel. Het wetsvoorstel geeft deze leden aanleiding tot het stellen van een aantal vragen en het maken van enkele opmerkingen, die verder in dit verslag aan de orde worden gesteld.

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel dat beoogt de regelingen te treffen die nodig zijn voor de invoering van de Zorgverzekeringswet. Zij vinden het van groot belang dat deze invoering zorgvuldig zal gebeuren en dat er goede overgangsregelingen worden getroffen. Zij hebben daarom op diverse onderdelen vragen waarop zij voor het plenaire debat graag antwoord zouden ontvangen.

## **Overgangsrecht Ziekenfondswet**

Op welke wijze zullen de taken van het CVZ en CTZ in 2006 wijzigen als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Volgens de toelichting is het de doelstelling om de Zfw af te wikkelen voor 1 januari 2010. In algemene zin lijkt dit de leden van de SGP-fractie een aanvaardbare datum. Niettemin vragen zij in hoeverre dan te verwachten is dat ook alle eventuele juridische procedures met betrekking tot de Zfw zijn afgerond. Kan inzicht worden gegeven in de vraag hoe lang dergelijke procedures normaal gesproken duren? Wat zijn de gevolgen van eventuele financiële veranderingen als gevolg van deze procedures voor het afwikkelen van de Zfw?

Het is de doelstelling om het saldo van de Algemene Kas ten goede of ten laste te laten komen van de schatkist. Zijn er ramingen van de bedragen waar het per 1 januari 2010 om zal gaan?

## **Positie verzekerden**

In de Memorie van Toelichting wordt gesteld dat wat betreft de status van de verzekerden nog doorlopende procedures denkbaar zijn ingevolge de Ziekenfondswet (Zfw) na 1 januari 2006, zo constateren de leden van de CDA-fractie. In hoeverre wordt de individuele verzekerde op de hoogte gebracht van zijn eigen situatie op het moment van de overgang naar de Zvw, zodat hij niet naderhand wordt geconfronteerd met verplichtingen die nog voortvloeien uit de periode tot 1 januari 2006, dan wel geen rechten meer kan laten gelden die eventueel ook nog zouden kunnen voortvloeien uit de periode tot 1 januari 2006.

Ook wat betreft de status van eventuele onverzekerden hebben de leden van de CDA-fractie nog een aantal vragen. Deze leden maken zich hierover grote zorgen. Er zijn verschillende situaties waarin mensen onverzekerd kunnen zijn. Ten eerste; de gewetensbezwaarden. Binnen de Zvw is hiervoor een regeling getroffen. Ten tweede; mensen die zich niet tijdig hebben verzekerd voor de nieuwe Zvw voor 1 januari a.s. In de meeste gevallen zullen mensen via de informatievoorziening en via hun huidige zorgverzekeraar wel geattendeerd worden op hun verzekeringsplicht. Maar hoe te handelen met bepaalde groepen, zoals dak- en thuislozen en allochtonen, die niet of nauwelijks de taal machtig zijn? Welke mogelijkheden ziet de regering om te waarborgen dat de groep onverzekerden tot nul gereduceerd wordt? De leden van de CDA-fractie vragen wie verantwoordelijk is voor de onverzekerden, Wie is aanspreekbaar op het aantal onverzekerden en op de groepen onverzekerden? Ten derde kan er een groep onverzekerden ontstaan wanneer de zorgverzekeraar i.v.m. achterstand van hun premiebetaling hen de overeenkomst kan opzeggen. Kan de regering aangeven hoe dit kan worden voorkomen? Heeft een zorgverzekeraar ook een acceptatieplicht van een gegadigde die zich bij hem aanmeldt, wanneer deze een betalingsachterstand heeft bij een andere zorgverzekeraar of mag hij om deze reden de gegadigde als verzekerde weigeren?

Ten aanzien van de overgang maakt de Memorie van Toelichting nog gewag van een belangrijke kwestie. Wanneer iemand rond januari 2006 bijv. nog niet, hetzij positief, hetzij negatief heeft gereageerd op het aanbod van de zorgverzekeraar, is hij dan stilzwijgend wel verzekerd? Enerzijds neemt het risico van onverzekerd zijn af door stilzwijgende instemming, anderzijds is dit in tegenspraak met de mogelijkheid voor de verzekerde zelf een keuze te maken. De regering bestudeert met ZN (Zorgverzekeraars Nederland) de juridische en technische mogelijkheden van de geschetste optie tot een stilzwijgende instemming. Het mag duidelijk zijn dat de leden van de CDA-fractie eraan hechten dat

de groep onverzekerden zo klein en beperkt mogelijk blijft, en het liefst wordt teruggebracht tot nul. Zij hechten grote waarde aan het monitoren van de groep: zal de verzekerdenstatus worden opgenomen in de polis-administratie, die gecreëerd wordt met de wetten WALVIS/WFSV? Deze administratie wordt dagelijks up-to-date gehouden. Dus als iemand niet langer verzekerd is, dan is dat onmiddellijk duidelijk bij de belastingdienst. Is voorzien in een waarschuwings- of signaleringsfunctie bij niet (of dubbel) verzekerd zijn? Kan de regering toezeggen dat iedereen, die twee maanden niet verzekerd is, gewaarschuwd zal worden, zodat hij/zij nog twee maanden de tijd heeft om een nieuwe verzekering af te sluiten? Kan in het geval van een uitkering in het kader van de Wet werk en bijstand ook de gemeente tijdig geïnformeerd worden? Bij zulke tijdige informatie heeft de persoon dan nog twee maanden de tijd om ergens een verzekering af te sluiten, zonder torenhoge boetes te krijgen.

Welke actie kan de gemeente nemen tegen bijstandsgerechtigden, die zich niet op tijd verzekeren, dwz langer dan vier maanden onverzekerd rondlopen? Bij de behandeling van de Zvw heeft de regering aangegeven dat voor boetes voor het niet verzekerd zijn aanspraak kan worden gemaakt op bijzondere bijstand bij de gemeente. De bedragen waarom het kan gaan kunnen aanzienlijk zijn, en dus heeft de gemeente er een groot belang bij dat mensen zich verzekeren. Heeft zij daar mogelijkheden toe, via collectieve contracten of binding van een deel van de uitkeringen? De leden van de CDA-fractie vinden het niet alleen een plicht van de overheid om zodanige maatregelen te nemen dat niemand onverzekerd is, maar ook een essentiële voorwaarde voor het stelsel: zij zijn van mening dat het risico van onverzekerden links- of rechtsom wordt teruggelegd bij de overheid en de samenleving. Die zal immers in een aantal gevallen de kosten moeten betalen van onverzekerden, zeker als zij aan levensbedreigende aandoeningen leiden. Zij verzoeken de regering dan ook aan te geven wie verantwoordelijk is voor onverzekerden, en hoe die verantwoordelijkheid vorm krijgt.

Zij hebben ook een aantal concrete vragen over reële situaties:

1. Wanneer mag een verzekeraar een verzekerde royeren? Mag dat bij een premieachterstand van drie maanden, of zijn er andere minimum-eisen?
2. Heeft iemand, die geroyeerd is, onmiddellijk toegang tot een andere verzekeraar en mag die verzekeraar aanvullende voorwaarden stellen zoals premiebetaling vooraf?
3. Is het verzekeraars toegestaan om onderling namen uit te wisselen van personen die ze geroyeerd hebben?

De leden van de CDA-fractie vragen de regering hierover helderheid voor het afrondende de bat over het wetsvoorstel.

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over het ontstaan van nieuwe onverzekerden door het stelsel. Zij vragen de regering om een inschatting van het huidige aantal onverzekerden die:

- vermogend zijn of principieel zijn, en zich daarom niet verzekerd hebben (met andere woorden, mensen die er bewust voor kiezen gezondheidsrisico's zelf te dragen);
- mensen die zonder het zelf te weten onverzekerd zijn;
- dak- en thuislozen, en
- mensen die een verzekering niet kunnen of willen betalen in verband met de hoogte van de premie ten opzichte van het inkomen.

Zij vragen ook een inschatting van de regering over de ontwikkeling van deze groepen als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet. Wat vindt de regering een onaanvaardbaar aantal onverzekerden? Voorts vragen zij wat de rechtspositie is van kinderen van mensen die onverzekerd zijn.

De leden van de SP-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Kan duidelijkheid worden verschaft over het feit dat het non-selecte aanbod van zorgverzekeraars geldig is tot 1 maart, maar dat de verzekerde zich wel tot 1 mei met terugwerkende kracht kan verzekeren? Is de regering bereid in de wet op te nemen dat mensen die aan het begin van het jaar geen nieuwe polis afsluiten automatisch verzekerd blijven bij hun huidige verzekeraar, om te voorkomen dat mensen onverzekerd raken?

### **Reserves**

Als een ziekenfonds tien jaar lang als een maatschappij zonder winsttoegmerk heeft geopereerd, dan mag het de publieke reserves na die tien jaar houden. Het gaat hierbij om een bedrag van tenminste € 1,7 miljard euro, die daarmee van publiek geld privaat geld kunnen worden. Zal de regering nog aanvullende voorwaarden stellen? Zijn er bijv. mogelijkheden om binnen een groot concern jarenlang formeel zonder winsttoegmerk te functioneren, en dan na tien jaar gewoon twee poten te integreren? Is dat wat de regering beoogt?

Het is natuurlijk goed mogelijk om weliswaar geen winstuitkeringen te doen, maar hoge kosten en exorbitante salarissen door te berekenen. De leden van de CDA-fractie hadden verwacht dat in reactie op de motie-Omtzigt over een gelijk speelveld (29 763, nr. 53) juist hierop in zou zijn gegaan. Kan de regering alsnog aangeven hoe hierop toezicht gehouden zal worden. Hoeveel geld moet een verzekeraar terugbetalen als hij zich na zeg vijf jaar omvormt tot een commerciële verzekeraar: is rente verschuldigd over het gebruikte publieke vermogen?

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie met het oog op de Maastricht-criteria, op welk tijdstip de overgang van de reserves een extra begrotingstekort zal veroorzaken en een toename van de schuld van de collectieve schuld.

De leden van de CDA-fractie merken op dat aan het eind van het jaar nog in geen geval een jaarafrekening gemaakt kan worden door de ziekenfondsen.

Zo zullen ten laste van 2005, nog de in 2005 geopende DBC's vallen; ook als zij later gesloten worden (artikel 2.1.5) en kan er nog specifieke en generieke nacalculatie plaatsvinden. Hoe kan, met nacalculatie en een steeds groter aantal DBC's, de Nederlandse Bank (DNB) op enig tijdstip vaststellen of een zorgverzekeraar voldoet aan de reservevereisten?

Mocht een zorgverzekeraar op enig moment ophouden met het hebben van een vergunning om aanvullende verzekeringen aan te bieden, hebben haar verzekerden dan recht om ergens anders een aanvullende verzekering af te sluiten, ook als zij ziek en/of oud zijn? Mocht een zorgverzekeraar niet langer een vergunning hebben voor het aanbieden van de standaardverzekering, hoe moeten dan grote aantallen verzekerden op korte termijn overstappen naar een andere verzekering? Wie is er voor verantwoordelijk dat iedereen op tijd op de hoogte wordt gesteld?

Mochten de verzekerden enig risico lopen, dan lijkt het redelijk dat de verzekerden op de hoogte worden gehouden door de DNB over verzekeraars, die zich in een risicogebied bevinden. Het bevreemdt de leden van de CDA-fractie dan ook dat niet wordt vermeld welke verzekeraars op dit moment nog niet een toereikende reserve bezitten. Zal de regering (of een toezichthouder) verzekerden op de hoogte houden welke verzekeraars financieel gezond zijn en welke niet?

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de verwachte totale hoogte is van de opgebouwde wettelijke reserves die ultimo 2005 ingebracht kunnen worden bij de start van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Deze leden vragen voorts wat de waarde van die reserves kan zijn ultimo 2015? Hoe maakt de regering deze inschatting? Waar baseert de regering

de periode van 10 jaar op? Waarom niet 3, 7, 15 of 50 jaren? Kunnen deze reserves worden gezien als een opeisbare vordering van de staat bij de ziekenfondsen?

Deze leden vragen voorts hoe de reservevereisten van de Zfw en de solvabiliteitseisen voor de huidige ziekenfondsen op basis van de Zvw zich tot elkaar verhouden. Met andere woorden: kan de regering berekenen wat het totaal van het aan te houden kapitaal is met de huidige vereiste van ongeveer 5,6% van de schade, en bij het nieuwe regime, met 8% van de schade? Hoeveel zullen de kapitaalslasten als gevolg van het nieuwe stelsel naar verwachting toenemen op basis van deze nieuwe reservevereisten voor het geheel van ziekenfondsverzekerden?

De leden van de PvdA-fractie vragen welke meevallers in de schadeontwikkeling en premie-groei er te verwachten zijn. Klopt het dat deze middelen, die nu zullen worden gereserveerd, voor andere doeleinden dan reservevorming aangewend zouden kunnen worden indien de Zorgverzekeringswet niet in zou gaan en dus de reservevereisten van de ZFW zouden blijven gelden? Zouden deze middelen dan kunnen worden gebruikt voor bijvoorbeeld premieverlaging of voor extra zorg?

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de solvabiliteitseisen voor de huidige ziektekostenverzekeraars en de solvabiliteitseisen in de Zvw zich tot elkaar verhouden. Met andere woorden: kan de regering berekenen wat het totaal van het aan te houden kapitaal is met de huidige vereiste van ongeveer 24% van de gemiddelde schadelast, en bij het nieuwe regime, met 8% van de gemiddelde schadelast? Hoeveel zullen de kapitaalslasten als gevolg van het nieuwe stelsel naar verwachting afnemen voor deze verzekerden?

De leden van de PvdA-fractie hebben de indruk dat voor de extra solvabiliteitsvereisten voor ziekenfondsen geldt dat de kost voor de baat uitgaat. Er moet veel geld worden weggegeven (de wettelijke reserves), en dan moet alsnog extra kapitaal gereserveerd worden door een aantal ziekenfondsen. Pas later zal blijken of hier maatschappelijke voordelen aan zitten. Anderzijds zal voor de particuliere verzekeraars de extra zekerheid van het stelsel een sterke daling van de reservevereisten met zich meebrengen. Deze leden interpreteren dit als een extra voordeel voor deze, op winst gerichte verzekeraars. Zij vragen of de regering het logisch vindt deze kosten en herverdeling als een gegeven te accepteren, en of inzichtelijk kan worden gemaakt hoe de kost tegen de baat opweegt en of de regering de maatschappelijke lasten en baten op deze manier eerlijk verdeeld vindt?

De doelstelling om de ziekenfondsen onder voorwaarden hun huidige reserves te laten behouden kan de steun van de leden van de SGP-fractie krijgen. Wel vragen zij of hun indruk juist is dat de regering veronderstelt dat de hoogte van de reserves ultimo 2004 in de loop van 2005 alleen maar zal toenemen. Zijn er geen risico's dat in sommige gevallen de reserves juist kleiner worden?

Bestaande reserves kunnen door de ziekenfondsen alleen worden ingebracht wanneer ervoor wordt gekozen een ziekenfonds zonder winstoogmerk uit te voeren. Sommige ziekenfondsen zitten nu reeds in één concern met een particuliere verzekeraar. De leden van de SGP-fractie stellen hierover de volgende vragen. Wat betekent deze eis voor dergelijke concerns? Hoe is de inbreng van de reserves bij deze concerns precies geregeld? Zijn er wel regels die ervoor zorgen dat zij de eerste tien jaar hun activiteiten tenminste administratief gescheiden doorzetten? Of is een dergelijk concern automatisch gehouden aan de voorwaarde dat er geen winst mag worden gemaakt? Dit is temeer van belang, omdat de regering zegt te verwachten dat de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars verder zullen integreren.



## **Europeesrechtelijke aspecten**

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van het feit dat de regering voor een aantal aspecten van de wet toestemming heeft gekregen uit Brussel. Het betreft hier de proportionaliteit van het vereveningsstelsel en de toestemming om de huidige reserves onder voorwaarden na 10 jaar over te hevelen. Wel vragen deze leden waarop de regering de mening baseert dat er geen Europeesrechtelijke belemmeringen zijn voor onder andere de solvabiliteitseisen bij de invoering.

## **Gelijk speelveld voor maatschappelijke ondernemingen**

De leden van de CDA-fractie hebben de uitgebreide toelichting van de regering op het gelijke speelveld gelezen. De regering geeft echter niet aan welke aspecten het belangrijkste zijn voor het gelijke speelveld. Daarom hebben deze leden nog een aantal aanvullende vragen:

1. Welke toezichhoudende instantie zal optreden wanneer de huidige particuliere verzekeraars een deel van hun «oversolvabiliteit», die geschat wordt op € 2,5 miljard, inzetten voor premies, die onder de kostprijs liggen om daarmee anderen uit de markt te concurreren? Zal dat optreden plaatshebben bij het uitbrengen van offertes, tijdens het verzekeringsjaar of achteraf? In welke mate wordt de markt dan verstoord? Welke instrumenten heeft de regering of zal de regering hebben om zelf in te grijpen?
2. Naar aanleiding van de tabel op blz. 5: hoe groot is de netto schadelast premievereveningsbijdrage voor de groep 65+ers en de groep 65-ers? Met andere woorden; is het bij het vereveningsstelsel de facto even aantrekkelijk ouderen als jongeren te verzekeren?

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering van mening is dat het nakomen van dezelfde verplichtingen echt leidt tot een gelijk speelveld, als er verschillen zijn in de middelen waarmee die nagekomen moeten worden. Is de regering van mening dat de vrijvallende middelen door lagere solvabiliteitseisen voor particuliere verzekeraars niet ingezet mogen worden voor een tijdelijk lagere premie of voor een hogere kwaliteit van de zorg?

De leden van de PvdA-fractie vragen welk tijdpad geldt indien zich een nieuwe speler meldt op de zorgverzekeringsmarkt. Wat is het verschil in vergunningstoewijzing en tijdpad tussen een aanbieder die de Zorgverzekeringswet wil gaan uitvoeren en een verzekeraar die alleen het aanvullende pakket wil gaan aanbieden? Wat zijn de precieze verschillen in eisen aan de huidige ziekenfondsen en de toekomstige uitvoerders van de Zorgverzekeringswet?

De regering geeft in de Memorie van Toelichting aan dat de Zvw zo is opgezet dat alle type zorgverzekeraars bij de inwerkingtreding van de wet een gelijk speelveld betreden, zo constateren de leden van de VVD-fractie. De voor het behoud van de reserves gestelde voorwaarde dat een ziekenfonds gedurende een periode van tien jaar niet-winstbeogend mag gaan functioneren, is er op gericht te voorkomen dat de opgebouwde reserves aan de aandeelhouders worden uitgekeerd. De bestaande particuliere verzekeraars zijn vaak al winstbeogend en zullen ook bij inwerkingtreding van de Zvw de winsten uitkeren aan aandeelhouders. Kunnen ziekenfondsen, rekening houdend met het verbod op het uitkeren van winst in 2006 concurreren met op winst gerichte particuliere verzekeraars? Heeft deze maatregel geen gevolgen voor het gelijke speelveld? Ziekenfondsen hebben veelal een ijzersterke regionale positie in tegenstelling tot de particuliere verzekeraars. De meeste verzekeraars maken deel uit van een holding, waarin ziekenfonds en particuliere verzekeraars deelnemen. Kan

de regering een schets geven van het krachtenveld en wat daarin gaat veranderen?

Om een gelijk speelveld te hebben tussen de huidige ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars moet niet alleen worden gekeken naar de reserves van de ziekenfondsen. Het lijkt er echter op dat er geen werkelijke vergelijking is gemaakt met de hoogte van reserves van de particuliere verzekeraars. De leden van de SGP-fractie stellen hierover de volgende vragen. Is de soliditeit van deze verzekeraars ook gewaarborgd per 1 januari 2006? Waaruit blijkt dat zij wel voldoen aan de minimale solvabiliteitseisen? Hoe verhouden hun reserves zich tot de positie van sommige ziekenfondsen die blijkens figuur 1 bijna of meer dan twee keer de vereiste gelden hebben?

### **Solvabiliteitseisen en de keuzevrijheid van verzekerden**

De leden van de VVD-fractie brengen het volgende naar voren. Per 1 januari 2006 moet iedere zorgverzekeraar voldoen aan een minimale solvabiliteitsmarge van ongeveer 8% van de totale schade. Het kunnen meenemen van de opgebouwde wettelijke reserves door ziekenfondsen is essentieel voor de ziekenfondsen om te kunnen voldoen aan deze vermogens-eis gesteld door De Nederlandse Bank N.V. (DNB). Mogelijk kan een aantal ziekenfondsen niet voldoen aan de solvabiliteitseisen (zie onder meer blz. 5 algemene deel Memorie van Toelichting). Een aantal brancheorganisaties maakt zich zorgen dat verzekerden mogelijk in hun keuzevrijheid worden beperkt vanwege het feit dat voormalig ziekenfondsen niet voldoen aan de solvabiliteitseisen en zich dientengevolge dienen te beperken tot de uitvoering van de Zvw, de basisverzekering. Immers, zo stellen deze leden, is het voor dergelijke verzekeraars (die niet in een eerder stadium een aanvullende verzekering aanboden en dus geen vergunning daarvoor van de DNB hadden) niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten.

Welke problemen kunnen dergelijke verzekerden ondervinden, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Een buitenlandse verzekeraar die tot de Nederlandse markt wil toetreden voor de uitvoering van de Zvw moet net als alle andere verzekeraars voldoen aan de wettelijke eisen ten aanzien van het minimum garantiefonds. Deze eisen zijn aanzienlijk lager dan de eisen die de wetgever stelt aan de reeds op de Nederlandse markt actieve verzekeraars. Kan de regering een overzicht geven van de eisen waar de reeds actieve verzekeraars aan moeten voldoen, en de eisen waar een buitenlandse verzekeraar aan moet voldoen, zo vragen de leden van de VVD-fractie. In hoeverre beïnvloeden de verschillen in eisen het gelijke speelveld op de verzekeringsmarkt?

De leden van de SP-fractie stellen de volgende vragen.

Wanneer wordt over het wel of niet gerechtigd zijn tot het uitvoeren van de ziekenfondswet een besluit genomen? Kan het gebeuren dat een verzekeraar na het doen van een aanbod aan de verzekerden toch geen toestemming krijgt omdat hij niet voldoet aan de solvabiliteitseisen? Wat gebeurt er dan met de verzekerden?

Denkt de regering dat het risico's met zich meebrengt om aan buitenlandse verzekeraars lagere eisen te stellen dan aan Nederlandse ziekenfondsen? Juist buitenlandse verzekeraars die zich slecht op de Nederlandse markt begeven om geld te verdienen kunnen minder bonafide zijn. Zo nee, waarom niet?

Voor het uitvoeren van de Zorgverzekeringswet is een vergunning van de DNB vereist.

Om voor deze vergunning in aanmerking te komen moeten zorgverzekeraars aan de solvabiliteitseisen voldoen. Voor zorgverzekeraars die nog niet aan de solvabiliteitseisen voldoen, geldt de beperking dat ze geen aanvullende verzekering mogen aanbieden. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering op welk moment wordt bepaald of verzekeraars aan de solvabiliteitseisen voldoen, en wanneer en door wie de verzekerden hierover worden geïnformeerd.

### **Wtz 1998-verzekerden in het buitenland**

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Wat is het totaal aantal Wtz-verzekerden in het buitenland? Voor welk deel van de Wtz-verzekerden in het buitenland geldt straks dat zij verzekerd zullen zijn conform de Zvw? Voor welk deel kunnen zij aanspraak maken op vergoeding op grond van een sociale zekerheidsverordening of -verdrag? Wat zijn de precieze verschillen tussen deze groepen mensen? Wat zijn voor deze beide groepen de verschillen tussen de huidige en de toekomstige situatie?

### **Studenten**

De leden van de CDA-fractie hebben sympathie voor de oplossing van de Raad van State om de compensatie voor studenten (en alle andere jongeren) via de zorgtoeslag te laten lopen. Dat heeft het voordeel van eenvoud – alle compensatie geschiedt op dezelfde wijze – en transparantie. Zij begrijpen dan ook niet waarom de regering hiervan heeft afgezien en vragen de regering dit te heroverwegen.

Kan de regering, zo vragen de leden van de PvdA-fractie, een overzicht geven van de vermindering/stijging in netto kosten voor de zorg/ziektekostenverzekering ten opzichte van de huidige verzekering voor studenten met

- alleen basisbeurs;
- basisbeurs en 400 euro bijverdiensten per maand;
- basisbeurs en 600 euro bijverdiensten per maand;
- basisbeurs en 100 euro aanvullende beurs, en
- basisbeurs en maximale aanvullende beurs.

Klopt het dat de compensatie van in totaal € 68 miljoen alleen wordt ingezet voor studenten met aanvullende beurs? Om hoeveel studenten gaat het? Waarom compenseert u éénmalig in 2006 met 70 euro, en niet blijvend? Waaruit wordt deze eenmalige compensatie gedekt?

Wat is de invloed van studenten die sterk wisselende verdiensten hebben voor de zorgtoeslag? Hoe bereidt de regering hen voor op een mogelijke verrekening achteraf?

Wat is de invloed voor studenten met een aanvullend pakket, die op één polis staat met de Wtz-verzekering? Wat kunnen zij doen in het geval ze nu niet meer voor het aanvullend pakket geaccepteerd worden?

Studenten ontvangen een vergoeding voor gestegen zorgkosten via hun aanvullende beurs. Onduidelijk is hoe de precieze verhoging zich verhoudt tot het door hen extra te betalen bedrag, zo menen de leden van de SGP-fractie. Kan voor zowel particulier als ziekenfondsverzekerde studenten met voorbeelden worden aangegeven hoe deze regeling uitpakt? Voor studenten zonder aanvullende beurs betekent de nieuwe zorgverzekering een duidelijke inkomensteruggang, omdat zij geen compensatie krijgen. Waarom is hiervoor gekozen? Wat zijn voor hen de concrete effecten?

## **Overgangsrecht Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ)**

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat de regering voorstelt een vordering van € 600 miljoen van de ziekenfondskas op de huidige particulier verzekerden kwijt te schelden. Deze leden zien dit als een keuze met zeer onwenselijke herverdelingseffecten. De MOOZ heeft een duidelijke doelstelling, namelijk solidariteit van de particulier verzekerden met de ziekenfonds verzekerden. Deze leden zien geen inhoudelijke reden om deze vordering kwijt te schelden. Bovendien zien zij hier het verplaatsen van lasten uit 2005 naar de toekomst, wat zij uit principe geen wenselijke keuze vinden.

De leden van de PvdA-fractie verbazen zich over de opties die door de regering zijn verkend ten aanzien van de naheffing MOOZ. Klaarblijkelijk heeft de regering ervoor gekozen slechts twee opties te verkennen: het doorberekenen van de kosten aan alle verzekerden in 2006 en het helemaal niet doorberekenen. Deze leden hebben een aantal suggesties, en zouden deze ook graag door de regering verkend zien. Zij vragen bij deze om een afweging van voor- en nadelen van de volgende opties:

- het doorberekenen van de MOOZ aan alle verzekerden met een gezinskomen boven € 33 000 via de inkomstenbelasting;
- het doorberekenen van de MOOZ door middel van een naheffing bij iedereen die in 2005 particulier verzekerd was via de verzekeringsmaatschappijen;
- het doorberekenen van de MOOZ door alleen in 2006 de inkomensafhankelijke premie te laten betalen over een hogere grondslag (met andere woorden, een hoger maximum te stellen voor het inkomen waarover inkomensafhankelijke premie betaald moet worden)

Mocht het kabinet door deze suggesties geïnspireerd raken en nog andere opties willen verkennen, dan zien de leden met belangstelling ook de uitkomsten van andere verkenningen – die bij voorkeur de lasten niet naar 2010 verschuiven – tegemoet.

De leden van de PvdA-fractie vragen tot slot of de inkomenseffecten van de beslissing om de MOOZ voortijdig te beëindigen ook in alle inkomensplaatjes is meegenomen, en zo niet, om alle inkomensplaatjes nogmaals te berekenen, uitgaande van het scenario dat iedereen die in 2005 particulier verzekerd was in 2006 nog een naheffing krijgt voor de MOOZ.

## **Overgangsrecht Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten**

De leden van de CDA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Welke overgangsregeling geldt er voor mensen die nu in het buitenland wonen en een vrijwillige AWBZ verzekering genieten, als zij al ziek zijn en gebruik maken van voorzieningen en als zij dat (nog) niet doen? Is voor mensen die nu gebruik maken van deze verzekering een verzekering beschikbaar die hen toelaat? Hoe zullen deze mensen, en mensen die zich in de toekomst in het buitenland vestigen, worden gewezen op de gevolgen voor de AWBZ-verzekering?

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze wordt geregeld dat de premiebetaling voor de (vrijwillige) AWBZ-verzekering voor Nederlanders die in het buitenland wonen wordt gestopt. Meer in het algemeen vragen deze leden de regering op welke wijze Nederlanders die in het buitenland wonen op de hoogte worden gesteld van de veranderingen ingevolge de Zvw (en straks de Wet Maatschappelijke Ondersteuning/WMO). Op grond van het feit dat de Zvw een sociale wet is vallen deze Nederlanders onder het woonlandbeginsel ingevolge Vo 1408/71, en straks de aangepaste opvolger van deze verordening. De leden van de CDA-fractie vinden het belangrijk dat betrokkenen goed geïnformeerd zijn over de rechten en

plichten in de nieuwe situatie. Is hiervoor ook een specifieke overgangsregeling nodig? Zo ja, hoe krijgt deze vorm?

In de overgangsregeling m.b.t. de vrijwillige AWBZ is voorzien dat iedereen die nu hierop aanspraak maakt, deze aanspraken ook na januari 2006 kan laten gelden. Er wordt geen termijn gesteld aan het recht op vergoeding. Wel kan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in geval van twijfel aan de noodzaak van de vervolgzorg van de belanghebbende verlangen dat deze aannemelijk maakt dat hij op die zorg aangewezen is. Op grond van welk criterium bepaalt het CVZ dat belanghebbende dit voldoende aannemelijk heeft gemaakt?

De leden van de PvdA-fractie zien dat door een wijziging die slechts indirect met de Zorgverzekeringswet te maken heeft, namelijk het opheffen van de vrijwillige AWBZ, de gevolgen van de nieuwe wet groot zijn voor Nederlanders die in het buitenland wonen.

Wat zijn voor ziekenfondsverzekerden (verplicht AWBZ) en particulier verzekerden met een vrijwillige AWBZ de verschillen tussen de huidige en de toekomstige situatie ten aanzien van premielast en vergoedingen? In hoeverre kunnen verzekerden die in het buitenland wonen straks nog aanspraak maken op zorg in Nederland? Voor welke vormen van zorg geldt dat dit wel of niet mogelijk is? En omgekeerd, in hoeverre kunnen verzekerden die nu in Nederland wonen straks aanspraak maken op zorg in het buitenland?

Kunnen Nederlanders die in grensregio's wonen opteren voor afsluiting van een Nederlandse zorgverzekering en alleen zorg in Nederland af te nemen? Ziet de regering hier mogelijkheden voor besparingen op administratieve lasten? Indien dit niet mogelijk is, waarom niet? Hoe ziet de regering de gevolgen voor chronisch zieken die in verband met hun ziekte naar het buitenland verhuizen of daar reeds wonen? Hoe kunnen zij voorkomen dat zij door de verhuizing wel in een voor hen gunstiger klimaat wonen, maar daar niet dezelfde zorg kunnen genieten als in Nederland? Wat zijn de gevolgen voor ouderen die in het buitenland wonen, en zich binnen enkele jaren geconfronteerd zullen zien met de kosten van verpleging en verzorging in die landen? Kan specifiek voor Duitsland, België en Spanje worden aangegeven wat de gevolgen zullen zijn?

De leden van de PvdA-fractie verwachten dat met name voor in België wonende gepensioneerden problemen zullen ontstaan door de noodzaak tot het sluiten van een hospitalisatieverzekering. Deelt de regering de zorg van deze leden, en ziet de regering ook oplossingen voor het probleem dat veel van hen niet toegelaten zullen worden tot een hospitalisatieverzekering? Kan een overzicht worden gegeven van de inkomenseffecten van het al dan niet overhevelen van de GGZ? Hoe veranderen nominale zvw premie, inkomensafhankelijke bijdrages voor AWBZ en Zvw, hoe verandert de zorgtoeslag? Wat zijn de extra lasten voor het bedrijfsleven van overheveling? Werkt overheveling nivellerend of denivellerend?

De vrijwillige AWBZ-verzekering gaat verdwijnen. Hoe worden deze mensen die momenteel gebruik maken van deze regeling geïnformeerd, mede gelet op de termijn van 4 maanden waarbinnen zij zich moeten melden bij het CVZ, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

De leden van de SP-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Komt er nog een betere regeling voor mensen die te maken krijgen met het intrekken van de vrijwillige AWBZ-verzekering? Ondanks het feit dat de regering een folder met informatie heeft verstuurd heerst nog veel onduidelijkheid onder verzekerden woonachtig in het buitenland. Hoe gaat de regering er voor zorgen dat mensen zeker op de hoogte zijn van het feit dat ze zich moeten melden om gebruik te maken van de overgangsregeling?

Het voorliggende wetsvoorstel voorziet in een overgangsregeling voor de restitutieregeling- AWBZ. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering in hoeverre een dergelijke overgangsregeling verenigbaar is met de nieuwe Europese sociale zekerheidsverordening, die naar alle waarschijnlijkheid halverwege 2006 in werking zal treden. Op basis van deze verordening mag niet worden afgeweken van het woonlandbeginsel.

### **Overgang geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz)**

De CDA-fractie gaat uit van de overheveling van de ambulante GGZ zorg en de kortdurende GGZ zorg (minder dan één jaar) naar de Zvw. De leden van deze fractie vragen de regering op welke wijze het onderzoek naar de implicaties van de tijdknip van één jaar (uitwerking motie Buijs inzake de overheveling van alle kortdurende op genezing gerichte zorg naar de Zvw). Wanneer zijn de resultaten bekend en hoe worden deze verwerkt in de Zvw?

De leden van de CDA-fractie vragen de regering nog nader in te gaan op een aantal vragen over de overheveling van de GGZ naar de Zvw. Het CVZ constateert dat de functiegerichte omschrijvingen in het kader van de AWBZ en de ZVW niet één op één op elkaar aansluiten. Hoe kan de regering garanderen dat wat niet onder de ene wet valt wel naadloos past in de andere wet? En om welke omschrijvingen gaat het? Het CVZ adviseert «het voortgezet verblijf» en de «activerende begeleiding» te herformuleren. In de brief van de regering van 23 mei valt niets terug te lezen over deze aanbevelingen van het CVZ. Ook adviseert het CVZ de ondersteunende begeleiding in het kader van de AWBZ uit te sluiten bij verblijf ten laste van de Zvw. Wanneer is hiervan precies sprake? ZN vraagt zich af wie precies het verschil bepaalt tussen ondersteunende begeleiding met verblijf en verblijf in combinatie met behandeling, het eerste valt onder de AWBZ, het laatste onder de Zvw. De leden van de CDA-fractie vragen de regering dan ook hoe de relatie tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar in dezen helder wordt geregeld. In het debat over de Zvw is de positie van de houders van een PGB (Persoonsgebonden Budget) al eerder ter sprake geweest. De minister heeft toen aangegeven dat PGB-houders goed uit de voeten kunnen met de mogelijkheid tot restitutie. In het kader van de GGZ-overheveling, ligt ook hier een afbakeningsvraag. Voor eenderde deel van de PGB-houders heeft de overheveling gevolgen. Kan de regering aangeven welke gevolgen dit zijn en hoe de individuele PGB-houder geïnformeerd wordt over zijn positie?

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering een reactie op de volgende uitspraken:

«GGZ Nederland pleit voor eenduidige knip in de ggz, inclusief ondersteunende begeleiding. Binnen de ggz is ondersteunende begeleiding nauw verbonden aan de behandeling. Hierdoor is een scheiding tussen ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling moeilijk te maken. Daarbij vergroot een niet eenduidige knip het risico van afwentelingsgedrag van de verzekeraars. Het is daarom belangrijk dat alle ambulante ggz-zorg wordt overgeheveld, inclusief begeleid zelfstandig wonen, bemoeizorg, preventie en dienstverlening.» «GGZ Nederland begrijpt dat de verantwoordelijkheid van zorg niet wordt bepaald door de titel van opnemingsinstelling maar door de instelling van waaruit de zorg wordt verleend. Alleen zorg gekoppeld aan verblijf in een justitiële inrichting valt onder justitie, de overige zorg valt onder de Zorgverzekeringswet. Wij vragen de regering te bevestigen of zij het eens is met deze interpretatie.»

## **Voorlichtingscampagne**

Zoals eerder aangegeven hechten de leden van de CDA-fractie groot gewicht aan een goede en duidelijke voorlichtingscampagne. Zij vragen de regering de campagne niet alleen met digitale middelen, maar ook via fysieke loketten en met behulp van call centra kracht bij te zetten. Zij vragen de regering of zij met hen van mening is folder- en websiteteksten te laten lezen door niet-ingewijden in de materie om zo maximaal verzekerd te zijn van duidelijke teksten, voor iedereen toegankelijk.

Het onderhavige wetsvoorstel is ingrijpend voor alle deelnemers; zeker ook voor verzekerden. Om de verzekerden te ondersteunen bij het maken van hun keuze voor een zorgverzekeraar zal voorafgaand aan de invoering van de Zvw een uitgebreide overheidsvoorlichtingscampagne in gang worden gezet. Verschillende organisaties, zoals ziektekostenverzekeraars en vertegenwoordigende organisaties van consumenten en patiënten, worden hierbij betrokken. Hoe ziet deze voorlichtingscampagne er precies uit, zo vragen de leden van de VVD-fractie. Hoe wordt een heldere en vooral eenduidige communicatie, mede gezien het aantal betrokken organisaties, gegarandeerd, zo vragen zij voorts.

Er heerst grote onduidelijkheid en onzekerheid onder de bevolking over de gevolgen van de Zorgverzekeringswet, aldus de leden van de SP-fractie. De regering stelt dat er een uitgebreide overheidsvoorlichting in gang wordt gezet. Op welke wijze en wanneer gaat dat gebeuren? De regering geeft daarbij een belangrijke rol aan patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Is het geen taak van de regering om de burgers voor te lichten, daar de regering immers het nieuwe stelsel invoert? Heel veel mensen hebben geen toegang tot het internet. Zij kunnen dus niet beschikken over de informatie op kiesbeter.nl. Hoe gaat de regering er voor zorgen dat deze mensen voldoende informatie krijgen?

Op blz. 13 van de Memorie van Toelichting staat dat voorafgaand aan de invoering van de Zorgverzekeringswet een uitgebreide overheidsvoorlichtingscampagne in gang zal worden gezet. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering wanneer met deze campagne zal worden begonnen, en hoe deze zal worden vormgegeven.

## **Verzekerden in het buitenland**

De leden van de CDA-fractie vragen naar de gevolgen van de overgang naar de Zvw voor grensarbeiders en in het buitenland residerende Nederlanders. Kan de regering aangeven hoe de volgende mensen verzekerd zijn op dit moment, verzekerd zullen zijn in het nieuwe stelsel en of voor elk van deze groepen een onvoorwaardelijke toegang tot de ziektekostenverzekering is gegarandeerd?

- 1a. Nederlandse grensarbeiders, die in België en Duitsland werkzaam zijn
- 1b. Hun partners en kinderen.
- 2a. Duitse en Belgische grensarbeiders, die in Nederland werkzaam zijn.
- 2b. Hun partners en kinderen
3. Staven van internationale instellingen
- 3b. Hun partners en kinderen.

De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering aan te geven hoe deze groepen hun kosten zullen kunnen declareren. Wordt er alles aan gedaan om bureaucratie te vermijden bij declaraties van deze groep verzekerden?

## **Het opschorten van een verzekering gedurende detentie**

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de hoogte van de zorgtoeslag wordt berekend voor een echtpaar van wie een persoon in detentie verblijft, en de ander niet in detentie achterblijft. Kan de regering een voorbeeldberekening geven, als de niet gedetineerde persoon moet rondkomen van een uitkering op bijstandsniveau?

## **Voortzetting van aanvullende verzekering bij het verlaten van een collectief contract**

Het is heel wel mogelijk dat een werkgever in het nieuwe stelsel niet alleen een collectieve basisverzekering afsluit, maar ook een collectieve verzuimverzekering en een collectieve aanvullende verzekering. De werkgever is dan verzekeringnemer. Kan de regering precies aangeven hoe gewaarborgd is dat de werknemer bij bijvoorbeeld het beëindigen van het contract zelf verzekeringnemer kan worden, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

## **Alimentatiegerechtigden**

De Kamer heeft recentelijk een motie aanvaard over het eenmaal betalen van de inkomensafhankelijke bijdrage, en dan in het bijzonder voor alimentatiegerechtigden. In de Kamer zegde de regering toe korte overgangstermijnen voor iedereen te hanteren. De leden van de CDA-fractie hechten eraan dat er in het nieuwe stelsel zo weinig mogelijk uitzonderingsposities ontstaan, en vernemen graag hoe deze motie volledig wordt uitgevoerd per 1 januari 2006.

## **De overgang naar het nieuwe stelsel**

Uiterlijk 16 december a.s. krijgen verzekerden een non-select aanbod van hun huidige verzekeraar, zo constateren de leden van de CDA-fractie. Welk recht hebben verzekerden die dit aanbod niet of niet op tijd ontvangen? Oorspronkelijk was de overgangstermijn vier maanden, maar zij lijkt nu de facto te zijn teruggebracht tot tien weken, want het is immers maar tot 1 maart a.s. mogelijk om het aanbod te accepteren. Daarna is het niet langer geldig. De meeste verzekerden zullen er de voorkeur aan geven om de basis- en aanvullende verzekering bij één maatschappij te hebben. Waarom is ervoor gekozen om juist de eerste keer een korte overgangstermijn te hanteren?

In het hele wetsvoorstel is het nog steeds niet duidelijk wie de kosten van behandelingen betaalt van een verzekerde die na 1 januari a.s. overstapt en al kosten heeft gemaakt voor de overstap. Wie zal wanneer daarvoor de regels vastleggen? Zonder die regels lijkt er voor de leden van CDA-fractie geen sprake van een overstapmogelijkheid. Het gaat hier trouwens zowel om kosten die gedekt worden door de standaardverzekering, als kosten die gedekt worden door de aanvullende verzekering.

Vooraf voor de laatste categorie kosten willen de leden van de CDA-fractie harde garanties, dat ook na 1 januari a.s. kan worden overgestapt zonder met administratieve rompslomp, of erger, achteraf toch zelf te betalen kosten, te worden opgescheept.

Op basis van het voorliggende wetsvoorstel zijn verzekeraars verplicht om uiterlijk 16 december 2005 een non-select, integraal aanbod voor de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking voor te leggen aan hun verzekerden. Verzekerden hebben tot 1 maart 2006 de tijd om hierop te reageren. Omdat het wel of niet ingaan op het aanbod van de huidige verzekeraar mede af zal



hangen van het aanbod van andere verzekeraars, wordt de keuzeperiode van vier maanden hierdoor in feite verkort tot twee en een halve maand. Deelt de regering de mening van de leden van de ChristenUnie-fractie dat hierdoor afbreuk wordt gedaan aan de keuzeperiode van vier maanden? Kunnen verzekerden de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering onafhankelijk van elkaar accepteren of is er sprake van een gekoppeld aanbod?

Op blz. 15 van de Memorie van Toelichting staat dat het nog de vraag is wat er moet gebeuren met verzekerden die voor 1 januari 2006 het aanbod van hun verzekeraar nog niet hebben geaccepteerd of afgewezen. De verzekeraars zijn voor de optie dat verzekerden dan automatisch verzekerd blijven bij de verzekeraar, waarbij zij op dat moment zijn aangesloten. Er wordt nog onderzoek gedaan naar de juridische en technische mogelijkheden van deze optie. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering wanneer hierover uitsluitsel zal worden gegeven. Ook vragen zij de regering wat de mogelijke alternatieven zijn.

Voor een goede overgang van de verzekerden naar het nieuwe stelsel stelt Zorgverzekeraars Nederland een gedragslijn op, zo constateren de leden van de SGP-fractie. Feitelijk is er nog geen keuze gemaakt over de financiële verantwoordelijkheid voor verzekerden die zich nog niet per 1 januari bij een zorgverzekeraar hebben gemeld. De voorkeursoptie van de verzekeraars lijkt er echter voor te zorgen dat verzekerden slechts twee maanden de tijd hebben om het aanbod van hun huidige verzekeraar af te wijzen. Komt er geen verwarring met de datum van 1 mei? Wanneer krijgt de Kamer meer duidelijkheid over de juridische en technische mogelijkheden en problemen van de optie die de zorgverzekeraars overwegen?

### **Aanvullende verzekering**

Al bij de behandeling van de Zvw hebben de leden van de CDA-fractie aangegeven zorgen te hebben over aanvullende verzekering en de mogelijkheid tot risicoselectie hiervoor. Deze leden zijn verheugd over de gedragslijn die ZN wil volgen voor een non-select, integraal aanbod voor hoofdverzekering en aanvullende verzekering. Wel hechten zij aan verankering hiervan in de Invoerings- en aanpassingswet. Zij vragen de regering op welke punten deze wettelijke verankering wenselijk is (Kamerstuk 29 763, nr. 27, blz. 6), en zien graag ook helder de boetebepalingen in de overgangsfase geformuleerd volgens de door hen eerder bepleite redelijkheid.

Een mogelijkheid om de premie van de aanvullende verzekering binnen aanvaardbare grenzen te houden ligt opgesloten in de voorwaarde dat niet één of twee zorgverzekeraars bij deze aanvullende verzekering zeer zwaar selecteren op mogelijke risico's. Het wordt dan voor andere verzekeraars moeilijker een redelijk aanbod te doen, want zij lopen de kans de verzekerden te krijgen die bij eerstgenoemde zorgverzekeraars werden geweigerd. Is het mogelijk hiervoor een gedragslijn af te spreken zonder in strijd te komen met mededingingsregels?

In de Invoeringswet Wwb (Wet werk en bijstand) is via amendement de mogelijkheid gecreëerd van een collectieve aanvullende verzekering als categorale voorziening binnen de bijzondere bijstand. In veel gemeenten wordt hiervan naar tevredenheid gebruik gemaakt. De leden van de CDA-fractie vragen de regering of de Zvw een dergelijke voorziening in de weg staat en zo ja, welke mogelijkheden er zijn deze vorm van categorale voorziening in stand te houden. Dit zal ook een positieve invloed hebben om bij bepaalde groepen mensen het risico dat ze onverzekerd zijn te voorkomen.

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Wat verandert er ten aanzien van aanvullende verzekeringen bij de ingang van het nieuwe stelsel per 1 januari 2006? Waar kunnen verzekerden beroep aantekenen indien het aanvullende pakket door de verzekeraar wordt opgezegd bij overgang naar de Zvw?

Hoe verloopt de aanvraag van een aanvullend pakket voor mensen die 18 jaar worden in de Zvw, vergeleken met het huidige stelsel? Klopt het dat in tegenstelling tot de huidige situatie zij in alle gevallen een eigen polis moeten afsluiten, en dus niet in het aanvullende pakket van de ouders kunnen blijven?

Waar kunnen verzekerden beroep aantekenen indien het aanvullende pakket door de verzekeraar toch wordt opgezegd bij het beëindigen van het basispakket?

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat de regering de «negatieve optie» onderzoekt, waarbij de verzekerde automatisch verzekerd is volgens de Zorgverzekeringswet bij zijn huidige verzekeraar indien hij niet op hun aanbod reageert. Deze leden zien hierin voordelen, omdat de kans dat het aantal onverzekerden toeneemt hierdoor kleiner wordt. Toch zien zij ook nadelen, met name voor de mobiliteit van verzekerden. Zij stellen hierover de volgende vragen:

Is bij een polis voor de Zorgverzekeringswet sprake van een nieuw contract, of kan dit gezien worden als de voortzetting van een bestaand contract? In hoeverre geldt een mogelijke negatieve optie ook voor de huidige publiekrechtelijke verzekerden? Welke rechtspersoon is eigenaar van het adressenbestand van de IZA/IZR verzekerden? Welke rechtspersoon zal deze verzekerden een aanbod doen voor een polis conform de Zorgverzekeringswet? In hoeverre zullen deze verzekerden straks nog als collectiviteit gezien worden?

Mogen de zorgverzekeraars ongevraagd elke burger een polisaanbod doen, of valt dit onder het verbod op cold calling conform de Wet financiële dienstverlening?

In de paragraaf over de overgang van verzekerden naar het nieuwe stelsel besteedt de regering ook aandacht aan de aanvullende verzekeringen. Onder meer wordt verwezen naar artikel 120 van de Zorgverzekeringswet. Voor nieuwe situaties geldt deze bepaling, maar voor de situatie bij de overgang naar het nieuwe stelsel geldt deze bepaling naar de indruk van de leden van de SGP-fractie nog niet. Betekent dit dat verzekeraars per 31 december 2005 wel de aanvullende verzekering kunnen opzeggen?

### **Positie verzekerden publiekrechtelijke regeling**

Vooraf bij de aangeslotenen bij een publiekrechtelijke regeling die een prima pakket hebben tegen aantrekkelijke voorwaarden, bestaan reserves om over te gaan naar de Zvw. Het wetsvoorstel spreekt alleen over wijziging van de Gemeenschappelijke regeling terzake en opnieuw onderhandelen over arbeidsvoorwaarden i.v.m. de overgang naar de Zvw. Op welke wijze gebeurt dit? Wanneer er een conflict ontstaat tussen partijen tijdens de onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden, in hoeverre brengt dat de invoering van de Zvw in gevaar? De leden van de CDA-fractie vragen de regering welke acties zij onderneemt om de besprekingen succesvol af te laten ronden. Op welke waarborgen wordt gedoeld voor de toegang tot de zorgverzekering en de aanvullende verzekering voor alle huidige deelnemers aan publiekrechtelijke ziektekostenregelingen? Er komt nu één ziektekostenregeling voor alle Nederlanders. In hoeverre is er sprake van rechtsgelijkheid tussen degenen die tot 1 januari a.s. zijn verzekerd via de Zfw of via een particuliere verzekering, en degenen die tot dat moment zijn verzekerd volgens publiekrechtelijke regeling, wanneer deze laatsten eventueel gebruik kunnen maken van een speciale collectieve verzekering voor de huidige deelnemers aan publiekrechtelijke ziektekostenregelingen?

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Kan inzicht worden gegeven in de gevolgen voor de premiehoogte en inkomenseffecten voor verzekerden via een publiekrechtelijke verzekering? Kan voorts inzicht worden geboden in de gevolgen voor aanspraken voor wie op dit moment publiekrechtelijk verzekerd is? Wat betekent de overgang voor een eventueel bestaand aanvullend pakket voor deze verzekerden? Indien zij verzekerd zijn voor een uitgebreider pakket dan het huidige ziekenfonds, hoe wordt dan gegarandeerd dat zij zich voor dit pakket ook in 2006 weer kunnen verzekeren?

Kunnen alle voorgaande vragen ook apart worden beantwoord voor gepensioneerden die publiekrechtelijk verzekerd zijn?

### **Saldering in verband met CAO-afspraken en inspraak**

Kan de regering de Kamer in oktober en december a.s. informeren in hoeveel CAO's afspraken zijn gemaakt over saldering van de werkgeversbijdrage en eventuele knelpunten. Voor de leden van de CDA-fractie werkt de wettelijke regeling als zij zo weinig mogelijk wordt gebruikt. Deze leden hebben ook kennis genomen van het standpunt van de gezamenlijke vakbonden, van 7 juni jl. en vragen de regering waarom zij de ondernemingsraden geen rol heeft toe- gedacht bij het afsluiten van collectieve verzekeringscontracten.

De leden van de PvdA-fractie stellen beantwoording van de volgende vragen op prijs.

Hoe zal worden voorkomen dat ook eventuele tegemoetkomingen voor aanvullende verzekeringen gesaldeerd worden? Is de regering voornemens een maximum te stellen aan het te salderen bedrag? In hoeverre valt een tekort op de exploitatie te verwachten door het salderen van CAO-afspraken, daar immers in dat geval de werkgever meebetaalt aan het nominale deel in plaats van aan het inkomensafhankelijke deel?

### **Administratieve lasten en Toezicht**

Een van de kerndoelen van dit kabinet is het terugbrengen van de administratieve lasten voor burgers en bedrijven. Het ministerie van VWS haalt het leeuwendeel van het terugbrengen van administratieve lasten van bedrijven door invoering van de stelselwijziging.

Er is de CDA-fractie veel aan gelegen dat deze reductie ook werkelijk wordt gehaald, en geen boekhoudkundige exercitie blijkt te zijn. Hiervoor heeft zij ook de motie Schippers (29 763, nr. 55) mede-ondertekend, die om een uitleg vraagt. Deze is inmiddels ontvangen, evenals het verslag van een schriftelijk overleg over administratieve lasten (29 515, nr. 75) en een opmerking van ACTAL over de administratieve lasten.

De CDA-fractie plaats forse kanttekeningen bij de antwoorden op de gestelde vragen. Door het privaatrechtelijke karakter worden administratieve lasten niet meer meegeteld. Zij worden immers niet langer door de overheid opgelegd en dus is de overheid niet langer verantwoordelijk! Deze redenering verwondert de leden van de CDA-fractie ten zeerste.

Declaraties zijn dan wel niet langer verplicht, maar zij kunnen zich moeilijke voorstellen dat zorgverleners afzien van declaraties. Evenmin zien zij grote voordelen in het afschaffen van uniforme declaratie. De leden van de CDA-fractie hebben dus een aantal specifieke vragen en voorbeelden, waarop zij graag een reactie van de regering ontvangen:

1. Hoe worden de administratieve lasten geschat van een huisarts die te maken krijgt met tien verschillende contracten van tien verschillende zorgverzekeraars na de invoering van de Zorgverzekeringswet? Hoe hoog waren zijn lasten voor invoering van de wet en hoe hoog zullen zij zijn na invoering van de wet? Zullen initiatieven genomen worden

om de contracten en declaratieformulieren te standaardiseren of niet? Is de regering bereid bij aantoonbare toename van administratieve lasten, die ten koste gaat van de zorg voor de patiënt, compensatie aan de huisartsen te verlenen?

2. In de brief wordt uitgegaan van een negatieve optie en de daarbij behorende tijd voor een burger om een contract te sluiten. De leden van de CDA-fractie waren zowel verheugd als verbaasd om dat te lezen. Verheugd, omdat zij menen dat met een negatieve optie het risico op onverzekerd raken in de eerste maanden van de nieuwe Zorgverzekeringswet fors afneemt: kan de regering toezeggen dat de negatieve optie dus ook werkelijk wordt ingevoerd en dat het overleg daarover is afgerond? Gaat dit gepaard met het feit dat iedereen samen met zijn voorgestelde polis ook een afmeldkaart krijgt thuis gestuurd? Verbaasd waren de leden van de CDA-fractie, omdat het gebruik van een negatieve optie door 100% van de bevolking impliceert dat niemand overstapt van verzekeraar, of zelfs maar overweegt om over te stappen tussen verzekeraars. Wat is een reële aanname van de administratieve lasten en hoeveel mensen moeten in ieder geval overwegen om over te stappen om het systeem van keuzevrijheid en laagste prijs zoeken te laten werken?
3. Zijn de gegevens van de nulmeting van burgers al beschikbaar? Hoe zullen die betrokken worden bij het invoeringstraject van de Zorgverzekeringswet?
4. In de toelichting wordt gegooid met lasten die nu niet gemeten maar wel ervaren worden, zoals de lasten van particuliere verzekerden met een restitutiepolis, en lasten die nu en straks helemaal niet meetellen, zoals die voor een aanvullende verzekering. De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering met klem om een reële schatting van administratieve lasten voor burgers, zorgverleners, zorgverzekeraars en de overheid, die gepaard gaan met het oude en nieuwe stelsel naar de kamer te sturen? (dus inclusief bijvoorbeeld de kosten van declaraties in het nieuwe stelsel?) De lasten moeten dus niet geleverd worden volgens de ACTAL-definitie, maar een reële inschatting zijn met hoeveel administratieve lasten deze partijen werkelijk ervaren in het oude en nieuwe stelsel.

Het toezicht op de uitvoering van de Zvw ligt in handen van verschillende toezichthoudende organen, elk met een specifieke taak en/of bevoegdheid. De leden van de CDA-fractie zijn beducht voor veel administratieve drukte bij dit toezicht. Kan de regering aangeven hoe kan worden vermeden dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders dezelfde gegevens aan meerdere toezichthouders moeten leveren? Is het mogelijk een stroomlijning tot stand te brengen, waarbij de verschillende toezichthouders in overleg met elkaar dubbelures van gevraagde gegevens kunnen voorkomen?

Over de administratieve lasten vragen de leden van de PvdA-fractie naar aanleiding van de brief van de regering van 23 mei 2005, of hun conclusie klopt dat deze wet een vermindering van de lasten voor verzekeraars en een toename van de lasten voor verzekerden betekent. Hoe weegt de regering deze lasten ten opzichte van elkaar? Denkt de regering echt dat de zorgtoeslag slechts 25 minuten per huishouden en of hij één uur voor de daadwerkelijke verzekering ook realistisch vindt? Gaat de regering de daadwerkelijke lasten ook meten?

Heeft de privacy gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland goedkeuring van het CBP? Wilt u deze code wettelijk verankeren?

Klopt het dat de Invoerings- en aanpassingswet niet is voorgelegd aan het College Bescherming Persoonsgegevens, zo vragen de leden van de SP-fractie. Zo ja, en waarom dan niet?

## **Samenloop no-claim, vrijwillig eigen risico, eigen betalingen en Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

De leden van de CDA-fractie hebben een aantal vragen over de toerekening van het vrijwillig eigen risico, no-claim en DBC's en de manier waarop ze worden toegerekend.

1. Als een DBC in december aanvangt en in februari wordt gesloten (zeg een beenbreuk in de kerstvakantie met gipszetten en het verwijderen van gips in februari), hoe worden dan de kosten toegerekend aan de twee jaren ten behoeve van de no-claim en het vrijwillige eigen risico?
2. Als iemand een combinatie van een eigen vrijwillig eigen risico en een no-claim heeft en de no-claim komt voor het eigen risico, hoe wordt dan omgegaan met het bijvoorbeeld een bezoek aan de huisarts? Maakt het in onderhavig geval verschil uit of iemand de no-claim al gebruikt heeft en in zijn/haar eigen risico terecht is gekomen?
3. Aangezien de leden van de CDA-fractie zeer hechten aan de drempelloze toegang tot de huisartsenzorg, verzoeken zij de regering ook aan te geven wat er gebeurt in een combinatie van de bovenstaande gevallen, wanneer de huisartsenzorg plaatsvindt tijdens behandeling in een DBC-traject.
4. Voor welke vormen van zorg zal het veranderde artikel 20 van de Zorgverzekeringswet, dat de mogelijkheid geeft om zorg buiten het eigen risico te laten vallen, gebruikt worden?
5. Naar welk systeem wil de regering op termijn toe: eigen betalingen (tot bijvoorbeeld een maximum), no-claim met een vrijwillig eigen risico of een combinatie van de twee? Is juist die combinatie niet bijzonder omslachtig, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat inmiddels het saldo is van de no-claim van de ziekenfondsverzekerdenpopulatie? Is dit fors lager dan verwacht als gevolg van de moeilijkheden rondom de (hoge) DBC-tarieven, en doordat de regering er nog niet in geslaagd is een akkoord met de (stakende) huisartsen te bereiken? Wat leert de regering dit over de effectiviteit van dit instrument? Overweegt de regering alsnog de no-claim te schrappen? Deze leden vragen of de regering nog steeds denkt dat het praktisch is om eerst de no-claim vol te maken en dan het eigen risico te laten ingaan, of dat hij misschien toch liever de volgorde zou omkeren.

## **Verevening en zeldzame aandoeningen**

De leden van de CDA-fractie hebben er bij meerdere overleggen op aangedrongen het vereveningsstelsel fors te verbeteren. Per amendement hebben zij ervoor gekozen om de regering nog vijf jaar toe te staan generieke ex-post verevening toe te passen. Zij komen daarop terug elders in dit verslag, waar de reservevereisten voor verzekeraars aan de orde komen. Zij hebben ervoor gekozen dit zo te doen om ervoor te zorgen dat er een fatsoenlijke overgangstermijn is waarbinnen het vereveningsstelsel zodanig verbeterd kan worden dat het volstaat in de markt en niet leidt tot de volgende ongewenste spiraal. Het recente onderzoek van de Erasmus Universiteit in opdracht van de Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie (NPCF) toont aan dat met een relatief eenvoudige set vragen een selectie op basis van risico gemaakt kan worden: dit kan door iemand te accepteren voor de aanvullende verzekering als hij/zij relatief gezond is. Het onderzoek toont aan dat een verzekeraar op iemand uit de gezonde populatie enige honderden euro's winst per jaar kan maken, nadat rekening is gehouden met het huidige vereveningsstelsel. Dit betekent dat een agressieve verzekeraar een groep relatief gezonde risico's kan selecteren, en daarna bijna slapend rijk kan worden. Andere verzekeraars blijven met de slechte risico's zitten, en zullen hun verzeke-

ringspremie moeten verhogen, en raken dan al snel meer gezonde risico's kwijt. Dit is eigenlijk de manier waarop ook de vrijwillige ziekenfonds-verzekering op een gegeven moment in Nederland opgehouden heeft te bestaan: voor relatief gezonden was er immers een alternatief.

De gemakkelijkst aan te wijzen risicogroep, die je nooit wilt selecteren, is natuurlijk de groep met een zeldzame aandoening, die niet is meegenomen in het vereveningsstelsel. Daarom heeft de CDA-fractie er bij motie ook voor gepleit om deze ziekten zo snel mogelijk op te nemen in het vereveningsstelsel en mensen die leiden aan deze ziekten een adequate toegang te bieden tot zorg. Deze leden hebben zeker begrip voor clustering van deze zeldzame aandoeningen in grotere groepen, maar begrijpen uit het antwoord van de regering nog niet wanneer in 2005 dat concreet gebeurt. Wanneer zal de regering welke ziektes opnemen in het vereveningsstelsel? Deelt de regering de mening van de leden van de CDA-fractie dat, ondanks co-morbiditeit en hoge kostenverevening, een verzekeraar nog steeds een voorspelbaar verlies van enige duizenden euro's per persoon per jaar heeft op deze groep?

Om dezelfde reden en naar aanleiding van het eerder genoemde NPCF-rapport hebben deze leden een aantal voorstellen in dit rapport bij motie aangenomen. Zij zijn dan ook zeer benieuwd hoe en wanneer de regering deze motie precies zal uitvoeren.

De leden van de PvdA-fractie vragen over het vereveningsstelsel hoe de regering zal omgaan met de overheveling van de ggz.

### **Koopkrachtontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel**

Kan de regering, zo vragen de leden van de CDA-fractie, voor de volgende categorieën precies aangeven hoeveel zij sec door de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en de Invoerings- en aanpassingswet:

- a. een MBO-student van 19 jaar, die nu ziekenfonds verzekerd is;
- b. een Mbo-student van 19 jaar, die nu particulier verzekerd is en € 3000 per jaar bijverdient;
- c. een alleenstaande AOW-er zonder aanvullend pensioen;
- d. een alleenstaande AOW-er met een aanvullend pensioen van € 3000/jaar;
- e. een echtpaar met louter AOW, en
- f. een ANW-gerechtigde zonder enig ander inkomen.

### **Zorgtoeslag**

De leden van de CDA-fractie zijn blij dat de regering voor 23-jarigen en ouderen uitvoering heeft gegeven aan de motie-Omtzigt c.s. en de percentages van de Wet op de zorgtoeslag aanpast met deze wet. Betekent dit dat het fiscale compensatiepakket hetzelfde blijft als voorgesteld in de Zorgverzekeringswet? Zo niet, wat verandert er dan?

Wordt bij de zorgtoeslag de normpremie bepaald op basis van de naturapolissen, de restitutiepolissen of een mix van beiden, zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Zij willen benadrukken dat zij de restitutiepolis niet zien als een vervanging van het PGB, vooral omdat restitutiepolissen naar alle waarschijnlijkheid duurder zullen zijn dan naturapolissen. Zij vragen hierop een reactie van de regering.

### **Geschillencommissie**

De uitwerking van de onafhankelijke geschillencommissie is in volle gang, zo lezen de leden van de CDA-fractie in een brief van de regering (29 763, nr. 27). Zij vragen de regering naar de stand van zaken. In de brief wordt gesproken over de mogelijkheid van een eigen bijdrage « die in ieder

geval niet zo hoog mag zijn dat deze de toegang tot de geschillencommissie belemmert» (blz. 14). Het mag niet zo zijn dat mensen er tegen op zien naar de geschillencommissie te gaan. Immers, de geschillencommissie is ingesteld omdat de (financiële) drempel voor de rechter te hoog is voor veel mensen. Kan de regering duidelijk maken waarom precies een eigen bijdrage nodig is voor toegang tot de geschillencommissie. De leden van de CDA-fractie vragen waarom een kosteloze toegang niet mogelijk is, temeer omdat het adieren van de geschillencommissie pas gebeurt wanneer verzekerde en verzekeraar zelf er niet uitgekomen zijn, want de wet vereist eerst een interne bezwaarprocedure. Graag ontvangen zij een reactie van de regering.

### **Wijzigingen in de Wet IB 2001**

Uit paragraaf 3.6 onderdeel E blijkt dat de nominale premie voor de ziektekostenverzekering niet meer in aanmerking genomen wordt als een uitgave wegens ziekte, invaliditeit en bevalling in d zin van de regeling buitengewone uitgaven.

De nominale premie ZFW en de premie voor de particuliere ziektekostenverzekeringen worden wel beschouwd al een buitengewone uitgave. In samenhang hiermee wordt voorgesteld om de bij de berekening van de buitengewone uitgaven in aanmerking te nemen drempel te verlagen. Wat zijn de gevolgen van deze wijzigingen in de belastingwetgeving voor de verschillende groepen ouderen en met name voor de ouderen die alleen een AOW-pensioen en eventueel een klein aanvullend pensioen ontvangen, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

### **Overige vragen**

Huisartsen. De leden van de VVD-fractie stellen de volgende vragen. Welke gevolgen heeft het opgebroken akkoord met de Landelijke Huisartsen Vereniging voor de invoering van de Zvw en met name voor verzekerden? Op welk moment en op welke wijze worden verzekerden over de gevolgen geïnformeerd?

Beschikbaarheidsvergoedingen. De leden van de VVD-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Op welke wijze worden verzekerden geïnformeerd over het feit dat beschikbaarheidsvergoedingen en eventuele overige extra vergoedingen die huisartsen of instellingen in rekening mogen brengen bij hun patiënten, geen deel uitmaken van het eigen risico? Hoe wordt dat gecommuniceerd?

De leden van de SP-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Is de regering bereid in de Zorgverzekeringswet mogelijkheden voor verzekerden vast te leggen om invloed uit te oefenen op het inkoopbeleid van de verzekeraar?

Waarop baseert de regering het vertrouwen dat geen «premiedumping» gaat plaatsvinden als bij particuliere verzekeraars maar liefst € 2,5 miljard vrijvalt? Hoe gaat de regering er voor zorgen dat dit niet gebeurt?

De regering noemt een aantal wetten die in werking moeten zijn getreden om de Invoerings- en aanpassingswet en daarmee de Zorgverzekeringswet in werking te laten treden. Kan van deze wetten worden aangegeven wat de huidige status is, en volgens welk tijdpad de regering inwerkingtreding wil realiseren?

De regering heeft toegezegd een ministeriële regeling op te stellen om de privacy te waarborgen. Wanneer is deze ministeriële regeling gereed?

Weet de regering al wat erin komt te staan? Gaat de regering de regeling voorleggen aan de Kamer?

De regering heeft toegezegd regels op te zullen stellen omtrent reclame door zorgverzekeraars. Zijn deze gereed en ingevoerd voordat de Zorgverzekeringwet wordt ingevoerd?

## **ARTIKELSGEWIJS**

### **Artikel 2.1.1**

Hoeveel geld is gemoeid met het geheel ten laste brengen van al geopende DBC's aan het jaar 2005, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

### **Artikel 2.1.5**

Begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat een no-claim terug-gave in maart 2005 toegekend, alsnog later teruggevorderd kan worden? Beperkt deze latere teruggave zich tot het bewust achterhouden van informatie door de verzekerde? Kan een gezagsgetrouwe en eerlijke burger erop rekenen dat hij een terugbetaalde no-claim kan houden?

### **Artikel 2.1.6**

In het wetsvoorstel krijgen beide partijen die een overeenkomst hebben gesloten onder de Zfw de mogelijkheid om die overeenkomsten op te zeggen met een termijn van twee maanden. De leden van de SGP-fractie stellen hierover de volgende vragen. Waarom is hiervoor gekozen? Is het niet logischer om bestaande overeenkomsten in principe in stand te laten, omdat het heronderhandelen veel lasten met zich brengt?

### **Artikel 2.2.1**

De leden van de CDA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Hoe hoog zal de bijdrage voor in het buitenland wonende Wtz-verzekerden zijn, en welke bijlage van verordening 1408/71 zal aangepast worden? Wanneer zal die aanpassing plaatsvinden en hoe zal dit artikel concreet uitwerken voor Wtz-verzekerden, die nu in België, Duitsland of Spanje woonachtig zijn?

### **Artikel 2.4.1 (onderdeel B)**

Wanneer verstrekt de regering de Kamer de definitieve inkomensplaatjes als gevolg van deze wet en de Zorgverzekeringwet/Wet op de zorgtoeslag, zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Hebben zij goed begrepen dat het de bedoeling is bij deze wet ook te spreken over de totale inkomensgevolgen van de stelselherziening? Deze leden zouden – zoals zij reeds eerder benadrukt hebben – graag een herberekening zien van alle inkomensplaatjes op basis van de aangepaste gegevens. Het extra budgettaire beslag van de wijziging van de percentages van de zorgtoeslag is € 600 miljoen (antwoord op vragen PvdA-fractie over brief minister VWS 29 763, nr. 72). Het geld is door herschikking binnen het compensatiepakket gevonden. Welk compensatiepakket wordt hier bedoeld? Is dat het compensatiepakket dat beschikbaar was voor de zorgtoeslag of voor het totale inkomensbeleid? Hoeveel van de € 600 miljoen gaat naar huishoudens met een inkomen boven de huidige ziekenfondsgrens? Welk totaalbedrag is nu nodig voor de totale zorgtoeslagen en welk deel van dat macrobudget gaat naar de huishoudens boven de ziekenfondsgrens?

Wat is de hoogte van de zorgtoeslag voor alleenstaanden die 50% van het minimumloon verdienen, 70%, 90%, 100%, 110, 120, 130, 140 en 150%



minimumloon? Wat is de hoogte van de zorgtoeslag voor alleenstaande Wajong-gerechtigden van 18 jaar, 19, 20, 21, 22 en 23 jaar of ouder? Wil de regering in een vergelijkende tabel aangeven wat de kosten zijn (in euro's en in percentages van het totale inkomen van elk genoemde huishoudensgroep) voor ziektekostenverzekering in het huidige systeem (ziekenfonds en particuliere verzekering), de kosten in het voorgestelde systeem (nominale premie en zorgtoeslag) uitgaande van de percentages genoemd in de memorie van toelichting wet op de zorgtoeslag en de gewijzigde percentages voor zorgtoeslag zoals toegezegd aan de Eerste Kamer; voor de volgende groepen, steeds berekend met en zonder kinderen:

- Alleenstaanden
- Tweeverdieners
- Alleenverdieners met partner Voor de volgende inkomensniveaus:
- 50% minimumloon (wml)
- 70% wml
- 90% wml
- 100% wml
- 110% wml
- 120% wml
- 130% wml
- 150% wml
- 200% wml
- modaal
- twee maal modaal
- 65-plussers met AOW
- 65-plussers met aanvullend pensioen.

Wat zijn de inkomenseffecten van de ZVW / wet op de zorgtoeslag combinatie uitgaande van de nieuwe percentages zoals genoemd in de Eerste Kamer voor minimumjeugdloners en Wajongers van 18 jaar, 19 jaar, 20 jaar, 21 jaar, 22 jaar, 23 jaar. De leden van de PvdA-fractie willen een vergelijking kunnen maken met de tabel op pagina 13 van 29 762/29 763, nr. 15.

Kan de regering de effecten weergeven van de Zvw / Wet op de Zorgtoeslag op basis van de gewijzigde percentages zoals toegezegd is aan de Eerste Kamer, analoog aan tabel 3, pagina 352 368 Handelingen TK, aangevuld met de volgende groepen: 18 jarige alleenstaande met een minimum loon en een Wajonger van 23 jaar, zodanig dat de koopkrachtheffecten vergelijkbaar zijn?

#### **Artikel 2.4.2 (onderdeel I)**

Begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed, dat de uitbreiding tot gezinsleden niet alleen geldt voor werkgevers, maar ook voor andere collectieve contracten die niet door werkgevers worden afgesloten? Welke definitie voor gezinsleden wordt in deze wet gehanteerd?

#### **Artikel 2.4.2 (onderdeel J, onder 5)**

De leden van de CDA-fractie vragen of deze paragraaf tekstueel klopt.

#### **Artikel 2.4.2 (onderdeel Q en R)**

Hoe kan een verzekerde rechtmatig in dienst zijn, als hij zijn naam, adres en woonplaats- gegevens niet heeft verschaft aan de werkgever? De leden van de CDA-fractie vragen met andere woorden wat het doel van dit wetsartikel is. Tevens vragen zij wie welke werkgeversbijdrage betaalt in de volgende situatie: Persoon A werkt 2 dagen per week bij bedrijf B en 3 dagen per week bij bedrijf C. Bij beide werkgevers verdient hij € 20 000

per jaar. Hoe zal het maximum in de werkgeversbijdrage worden toegepast en wie heeft recht op teruggave?

#### **Artikel 2.4.2 (onderdeel U)**

Wordt het draagkrachtprincipe ook toegepast op deze groep, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

#### **Artikel 2.4.2 (onderdeel W)**

In hoeverre is deze aanpak voorgelegd aan het CBP, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

#### **Artikel 2.4.2 (onderdeel X)**

Welke voorhang hoort bij deze AMvB, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

#### **Artikel 2.5.1 en artikel 3.1 (onderdeel A en E)**

Een verzekering bij een zorgverzekeraar brengt van rechtswege een AWBZ-inschrijving bij diezelfde zorgverzekeraar met zich mee. Wat is de consequentie wanneer de zorgverzekeraar niet ingeschreven is als ABWZ-verzekeraar, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Als deze leden het goed hebben begrepen, betekent dit dat als een verzekerde ingevolgde de Zvw van zorgverzekeraar wil veranderen, hij van rechtswege een andere AWBZ-verzekeraar krijgt. Hoe weet de verzekerde of zijn nieuwe zorgverzekeraar een AWBZ-verzekeraar is? Verhoogt dit niet de drempel om van verzekeraar te veranderen?

#### **Artikel 2.5.4**

De leden van de SGP-fractie hebben waardering voor de opnemings van een overgangsartikel voor die mensen die reeds zorg ontvangen voordat de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking treedt. Alleen is hen de strekking van de bepaling niet duidelijk voor zover deze bepaling een beperking van dit recht inhoudt. Graag ontvangen zij nog een nadere toelichting op dit punt. Verder vragen zij wat de gevolgen zijn als een verzekerde nog niet is ingegaan op het aanbod van zijn zorgverzekeraar voor 1 januari 2006. Komt dan automatisch deze overgangsmaatregel te vervallen?

Tevens vragen zij of het «voor rekening van de zorgverzekeraar komen» tevens inhoudt dat de bestaande voorwaarden onder de oude polis gewoon van kracht blijven, zoals dit ook bepaald is in het amendement-Van der Vlies over artikel 44 van de Zfw.

De leden van de SGP-fractie vinden het een probleem dat de reikwijdte van de overgangsmaatregel aanmerkelijk beperkter is dan het amendement van destijds. Wanneer zij het goed begrijpen is een zorgvrager voor de continuïteit van de zorgverlening als de Zvw eenmaal van kracht is, aangewezen op de gewilligheid van de zorgverzekeraar. Waarom is er in de wet niet tevens een bepaling opgenomen die ervoor zorg draagt dat de continuïteitsverplichting tevens geldt voor ten minste de zorg in natura waarvoor de zorgverzekeraar overeenkomsten heeft afgesloten met zorgaanbieders? Betekent het beëindigen van een contract tussen verzekeraar en aanbieder voor zorgvragers tevens dat de behandelingsrelatie in de praktijk in principe automatisch eindigt?

### **Artikel 2.5.5**

Wat gebeurt er als het aantal inwoners per provincie sterk toe- of afneemt, of indien het aantal provincies in Nederland verandert, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

### **Artikel 2.5.6**

De leden van de CDA fractie menen dat de in de Memorie van Toelichting genoemde datum inconsistent is met elders genoemde data. Welke datum is juist?

Dit artikel gaat in op het tijdstip waarop verzekerden zich uiterlijk verzekerd dienen te hebben (1 mei 2006), zo constateren de leden van de VVD-fractie. De Memorie van Toelichting (blz. 11 en 12) gaat in op het voorstel van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Dit houdt in dat verzekerden uiterlijk 16 december 2005 van hun huidige verzekeraar een non-select en integraal aanbod krijgen voor de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking. Verzekerden moeten vóór 1 maart 2006, hun huidige verzekeraar laten weten of zij akkoord gaan met dit aanbod. Dit is twee maanden korter dan de uiterste datum waarop zij definitief moeten hebben gekozen voor een verzekeraar (1 mei 2006). De regering geeft aan dat het is nog de vraag is wat er moet gebeuren met de verzekerden die voor 1 januari 2006 het aanbod van hun verzekeraar nog niet hebben geaccepteerd c.q. afgewezen. Uit de Memorie blijkt dat er nog onderzoek wordt gedaan naar de juridische en technische mogelijkheden van de geschetste optie. Wat is de termijn waarop de regering de Tweede Kamer duidelijkheid biedt over de juridische en technische mogelijkheden van de geschetste optie? Wat is de termijn waarop burgers worden geïnformeerd en welke relatie heeft dit met de boete clause (blz. 12 MvT)?

### **Artikel 2.5.9**

De leden van de CDA-fractie vragen of dit wijzigingsartikel voldoende is voor de overgang van de GGZ die daadwerkelijk per 1 januari 2007 zal plaatsvinden, of dat er nog een nadere wijziging nodig is, nu nog niet vaststaat wat er precies zal worden overgeheveld.

### **Artikel 3.1.1**

De leden van de CDA-fractie stellen een antwoord op de volgende vragen op prijs.

Op welke wijze worden verzekerden geïnformeerd over het feit dat hun zorgverzekeraar zich niet heeft aangemeld als verzekeraar voor de AWBZ? Wat zijn de gevolgen voor verzekerden als zij zich niet bij een andere verzekeraar hebben aangemeld? Zijn hier kosten aan verbonden voor de verzekerde? Is een dergelijke werkwijze geen belemmering om te veranderen van verzekeraar, zeker wanneer met aanspraak maakt op AWBZ-voorzieningen? Is de regering bereid erin te voorzien dat iedereen, die zich heeft aangemeld bij een verzekeraar, ook automatisch is aangemeld voor de AWBZ?

In onderdeel E van dit artikel en op blz. 41 en 42 van de Memorie van Toelichting wordt aangegeven dat als een zorgverzekeraar zich niet als zorgverzekeraar in de zin van de AWBZ heeft aangemeld, een verzekerde zich dient aan te melden bij een zorgverzekeraar in de gemeente waar hij woont. De leden van de VVD-fractie stellen hierover de volgende vragen. Op welke wijze worden verzekerden geïnformeerd over het feit dat hun zorgverzekeraar zich niet heeft aangemeld als verzekeraar voor AWBZ?

Wat zijn de consequenties voor verzekerden als zij zich niet bij een andere verzekeraar hebben aangemeld? Zijn hier kosten aan verbonden voor de verzekerde? Is een dergelijke werkwijze geen belemmering om te veranderen van verzekeraar, zeker wanneer men aanspraak maakt op de AWBZ? In artikel 55, vijfde lid, wordt bepaald dat bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld met betrekking tot de gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars, instanties en personen zoals de belastingdienst, de SVB en het gemeentebestuur, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Kunnen er negatieve gevolgen optreden als gevolg van de stroom persoonsgebonden (gezondheids)informatie tussen diverse partijen en de introductie van het burgerservicenummer voor de privacy van verzekerden? In hoeverre is de privacy van verzekerden in het voorliggende wetsvoorstel gewaarborgd? Hoe verhouden deze waarborgen zich tot de waarborgen in de huidige wetten? En welke gegevens worden in welke gevallen uitgewisseld?

#### **Artikel 44 AWBZ**

De leden van de SGP-fractie hebben grote moeite met de aparte subsidietitel voor abortus en overtijdbehandeling in de AWBZ. Zij zijn van mening dat dergelijke voorzieningen vanwege het zeer controversiële karakter ervan niet vanuit publieke middelen moeten worden gefinancierd. Waarom is deze afzonderlijke titel nodig? Verder vragen zij zich af hoe de financiering in de praktijk precies verloopt. Enerzijds worden abortussen niet betaald uit de premiemiddelen, anderzijds wordt er wel een toevoeging gedaan aan het AFBZ. Is deze wijze van financieren dezelfde als nu reeds het geval is, of treden er wijzigingen op? In technische zin hebben deze leden de indruk dat verwijzing naar het tweede lid van artikel 1 van de WAZ onjuist is. Moet er niet – als er toch wordt gekozen voor deze subsidietitel in de AWBZ – verwezen worden naar artikel 2 van deze wet, omdat daar in feite de «definitie» van abortus is omschreven?

#### **Artikel 3.2.6**

Dit artikel voorziet in de wijziging van een artikel in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De leden van de CDA-fractie vragen of de Wet BIG ook aangepast moet worden i.v.m. de introductie van de functiegerichte omschrijving van de aanspraken van het standaardpakket, en zo ja, welke aanpassingen.

#### **Artikel 3.2.13 en 3.2.14 (Wet uitkering burger-oorlogsslachtoffers/Wubo) en Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945/Wuv)**

Beide wetten zijn aanvullend bedoeld op andere sociale wetten. Vandaar de afstemming op de maximale toeslag op de premie van de standaardpakketpolis in de vigerende ziektekostenwetten. Bij de Zvw wordt de inkomensafhankelijke tegemoetkoming geregeld via de Zorgtoeslag. Welke consequenties heeft dit voor de aanspraken op grond van de Wubo en de Wuv, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Gezien de doelgroepen (per definitie gaat het grotendeels om hoogbejaarden) is een goede en duidelijke voorlichting zeer belangrijk. Deze leden vragen de regering of het mogelijk is dat de PUR (Pensioen- en Uitkeringsraad) de Wubo- en Wuv-gerechtigden actief benadert en hen behulpzaam zijn bij de overgang naar de Zvw.

### **Artikel 3.3.2**

Bij de Ziekenfondswet (Zfw) is de opzegtermijn bij wijziging van premie 60 dagen. In de Zvw is dit 4 weken. In hoeverre sluit de regeling van de Zvw aan bij de gebruikelijke opzegtermijnen volgens het Burgerlijk Wetboek, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

### **Artikel 3.4.6**

De gevraagde gegevens worden gebruikt voor het doel waarvoor ze nodig zijn, zo lezen de leden van de CDA-fractie. De zorgverzekeraar is bestuursorgaan in de zin van de Algemene Wet Bestuursrecht voor de uitvoering van de AWBZ en gebruikt hiervoor gegevens. Tegelijkertijd beschikt hij ook over gegevens via het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) en het CAK (Centraal Administratiekantoorhuishouding). Als bestuursorgaan heeft hij verplichting tot geheimhouding. Hoe verhoudt zich deze rol tot zijn rol als uitvoerder van de Zvw, waar hij geen bestuursorgaan is? Kan de regering aangeven dat de juiste balans wordt gevonden tussen de benodigde gegevens en de daarvoor noodzakelijke inbreuk op de privacy? De juiste balans zal voortdurend aandacht vragen. Op welke wijze kan de regering de Kamer hiervan op de hoogte houden? Kan de regering aangeven of de gevraagde gegevens voldoen aan de vereisten in de Wet op de persoonsgegevens en in hoeverre hij voldoet aan de aanbevelingen van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP)?

De leden van de CDA-fractie vragen de regering aan te geven welke privacygegevens op dit moment nodig zijn voor een goed functioneren van het vereveningssysteem en welke gegevens in het kader van de Zvw voor de verevening nodig zijn. Kan de regering de concrete verschillen in de gevraagde gegevens tussen de situatie nu (Zfw) en straks (Zvw) aangeven? In de antwoorden van de regering staat dat alleen gegevens die «noodzakelijk» zijn worden gevraagd. Wie houdt hierop toezicht en wie bepaalt welke gegevens op welk moment noodzakelijk zijn? Kan de regering aangeven hoe mensen gerustgesteld kunnen worden dat hun privacygegevens gewaarborgd zijn?

Het verkrijgen van de benodigde gegevens voor bijv. het goed functioneren van de Zvw (de verevening) betekent administratieve lasten voor de aanbieders, bijv. de huisartsen. Is er sprake van toename van administratieve lasten in dit verband, vergeleken met de huidige situatie, en is er sprake van een groter beslag op privacygegevens van verzekerden dan in de huidige situatie?

Kan de regering limitatief opsommen welke gegevens een zorgverzekeraar mag opvragen uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA)?

### **Artikel 3.5.1**

De leden van de CDA-fractie wijzen op hun eerdere opmerking dat zij het logischer gevonden hadden als de Raad van State in deze was gevolgd.

### **Artikel 3.6.1 (onderdeel E en H)**

De leden van de CDA-fractie begrijpen niet waarom de aftrek voor Buitengewone Uitgaven nog gecompliceerder gemaakt wordt dan zij al is. De zorgtoeslag, en het feit dat de inkomensafhankelijke bijdrage inkomensafhankelijk is betekenen toch dat de totale kosten voor de basisverzekering gemaximeerd zijn als percentage van het huishoudinkomen. Het ware toch veel logischer geweest om het percentage in de BU te verlagen en de premies/zorgtoeslag erbuiten te houden. Graag ontvangen zij een reactie van de regering en een termijn waarin het in de Eerste Kamer toegezegde onderzoek beschikbaar komt.

Bij de nu voorgestelde oplossing hebben de leden van de CDA-fractie nog wel een aantal vragen:

- a. De zorgtoeslag wordt toegekend op huishoudniveau, niet op individueel niveau. Hoe wordt de zorgtoeslag toegerekend aan twee partners, die allebei (waarschijnlijk part-time) werken?
- b. Hoe wordt omgegaan met nog terug te betalen inkomensafhankelijke bijdrage? Wordt dit altijd voor 1 april, de uiterste datum van de belastingaangifte, vastgesteld en dan uitbetaald?
- c. Wordt deze regeling identiek aan de nog voor te stellen AMvB over de nieuwe tijdelijke AMvB verzilvering? (artikel 4.2 van dit wetsvoorstel)

#### **Artikel 3.6.1 (Onderdeel E en G)**

De onderdelen E en G van dit artikel beogen de betaalde premies voor zorgverzekeringen uit te sluiten van de regeling voor buitengewone uitgaven. Hoewel de doelstelling van deze regeling de leden van de SGP-fractie duidelijk is, is de wijze waarop hij is vormgegeven onduidelijk. Kan door enkele cijfermatige voorbeelden worden aangegeven wat er in de praktijk precies verandert? Betekent deze bepaling dat de aftrek voor buitengewone uitgaven voor alle inkomenscategorieën met eenzelfde bedrag vermindert? Betekent deze bepaling dat iedere Nederlander in principe sneller voor deze aftrek in aanmerking komt?

#### **Artikel 3.6.4**

Zijn ziektekostenverzekeringsmaatschappijen alsnog vennootschapsbelastingplichtig als zij binnen tien jaar afzien van hun status zonder winstoogmerk en dus winst hebben kunnen maken op gratis verschaft kapitaal, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

#### **Artikel 3.8**

De leden van de CDA-fractie vragen of bij het wetsvoorstel Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen al rekening is gehouden met de invoering van de Zvw.

#### **Artikel 3.8.12 (onderdeel H)**

De regering stelt tevens voor om een wijziging aan te brengen in de Wet financiering sociale verzekeringen op het gebied van gemoedsbezwaarden, zo constateren de leden van de SGP-fractie. In de praktijk zijn er – zoals ook is vastgelegd in de Wfsv – verschillen in de benadering van de diverse regelingen door gemoedsbezwaarden. Niet iedereen heeft bezwaren tegen zowel de AWBZ als de Zvw. De door de regering voorgestelde maatregel lijkt deze erkenning van de diversiteit in de Wfsv bij de Zvw in te trekken. Graag ontvangen zij een toelichting waarom dit het geval is. Hierop aansluitend vragen zij om een reactie van de regering op het volgende. In de toelichting bij subonderdeel 1 staat vermeld dat in de Zvw is geregeld dat degene die wegens gemoedsbezwaren van zijn rechten en plichten uit de AWBZ (...) is ontheven, niet verzekeringsplichtig is in de zin van de Zvw.

In de Zvw wordt echter alleen gesproken over ontheven zijn van de verplichtingen op basis van de AWBZ. Over de rechten wordt ook niet gesproken. Dit is ook in overeenstemming met de brief van de staatssecretaris van Financiën van 3 november 2000 (Kamerstuk 27 400 IXB, nr. 19, blz. 2). Daarin wordt gesteld: «Vanwege het feit dat iemand voldoet aan de eis van ingezetenschap kan deze te allen tijde een beroep doen op een uitkering ingevolge de volksverzekering. Hiervoor is niet van belang of iemand gemoedsbezwaren heeft en daarom premieervangende belasting betaalt. Het is aan de desbetreffende persoon om al dan niet gebruik

te maken van dit recht.» Ook degenen die ontheven zijn van de verplichtingen op basis van de AWBZ kunnen dus wel gebruik maken van de algemene rechten die er zijn op basis van de AWBZ voor bijvoorbeeld gehandicaptenzorg. Juridisch gezien is enkel het gebruik maken van deze rechten dus – conform de tekst van artikel 2 Zvw – geen aanleiding om verplicht Zvw-verzekerd te zijn. Graag ontvangen deze leden een fundamentele en uitvoerige reactie over de juridische consequenties, omdat dit van belang is voor de hen die hiermee in de praktijk moeten werken. Verder ontvangen deze leden graag een nadere toelichting op de precieze betekenis van subonderdeel 2, omdat dit hen nog niet duidelijk is geworden.

#### **Artikel 4.2**

De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering een voorhangbepaling op te nemen bij dit artikel, om zo de parlementaire controle van dit wetsartikel, dat een belangrijke groep beschermt, te vergroten.

De voorzitter van de commissie,  
Blok

De griffier van de commissie,  
Teunissen