

Vergaderjaar 2004–2005

**30 124**

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

**Nr. 9**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 20 juni 2005

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag op het voorstel van Wet tot invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet)(I&A-wet Zvw). Met genoegen constateer ik op vele punten steun voor dit voorstel.

Graag maak ik gebruik van de mogelijkheid om te trachten de door de verschillende fracties op onderdelen gemaakte opmerkingen en vraagpunten weg te nemen. Bij de beantwoording van de vragen heb ik zoveel mogelijk de opbouw van het verslag gevolgd.

### **ALGEMEEN**

#### **Inleiding**

De leden van de CDA-fractie hebben aangegeven dat zij met belangstelling kennis hebben genomen van de I&A-wet Zvw. 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 inkomensolidariteit, die gegarandeerd wordt door de zorgtoeslag. Beide worden met dit wetsvoorstel verder verbeterd.

Deze leden 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.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat vóór 1 januari 2006 een groot aantal operaties moet zijn afgerond. Zij vragen mij waar het wetsvoorstel voor de zorgautoriteit blijft.

De leden van de VVD-fractie geven aan dat nu het veld en de spelregels in het stelsel aanzienlijk gaan veranderen, het zaak is ook het toezicht daarop aan te passen. Stroomlijning en bundeling van het toezicht zijn, voor wat deze leden betreft, sleutelbegrippen in deze. De Wet marktordening

gezondheidszorg zal op het toezicht ingaan. Daarom vragen ook de leden van de VVD-fractie wanneer de regering het wetsvoorstel hierover zal indienen.

In antwoord op deze vragen kan ik u meedelen dat de regering hoopt het wetsvoorstel voor de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) aan het begin van het zomerreces in te kunnen dienen.

Verder verzoeken de leden van de CDA-fractie aan te geven, hoe het Elektronisch Medicatie Dossier (EMD) ingevoerd zal worden op 1 januari 2006. Deze leden blijken zorgen te hebben over de vraag of het EMD ook maar enigszins op tijd wordt ingevoerd. Dit klemt te meer omdat – zo stellen zij – juist in een stelsel met meer prikkels en gereguleerde marktwerking, het EMD kan leiden tot efficiëncyverbetering bij zorgverleners en vaak ook tot 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. Zij vragen of ik dit op tijd voor het nieuwe stelsel zal weten af te ronden.

Ten aanzien van de invoering van het EMD verwijs ik in de eerste plaats naar mijn brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer en het daarbij bijgevoegde implementatieplan EMD/WDH van 3 juni 2005 met kenmerk IBE/I-2588978.

Zoals de leden van de CDA-fractie stellen zal het EMD leiden tot toename van de keuzevrijheid, de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg. Daartoe geautoriseerde zorgverleners krijgen toegang tot de noodzakelijke zorginformatie en ook patiënten zelf zullen op termijn elektronische toegang krijgen tot hun elektronische dossier. Aan de totstandkoming van de landelijke ICT-infrastructuur wordt op dit moment hard gewerkt, opdat de invoering van het EMD vanaf 1 januari 2006 kan plaatsvinden. Met de brancheorganisaties en de beroepsverenigingen worden in het kader van de stuurgroep implementatie EMD afspraken gemaakt over het gebruik en de invoering vanaf 1 januari 2006. In mijn brief van 3 juni en het daarbij gevoegde implementatieplan heb ik geschreven dat ik een set van maatregelen inzet om het gebruik van het EMD af te dwingen. Het uitgangspunt bij deze maatregelen is dat het gebruik direct te maken heeft met de kwaliteit van zorgverlening en dat zorgverleners verantwoordelijk zijn voor het daadwerkelijk gebruik. Ik heb al aangegeven dat ik daarmee niet volsta indien het veld onwillig blijkt het EMD te gebruiken. Ik zal dan via een amvb bij de Kwaliteitswet zorginstellingen het begrip «verantwoorde zorg» nader invullen met het gebruik van het EMD en EPD. Deze amvb fungeert als stok achter de deur. Daarbij heb ik in genoemde brief aangegeven dat ik op dit moment bezie of er ook een nader wettelijk systeem moet komen voor het gebruik van het EMD. Een eventueel toekomstig wettelijk kader ontslaat het veld geenszins van de plicht vanaf 1 januari 2006 zo spoedig mogelijk aan te sluiten op het EMD zodra de landelijke infrastructuur dat mogelijk maakt. Mijn huidige aanpak blijft onverkort van toepassing; het gebruik van het EMD is voorzien vanaf 1 januari 2006.

Naar de mening van de leden van de CDA-fractie maakt de invoering van de WVG onderdeel uit van de stelselwijziging. Zij vinden een gereguleerde marktwerking met strakke publieke voorwaarden ver 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 de WVG 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 denkt dit toezicht op tijd op zijn plaats 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.

Voor het toezicht op verzekeraars is de WMG niet noodzakelijk. Het toezicht op verzekeraars is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) immers geregeld. De Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993) regelt het prudentieel (bedrijfseconomisch) toezicht. Voor het gedragstoezicht is de Wet financiële dienstverlening leidend, die volgens planning op 1 oktober aanstaande in werking treedt. Hiermee is voor verzekeraars het toezicht op tijd geregeld. De invoering van de WMG is vooral van belang voor het sectorspecifiek markttoezicht. Zoals ik reeds eerder heb toegezegd zal ik geen verdere stappen zetten in de richting van gereguleerde marktwerking (en dus evenmin op het terrein van prijsliberalisering) alvorens de zorgautoriteit is ingesteld. Tegen deze achtergrond verwacht ik geen zwakheden in het toezicht die aanvullende maatregelen zouden vergen.

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 hebben deze leden tegen de Zvw 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 welke aspecten van de invoering naar mijn mening vlekkeloos moeten kunnen verlopen. Daarbij vullen deze leden de aspecten reeds zelf in:

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

Het aantal onverzekerden zal naar verwachting niet toenemen ten gevolge van de invoering van de Zvw. Door de wettelijke regeling van de overgang van verzekerden, zoals voorgesteld bij een Nota van Wijziging die bij deze nota naar aanleiding van het verslag is gevoegd, zijn ook degenen die niet reageren op het aanbod dat zij van hun zorgverzekeraar krijgen, per 1 januari verzekerd. Op de inkomenseffecten wordt, mede naar aanleiding van vragen van de PvdA-fractie, elders in deze nota van verslag nader ingegaan. Mogelijke onzekerheid ten gevolge van de functionele omschrijvingen wordt onder andere tegengegaan doordat in samenwerking tussen ZN, het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en mijn departement voorbeelden van modelovereenkomsten worden ontwikkeld waarop de zorgverzekeraars hun polisbeschrijvingen kunnen enten.

Uit de berekening van de administratieve lasten, waarover ik uw Kamer heb geïnformeerd (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 6) blijkt een aanzienlijke besparing.

De leden van de PvdA-fractie vragen, 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.

Aan deze vraag lijkt de premisse ten grondslag te liggen dat het huidige stelsel «publiek» zou zijn en het beoogde stelsel «privaat». Zo zwart-wit

ligt de situatie niet. Zowel het huidige als het beoogde ziektekostenstelsel kenmerken zich door een mix van private en publieke elementen. Indien, om welke reden dan ook, de wetgever meer publieke elementen in het stelsel zou willen brengen of zich daartoe genoodzaakt zou zien, zullen de daarmee gemoeide inspanningen afhangen van de aard, inhoud en ingrijpendheid van de aanpassingen. Indien ooit gekoerst zou worden op een nationale gezondheidsdienst, ontstaat een ander beeld dan wanneer de uitvoering in handen blijft van verzekeringsmaatschappijen. Het maken van financiële inschattingen over de kosten van het opzetten van een geheel nieuwe uitvoeringsorganisatie voor een imaginair toekomstig stelsel, is een speculatieve bezigheid waaraan ik mij niet wil wagen.

De leden van de PvdA-fractie herinneren zich dat ik heb toegezegd in de I&A-wet Zvw een definitie van collectiviteiten op te nemen. Zij vragen waar die definitie is opgenomen, en hoe deze luidt.

Inderdaad heeft de heer Heemskerk tijdens het debat op 15 december 2004 gevraagd naar de afbakening van een collectiviteit. Zo vroeg hij zich af of hij met zijn partner naar een verzekeraar kon stappen om een collectieve polis aan te vragen. Ik heb destijds aangegeven na te zullen gaan of de heer Heemskerk hier inderdaad een punt heeft, vanuit het oogpunt van het voorkomen van risicoselectie. Echter, inmiddels is tengevolge van de aanvaarding van het amendement Schippers c.s. (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 67) artikel 18 van de Zvw zodanig komen te luiden, dat een definitie van «collectiviteit» niet meer nodig is. Immers, slechts werkgevers (voor hun werknemers en diens gezinsleden) alsmede belangenbehartigers (voor degenen wier belangen zij behartigen) zullen collectiviteitskortingen kunnen bedingen. Die belangenbehartigers zullen daarbij wel rechtspersoon moeten zijn.

De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie op het voorstel van de vakbonden om de collectieve contracten voor te leggen aan ondernemingsraden en personeelsvertegenwoordiging. Tevens vragen deze leden wat ik ga doen om te zorgen dat ook uitkeringsgerechtigden straks gebruik kunnen maken van een collectief contract.

Ik kan mij goed voorstellen dat collectieve contracten voor zorgverzekeringen onderwerp van bespreking vormen met ondernemingsraden en personeelsvertegenwoordiging. Met betrekking tot het afsluiten van collectieve contracten voor uitkeringsgerechtigden kan ik u meedelen dat dit een van de onderwerpen is, die ik onder de aandacht heb gebracht van de vereniging van directeuren van sociale diensten, Divosa. Collectieve contracten kunnen voor gemeenten van betekenis zijn, zowel vanuit het oogpunt van het beperken van het aantal onverzekerden, als vanuit het oogpunt van het doorgeven van voordelen aan verzekerde uitkeringsgerechtigden. Van een aantal grote gemeenten is mij bekend dat zij reeds in gesprek zijn met zorgverzekeraars om de mogelijkheden dienaangaande te verkennen. Ik ben voornemens om ook met de VNG hierover in gesprek te gaan.

### **Overgangsrecht Ziekenfondswet**

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.

De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd naar de wijzigingen van de taken van het CVZ en het CTZ in 2006 als gevolg van de invoering van de Zvw.

In mijn brief van 27 mei 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 7) over de positionering van zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel ben ik uitgebreid ingegaan op de wijzigingen bij het CVZ en het CTZ. Voor een uitgebreide toelichting moge ik verwijzen naar die brief. Kort samengevat behelzen de wijzigingen het volgende. De Zvw betekent voor het CVZ een beperking van taken. Het CVZ heeft straks drie hoofdtaken: pakketbeheer, financiering en fondsbeheer. Daarnaast behoudt het CVZ enkele specifieke uitvoeringstaken, zoals subsidieverstrekking, de uitvoering van de regeling voor in het buitenland wonende niet-verzekerden en het vervullen van de functie van verbindingsorgaan in verdragsrelaties. De toelatingstaken van het CVZ verschuiven naar De Nederlandsche Bank (DNB) (toelating van zorgverzekeraars) respectievelijk het ministerie van VWS (toelating van zorginstellingen). Het CTZ houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw: komen zorgverzekeraars hun verplichtingen (zoals acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht) na en voldoen de aangeboden zorgverzekeringopolissen aan de eisen van de Zvw. De uitvoering van het toezicht in de AWBZ verandert niet als gevolg van de Zvw. Het CTZ en het CTG zullen met het wetsvoorstel WMG worden samengevoegd en omgevormd tot de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

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 Zvw. Zij vinden het van groot belang dat deze invoering zorgvuldig zal gebeuren en dat er goede overgangsregelingen worden getroffen. De leden van de SGP-fractie vragen naar de gevolgen van de afwikkeling van de Ziekenfondswet (Zfw) en vragen wanneer te verwachten is dat de procedures hierover zijn afgerond.

Het overgrote deel van de declaraties van verzekerden wordt in het jaar dat de kosten zijn gemaakt of in het daarop volgende jaar gedeclareerd. In de I&A-wet Zvw is bepaald dat declaraties van verzekerden tot 1 april 2008 gedeclareerd kunnen worden; die van aanbieders tot 1 januari 2008. In 2009 kan de verzekeraar de definitieve afrekening opmaken. Op 1 januari 2010 is de Zfw afgewikkeld. De I&A-wet Zvw voorziet erin dat eventuele declaraties die na 2010 binnenkomen rechtstreeks verrekend worden met de algemene middelen. Zorgverzekeraars zullen gestimuleerd worden hun declaraties zoveel mogelijk in 2006 af te wikkelen. Gezien de genoemde termijnen verwacht ik dat er geen declaraties uit bezwaar- en beroepszaken zullen zijn na 2010.

De leden van de SGP-fractie vragen of er ramingen zijn van het bedrag dat per 1 januari 2010 ten goede of ten laste komt van de schatkist bij de beëindiging van de Algemene Kas.

Het vermogen van de Algemene Kas is ultimo 2004 – € 2,1 miljard. Voor 2005 wordt, rekening houdend met het niet in 2006 heffen van de MOOZ 2005, een exploitatiesaldo geraamd van – € 1,4 miljard. Het te verwachten vermogen ultimo 2005 is daarmee – € 3,5 miljard. Naar verwachting zal het vermogen in de jaren 2006 tot en met 2009 slechts beperkt muteren, waarmee het over te dragen vermogen naar huidige inschatting – € 3,5 miljard bedraagt. Dit heeft geen gevolgen voor het EMU-saldo of de EMU-schuld.

#### **Positie verzekerden**

De leden van de CDA-fractie merken op dat in de Memorie van toelichting (MvT) is aangegeven dat over de status van de verzekerde nog doorlopende procedures denkbaar zijn ingevolge de Zfw na 1 januari 2006. De leden vragen in hoeverre de individuele verzekerde op de hoogte wordt gebracht van zijn eigen situatie op het moment van de overgang naar de

Zvw, zodat hij niet naderhand nog geconfronteerd wordt met verplichtingen die nog voortvloeien uit de periode tot 1 januari 2006, dan wel geen rechten meer kan laten gelden die eventueel nog zouden kunnen voortvloeien uit de periode tot 1 januari 2006.

Ik wijs erop dat voor het overgrote deel van de ziekenfondsverzekerden na 1 januari 2006 in het geheel geen uitvoeringsaspecten van de Zfw meer aan de orde zullen zijn; als ingeschreven verzekerde hebben zij de verstrekkingen ontvangen waarop zij aanspraak hadden. Voor een klein aantal verzekerden kan er op dat tijdstip nog sprake zijn van doorlopende procedures (bezwaar of beroep) tegen beslissingen van het ziekenfonds; deze procedures kunnen betrekking hebben op de inschrijving als verzekerde of op de verstrekking van zorg. Omdat de verzekerde steeds degene is die bezwaar of beroep tegen een beslissing van het ziekenfonds heeft ingesteld, is het niet nodig de verzekerden individueel te informeren over het bestaan van deze eventuele procedures.

In verband met de overgang naar de Zvw is het in ieders belang lopende procedures af te wikkelen, zodat komt vast te staan of er terecht aanspraak kan worden gemaakt op inschrijving als verzekerde of levering van zorg.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat zij wat betreft de status van eventuele onverzekerden nog een aantal vragen hebben. Deze leden maken zich hierover grote zorgen. Er zijn – zo stellen zij – 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 – zo vragen zij – met bepaalde groepen, zoals dak- en thuislozen, met allochtonen, die niet of nauwelijks de taal machtig zijn. Verder vragen de leden van de CDA-fractie welke mogelijkheden ik zie om te waarborgen dat de groep onverzekerden tot nul wordt gereduceerd. De leden van de CDA-fractie vragen wie verantwoordelijk is voor de onverzekerden en wie aanspreekbaar is op het aantal onverzekerden en op de groepen onverzekerden.

Zoals de leden van de CDA-fractie aangeven zullen mensen via de informatievoorziening en via hun huidige zorgverzekeraar geattendeerd worden op hun verzekeringsplicht. Goede voorlichting moet het mogelijk maken dat burgers de verantwoordelijkheid die zij hebben voor het afsluiten van een zorgverzekering op zich kunnen nemen.

Allereerst zal de in bijgevoegde Nota van wijziging geregelde automatische overgang voor «niet-reageerders», ook wel «negatieve optie» genoemd (waarvan een uitgebreide beschrijving is opgenomen in het onderdeel «De overgang naar het nieuwe stelsel») bij invoering van de Zvw bevorderen dat slechts een klein gedeelte van de thans verzekerde burgers straks geen zorgverzekering heeft. Immers, indien men niet op het aanbod van de verzekeraar reageert, dan is men automatisch verzekerd conform dat aanbod.

Voorts heeft naar verwachting het vervallen van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering een neerwaarts effect op het aantal onverzekerden. Bij het wisselen van ziekenfonds naar particuliere ziektekostenverzekering en terug raakten vooral jongeren met een tijdelijk baantje nogal eens onverzekerd. Ook mensen die nu onverzekerd zijn omdat zij onder het huidige stelsel worden geweigerd voor een maatschappijverzekering en ook niet voldoen aan de voorwaarden voor de standaardpakketverzekering op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998), behoeven straks niet meer onverzekerd te zijn. Er zal echter altijd een groep onverzekerden resteren;

een deel daarvan behoort tot de kwetsbaren in de samenleving. Voor deze groep is van groot belang dat de Zvw de mogelijkheid kent dat iemand anders voor een verzekeringsplichtige een zorgverzekering sluit. Dat is met name van belang voor mensen die niet goed in staat zijn zelf een zorgverzekering af te sluiten. Gerichte voorlichting aan patiënten- en consumentenorganisaties, sociale diensten van gemeenten, GGZ Nederland en VNG moet hier behulpzaam zijn. Mijn departement heeft veelvuldig overleg met deze organisaties en ondersteunt hen waar mogelijk met communicatiemiddelen en kennis. Daarnaast zullen burgers er ook via de voorlichtingscampagne die begin juli start nadrukkelijk op gewezen worden dat zij onder de Zvw een verzekeringsplicht hebben.

De leden van de CDA-fractie vragen welke mogelijkheden ik zie om te waarborgen dat de groep onverzekerden tot nul wordt gereduceerd. Absolute waarborgen dat er geen onverzekerden zullen zijn, kan ik niet geven. De Zvw legt aan AWBZ-verzekerden een verplichting op een zorgverzekering te sluiten.

Verantwoordelijk voor het afsluiten van een zorgverzekering zijn de verzekeringsplichtigen. Voor kinderen en onder curatele, bewind of mentorship gestelde meerderjarigen zijn dat de wettelijke vertegenwoordigers. Een zorgverzekeraar moet onverzekerde verzekeringsplichtigen bij een verzoek tot het sluiten van een zorgverzekering accepteren. Als het te laat afsluiten van een zorgverzekering niet verwijtbaar is, bijvoorbeeld omdat de verzekeringsplichtige daartoe geestelijk niet in staat is, wordt er geen boete wegens te laat verzekeren opgelegd.

De leden van de CDA-fractie stellen voorts dat er een groep onverzekerden kan ontstaan wanneer de zorgverzekeraar in verband met achterstand van hun premiebetaling de overeenkomst opzegt. De leden van de CDA-fractie vragen of ik kan aangeven hoe dit kan worden voorkomen. Zij vragen of een zorgverzekeraar ook een acceptatieplicht van een gegadigde heeft die zich bij hem aanmeldt wanneer deze een betalingsachterstand heeft bij een andere zorgverzekeraar of dat hij om deze reden deze persoon als verzekerde mag weigeren.

Om wanbetaling te voorkomen kunnen zorgverzekeraars een verzekerde vragen toestemming te geven voor automatische incasso. Die vraag leggen verzekeraars hun verzekerden ook thans bij de betaling van de nominale premie ziekenfondsverzekering en de premies voor particuliere ziektekostenverzekeringen voor. Verder kunnen zorgverzekeraars verzekerden vragen er in toe te stemmen de zorgtoeslag waar zij eventueel recht op hebben rechtstreeks door de Belastingdienst/Toeslagen (BD/T) aan de zorgverzekeraar te laten overmaken.

Bij wanbetaling kunnen zorgverzekeraars de gebruikelijke maatregelen nemen, zoals aanmanen en vervolgens een incasso/deurwaarderstraject. Bij hardnekkig weigeren de premie te betalen kan een zorgverzekeraar de dekking van de verzekering opschorten. Uiteindelijk kan een zorgverzekeraar een wanbetaler royeren. Daardoor vervalt tevens het recht op zorgtoeslag.

Een andere zorgverzekeraar die er kennis van draagt dat een verzekeringsplichtige geroyeerd is, moet deze accepteren als hij een zorgverzekering wil sluiten; hij mag een verzekeringsplichtige niet weigeren. Bij afsluiten van de zorgverzekering kan die zorgverzekeraar naast de hiervoor vermelde maatregelen die hij neemt om de premie tijdig te ontvangen (automatische incasso en een rechtstreekse betaling van de eventuele zorgtoeslag), ook nadere betalingsafspraken maken met de verzekerde.

De vraag die de leden van de CDA-fractie stellen over het stilzwijgend verzekerd zijn van verzekeringsplichtigen die rond januari 2006 nog niet op het aanbod van hun verzekeraar hebben gereageerd, beantwoord ik –

samen met de overige vragen over dit onderwerp – in het onderdeel «De overgang naar het nieuwe stelsel».

De leden van de CDA-fractie hebben aangegeven dat zij eraan hechten dat de groep onverzekerden zo klein en beperkt mogelijk blijft en het liefst wordt teruggebracht tot nul. Deze leden vragen of de verzekerdenstatus van personen wordt bijgehouden en of er is voorzien in een waarschuwings- of signaleringsfunctie bij niet of dubbel verzekerd zijn.

De polisadministratie van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) zal geen informatie bevatten over de vraag wie er wel en wie er niet verzekerd zijn ingevolge de Zvw. Deze polisadministratie zal – ten behoeve van de inning van de inkomensafhankelijke bijdrage – alleen informatie bevatten over de vraag of werknemers en uitkeringsgerechtigden verzekeringsplichtig zijn.

De informatie of iemand verzekerd is zal bij de zorgverzekeraars berusten, en zal door verzekeraars worden aangeleverd aan een centraal verwijsbestand, dat wordt beheerd door het sectoraal aanspreekpunt zorg. Dit centrale verwijsbestand wordt gebruikt in het kader van het elektronische berichtenverkeer voor de uitvoering van de zorgverzekering; het zal bijvoorbeeld een rol spelen bij de informatievoorziening ten behoeve van de risicoverevening en bij de informatielevering aan de BD/T ten behoeve van de zorgtoeslag. Iemand die niet is opgenomen in dit verwijsbestand (en dus niet als verzekerde bekend is) zal ook geen zorgtoeslag ontvangen. Het centrale verwijsbestand zal antwoord kunnen geven op de vraag of een bepaalde (verzekeringsplichtige) persoon een zorgverzekering heeft gesloten, en zal het ook mogelijk maken om situaties van dubbele verzekering te signaleren. Personen, die wel verzekeringsplichtig zijn, maar die zich niet verzekeren, zullen niet in dit bestand terug te vinden zijn. Het is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de verzekeringsplichtige zelf, of hij een verzekering zal afsluiten.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik kan 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. Verder vragen deze leden of in het geval van een uitkering in het kader van de Wet Werk en Bijstand, de gemeente ook tijdig kan worden geïnformeerd. 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.

Ik ga ervan uit de leden van de CDA-fractie deze vraag stellen met het oog op de overgang naar het nieuwe stelsel met ingang van 1 januari 2006. Tegelijk met deze nota naar aanleiding van het verslag ontvangt u een Nota van wijziging op de I&A-wet Zvw die regelt dat personen die vóór 16 december 2005 van hun huidige verzekeraar een aanbod voor een zorgverzekering hebben ontvangen en daar vóór 1 januari 2006 in het geheel niet op hebben gereageerd, een zorgverzekeringsovereenkomst volgens dat aanbod en bij de in het aanbod genoemde verzekeraar krijgen, als zouden zij het aanbod hebben aanvaard. Wil iemand geen gebruik maken van het aanbod dan kan hij de verzekeraar dat vóór 1 januari 2006 laten weten. Verder regelt het met Nota van wijziging voorgestelde artikel dat mensen die niet reageren nog tot 1 maart 2006 de tijd hebben de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht op te zeggen. Mensen die hiervoor kiezen hebben tot 1 mei 2006 de tijd een zorgverzekeringsovereenkomst naar keuze te sluiten bij een (andere) zorgverzekeraar. Als zij de zorgverzekering vóór 1 mei 2006 afsluiten, krijgen zij geen boete opgelegd.



Voor een uitgebreide toelichting op het bedoelde artikel verwijs ik u naar de Nota van wijziging. Meer in het algemeen verwijs ik ook naar de antwoorden in het onderdeel «De overgang naar het nieuwe stelsel».

Wat betreft het afsluiten van een zorgverzekering door verzekeringsplichtigen met een uitkering in het kader van de Wet Werk en Bijstand, deel ik u mee dat ik over de voorlichting in gesprek ben met Divosa. Zoals ik tijdens de plenaire behandeling van de Zvw in de Eerste Kamer op 7 juni jl. heb gemeld is er in dit kader ook overleg met onder andere Cedris, GGZ Nederland en Nibud Ik ben voornemens ook met de VNG in overleg te treden.

De leden van de CDA-fractie vragen welke actie de gemeente kan nemen tegen bijstandsgerechtigden die zich niet op tijd verzekeren, dat wil zeggen langer dan vier maanden onverzekerd rondlopen.

Zij geven aan dat ik bij de behandeling van de Zvw heb aangegeven dat voor boetes voor het niet-verzekerd zijn, aanspraak gemaakt kan worden 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, zo vragen zij.

Zoals ik in mijn in kopie aan uw Kamer gezonden brief aan de Eerste Kamer van 13 juni 2005 over de voorlichting Zvw/Wzt heb meegedeeld, overleg ik onder andere met sociale diensten van gemeenten over voorlichting aan cliënten. Gerichte voorlichting van gemeenten aan hun cliënten moet bijstandsgerechtigden bewust maken van de overgang op 1 januari 2006 van ziekenfondsverzekering naar zorgverzekering. Overigens staat het gemeenten vrij ten behoeve van hun cliënten – net als werkgevers en andere organisaties – met een zorgverzekeraar een collectief contract sluiten en hun cliënten de mogelijkheid geven zich daarbij aan te sluiten. Het financiële voordeel van een collectief contract kan oplopen tot 10% van de premie voor eenzelfde variant gesloten door een individueel verzekerde.

Wat betreft uw vraag over binding van een deel van de uitkeringen wil ik graag opmerken dat kunnen sociale diensten van gemeenten cliënten toestemming kunnen vragen de premie in te houden op de uitkering en deze rechtstreeks af te dragen aan de zorgverzekeraar.

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 onverzekerde links- of rechtsom wordt teruggedragen 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.

Nu de Eerste Kamer de Zvw heeft aanvaard gaat binnenkort de voorlichtingscampagne over de Zvw van start. Bedoeling van die voorlichtingscampagne is dat verzekeringsplichtigen zich bewust worden van de noodzaak een zorgverzekering te sluiten. Verder overleg ik met belangenorganisaties (Patiënten- en consumentenorganisaties, sociale diensten van gemeenten) en ondersteun ik hen waar mogelijk met communicatiemiddelen en kennis. Daarnaast spelen zorgverzekeraars vanzelfsprekend een belangrijke rol. Verder wordt met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zowel op bestuurlijk als op operationeel niveau samengewerkt om campagne- en voorlichtingsactiviteiten af te stemmen, dit

onverlet latend de eigen verantwoordelijkheid van individuele zorgverzekeraars op dit punt. Ik heb u dit gemeld in mijn brief van 13 juni 2005 betreffende voorlichting Zvw/Wzt. Bedoeling van deze acties is dat iedere verzekeringsplichtige een zorgverzekering afsluit of dat een verantwoordelijke dat voor hem of haar doet. De verantwoordelijkheid voor het sluiten van een zorgverzekering ligt dan ook in eerste instantie bij de verzekeringsplichtige zelf of bij degene die de verantwoordelijkheid heeft voor een verzekeringsplichtige. Doordat in bijgevoegde Nota van wijziging wordt geregeld dat verzekeringsplichtigen die niet op het aanbod van hun huidige verzekeraar reageren, automatisch toch voor dat aanbod verzekerd zullen zijn (echter met ontbindingsmogelijkheid), zal het aantal onverzekerden door de invoering van de Zvw naar verwachting niet toenemen. Mocht iemand toch niet verzekerd zijn dan zal hij als hij medische zorg nodig heeft, die zorg zelf moeten betalen. Alleen als een onverzekerde of zijn wettelijk vertegenwoordiger de kosten echt niet kan betalen en die ook niet via loonbeslag of beslag op een uitkering te verhalen zijn, worden die kosten teruggelegd bij de overheid en de samenleving.

De leden van de CDA-fractie vragen mij helderheid te verschaffen over de volgende vragen:

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

Een zorgverzekeraar mag een verzekerde royeren indien deze fraudeert of de premie niet betaalt. De termijn waarop dat gebeurt, wordt door de zorgverzekeraar zelf bepaald. Bij fraude mag dat onmiddellijk na de constatering ervan zijn. Bij wanbetaling geldt als ondergrens hetgeen in artikel 7.17.1.10 van het Burgerlijk Wetboek (BW) wordt geregeld. De verzekeraar moet op grond van dat artikel, nadat hij heeft geconstateerd dat de premie niet op de premievervaldag binnen is, eerst de verzekerde aanmanen om alsnog binnen veertien dagen te betalen, met vermelding van wat hij zal doen (beëindiging van de verzekering dan wel schorsing van de verzekering of van de dekking) indien dat niet gebeurt. Pas als na die veertien dagen nog niet is betaald en in de aanmaning is aangekondigd dat beëindiging van de zorgverzekering het gevolg van niet betalen zal zijn, mag de verzekeraar dus royeren. Anders dan de leden van de CDA-fractie overigens aan lijken te nemen, zou een premieachterstand van één maand voor een verzekeraar al reden kunnen zijn de hierboven beschreven procedure in te zetten.

Iemand die geroyeerd is, heeft inderdaad onmiddellijk toegang tot een andere zorgverzekeraar. Dat is het gevolg van de in artikel 3 Zvw geregelde acceptatieplicht. En een verzekeraar mag inderdaad aanvullende voorwaarden stellen die erop zijn gericht de premie tijdig binnen te krijgen, zoals premiebetaling vooraf.

Het gegeven dat iemand op grond van het niet betalen van de premie geroyeerd is, is een persoonsgegeven in de zin van de Wbp. Indien een zorgverzekeraar het gegeven dat hij verzekeringsplichtige x wegens wanbetaling heeft geroyeerd op een door alle zorgverzekeraars raadpleegbare «zwarte» lijst zet, dan wel dit desgevraagd aan een zorgverzekeraar meedeelt, is derhalve sprake van het verwerken van een persoonsgegeven. Dit is slechts toegestaan, indien deze verwerking voldoet aan hetgeen op grond van de artikelen 6 tot en met 9 Wbp is geregeld. In casu

kan betwijfeld worden of het doorgeven van het gegeven, dat een bepaalde verzekeringsplichtige wegens wanbetaling is geroyeerd, op grond van de Wbp is toegestaan. Daarbij moet worden bedacht dat het belang van doorgifte voor de ontvangende verzekeraar kleiner is geworden dan op dit moment in de particuliere ziektekostenverzekeringswereld het geval is: de ontvangende verzekeraar kan de verzekerde immers geen zorgverzekering meer weigeren. Het is echter het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) dat hierover een uitspraak kan doen.

De leden van de PvdA-fractie geven aan zich zorgen te maken over het ontstaan van nieuwe onverzekerden door het stelsel. Zij vragen mij 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
- Mensen die een verzekering niet kunnen of willen betalen in verband met de hoogte van de premie ten opzichte van het inkomen.

Zij vragen mij ook een inschatting over de ontwikkeling van deze groepen als gevolg van de invoering van de Zvw en wat ik een onaanvaardbaar aantal onverzekerden vind.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) doet onderzoek naar aantallen verzekerden. Die aantallen afgezet tegen de totale bevolking levert het aantal onverzekerden op. De conclusie van het CBS is niet gebaseerd op het optellen van groepen mensen die melden dat zij onverzekerd zijn. Een inschatting van het huidige aantal onverzekerden onderverdeeld naar categorie is daarom niet mogelijk. Vanzelfsprekend ben ik mij zeer bewust van het belang dat in het nieuwe stelsel het aantal onverzekerden zo beperkt mogelijk blijft. Een concrete streefwaarde wil ik daarbij, ook gegeven de statistische onzekerheden, niet geven.

Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie wat de rechtspositie is van kinderen van mensen die onverzekerd zijn.

De Zvw bepaalt dat iedere verzekerde ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekeringsplichtig is. Dat betekent dat ook minderjarige kinderen verzekeringsplichtig zijn. Van hen kan echter niet worden verwacht dat zij zichzelf verzekeren of ervoor zorgen dat hun wettelijke vertegenwoordigers dat doen. Daarom legt Zvw deze wettelijke vertegenwoordigers de plicht op, ervoor te zorgen dat degene die zij vertegenwoordigen verzekerd is. Ik verwacht niet dat mensen zullen nalaten hun kinderen te verzekeren aangezien voor verzekerden onder de achttien jaar geen nominale premie verschuldigd is.

De vraag van de leden van de SP-fractie over het non-selecte aanbod heb ik hieronder beantwoord in het onderdeel «De overgang naar het nieuwe stelsel».

#### *Reserves*

De CDA fractie merkt op dat, als een ziekenfonds tien jaar lang geopereerd heeft als een maatschappij zonder winstoogmerk, het de publieke reserves na die tien jaar mag houden. Het gaat hierbij om een bedrag van tenminste € 1,7 miljard, die daarmee van publiek geld privaat geld kunnen worden. Zal de regering nog aanvullende voorwaarden stellen, zo vraagt de fractie van het CDA zich af en zijn er bijvoorbeeld mogelijkheden om binnen een groot concern jarenlang formeel zonder winstoogmerk te

functioneren en dan na tien jaar gewoon twee poten te integreren? Is dat wat de regering beoogt?

Een ziekenfonds dat vanaf 1 januari 2006 de Zvw uitvoert als zorgverzekeraar (met een van rechtswege verkregen vergunning van DNB mag zijn wettelijke reserves meenemen. Op deze wijze kunnen de ziekenfondsen voldoen aan de eisen die DNB stelt aan de minimum omvang van de solvabiliteitsmarge. Aan het meenemen en behouden van de wettelijke reserve is de voorwaarde verbonden dat de zorgverzekeraar (voormalig ziekenfonds of zijn rechtsoptvolger) gedurende een periode van tien jaar zonder winsttoegmerk de Zvw uitvoert. Hierop ziet de NZa toe. Het meegenomen vermogen zal in de loop van de tijd deel gaan uitmaken van het totale vermogen dat de zorgverzekeraar voor de uitvoering van zijn ziektekostenverzekeringsbedrijf aanhoudt. Het kabinet heeft geen voorneemens om ten aanzien van deze middelen nog andere voorwaarden te stellen. Het baseert zich daarbij mede op de verwachting dat de zorgverzekeraars deze middelen in de toekomst nodig blijven houden om aan de eisen ten aanzien van de minimaal vereiste solvabiliteit te kunnen blijven voldoen. Deze verwachting wordt nog versterkt door de mededeling van de Europese Commissie in haar beschikking over de staatssteunaspecten van de voorgenomen overheveling van reserves dat de (voormalige) ziekenfondsen deze middelen nodig hebben om te voldoen aan de solvabiliteitseisen. Dat is ook precies wat de regering met de overheveling van de reserves beoogt.

De leden van de CDA-fractie merken op dat het goed mogelijk is om weliswaar geen winstuitkeringen te doen maar hoge kosten en exorbitante salarissen door te berekenen. Zij vragen hoe hier toezicht op gehouden zal worden? Ook hadden zij verwacht dat in reactie op de motie-Omtzigt over een gelijk speelveld (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 53) hierop zou worden ingegaan.

Ik heb tijdens de plenaire behandeling van de Zvw op 7 juni jongstleden in de Eerste Kamer toegezegd dat ik zal bevorderen dat zorgverzekeraars hun salarissen in het kader van de maatschappelijke verantwoording openbaar gaan maken. Zo nodig zal ik dit verplicht opleggen in een ministeriële regeling bij het uitvoeringsverslag. Overigens staat het een zorgverzekeraar vrij om door hem gemaakte kosten, waaronder salarissen, door te berekenen in de premie. Naar de mate waarin hij dat doet, zal hij zijn concurrentiepositie beïnvloeden.

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel geld een verzekeraar terug moet betalen als hij zich na vijf jaar omvormt tot een commerciële verzekeraar en of rente is verschuldigd over het gebruikte publieke vermogen?

Indien een verzekeraar niet langer voldoet aan de voorwaarde voor het mogen behouden van de wettelijke reserves Zfv dan heeft het CVZ een direct opeisbare vordering op die zorgverzekeraar ten belope van het op 1 januari 2006 meegenomen bedrag aan wettelijke reserves. Er zal geen rente over verschuldigd zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts 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 collectieve schuld. Het EMU-saldo zal niet verslechteren door het meenemen van reserves door ziekenfondsen. Inkomensaldi van de verzekeraars tellen onder de Zvw niet mee bij de bepaling van het EMU-saldo.

Ook de voor de EMU relevante overheidsschuld wijzigt niet door de overgang van de reserves. De overheidsschuld is namelijk gedefinieerd als

bruto-schuld. Dit betreft het totaal aan schulden van de staat en de overige overheden. Met (positieve) vermogens, waaronder de reserves van de ziekenfondsen, wordt derhalve geen rekening gehouden bij het bepalen van de overheidsschuld.

De leden van de CDA-fractie merken op dat aan het eind van het jaar nog in geen geval een jaarrekening 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 dan, zo vragen deze leden zich af, kan, met nacalculatie en een steeds groter aantal dbc's DNB op enig tijdstip vaststellen of een zorgverzekeraar voldoet aan de reservevereisten?

Ik ben het met deze leden eens dat eind van dit jaar geen afrekening van de uitvoering van de Zfw kan worden opgesteld. Daarom is in artikel 2.1.2. bepaald dat de afwikkeling van de Zfw blijft berusten bij het betreffende ziekenfonds. Dat neemt niet weg dat het ziekenfonds een jaarrekening over 2005 kan opmaken. Dit kan door met inachtneming van de regels van Boek 2 van het BW een voorziening te treffen voor de afwikkeling van de verplichtingen (waaronder de geopende dbc's), die het bij de uitvoering van de Zfw is aangegaan. Conform het BW geeft de accountant een verklaring omtrent de getrouwheid van de jaarrekening af. Het CTZ betreft de verklaring van de accountant in het toezicht over het jaar 2005. DNB zal op basis van de beschikbare informatie beoordelen of een zorgverzekeraar voldoet aan de reservevereisten. Onzekerheden zijn, zeker in het verzekeringsbedrijf, niet ongebruikelijk. De toezichthouder zal beoordelen of de inschatting van deze onzekerheden juist is geschied.

De leden van de CDA-fractie hebben enige vragen gesteld over de consequenties voor de verzekerden, indien een zorgverzekeraar op enig moment niet langer beschikt over een vergunning om standaard- of aanvullende verzekeringen aan te bieden. Deze leden vragen of aanvullend verzekerden in een dergelijk geval het recht hebben ergens anders een aanvullende verzekering te sluiten, ook als zij oud en ziek zijn. Daarnaast vragen zij hoe grote aantallen verzekerden snel kunnen overstappen naar een andere verzekering, indien hun zorgverzekeraar niet langer beschikt over een vergunning voor het aanbieden van een standaardverzekering, en wie verantwoordelijk is voor een tijdige informatievoorziening.

Allereerst zij opgemerkt dat indien een verzekeraar in dezelfde rechtspersoon zowel zorgverzekeringen als aanvullende ziektekostenverzekeringen aanbiedt, de vergunning krachtens de Wtv 1993 betrekking heeft op de uitoefening het gehele schadeverzekeringsbedrijf door die rechtspersoon in de branches Ongevallen en/of Ziekte. De omstandigheid dat er in het kader van de vergunning voor het aanbieden van zorgverzekeringen een lagere solvabiliteitsmarge is vereist, dan voor het aanbieden van aanvullende ziektekostenverzekeringen, doet daaraan niet af. De voor de gehele rechtspersoon geldende solvabiliteitsmarge wordt kortweg gezegd vastgesteld op basis van de samenstelling van de portefeuille en het daaraan verbonden schaderisico.

Anders dan in de vraagstelling verondersteld lijkt te worden, is er derhalve geen sprake van een aparte vergunning voor het aanbieden van zorgverzekeringen en het aanbieden van aanvullende ziektekostenverzekeringen indien beide verzekeringen door dezelfde rechtspersoon worden aangeboden. De situaties waarop in de vraagstelling wordt gedoeld kan zich – buiten het geval waarin de zorgverzekering en de aanvullende verzekering elk door een andere rechtspersoon worden aangeboden – alleen voordoen, indien DNB in het kader van de uitoefening van het

toezicht aan de rechtspersoon die beide soorten verzekeringen aanbiedt, bijvoorbeeld een aanwijzing zou geven tot beëindiging van de activiteiten met betrekking tot aanvullende verzekeringen. De rechtspersoon moet die activiteiten dan staken. Indien die rechtspersoon de aanwijzing niet opvolgt zou dit in het uiterste geval kunnen betekenen dat de vergunning wordt ingetrokken (waarna geen zorgverzekeringen meer mogen worden aangeboden).

Na deze inleidende opmerkingen kan op de gestelde vragen het volgende worden geantwoord.

Anders dan tot de zorgverzekering wordt de toegang tot een aanvullende verzekering niet gegarandeerd door de Zvw. Indien een verzekeraar op enig moment niet langer beschikt over een vergunning om aanvullende verzekeringen aan te bieden, hebben verzekerden er geen aanspraak op om de aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar voort te kunnen zetten. Overigens is dit thans, voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Zvw, niet anders.

Voorts zij opgemerkt dat verzekeraars die hun vergunning verliezen in de praktijk waarschijnlijk hun rechten en verplichtingen uit de verzekering, met inachtneming van hoofdstuk V van de Wtv 1993, voordien aan een andere verzekeraar overdragen. In dat geval eindigt de verzekering niet, maar loopt zij bij de andere verzekeraar verder.

Indien de zorgverzekeraar niet langer beschikt over een vergunning voor het aanbieden van zorgverzekeringen, eindigt de zorgverzekering op grond van artikel 6, eerste lid, Zvw van rechtswege. De zorgverzekeraar moet ingevolge artikel 6, derde lid, Zvw de verzekeringnemer twee maanden tevoren persoonlijk op de hoogte stellen van het aanstaande einde van de zorgverzekering. Het niet nakomen van deze verplichting, maakt de zorgverzekeraar of een eventuele rechtsopvolger schadelijkt. In de MvT bij artikel 6 Zvw (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, blz. 95) wordt hieromtrent nog opgemerkt dat indien de zorgverzekering is geëindigd zonder dat de verzekeringnemer daarvan tijdig op de hoogte is gesteld, en de verzekerde daarna zorg nodig heeft gehad, de kosten daarvan op de zorgverzekeraar of diens rechtsopvolger kunnen worden verhaald. Slechts bij faillissement is dat niet mogelijk, maar gelet op de uit de Wtv 1993 voortvloeiende solvabiliteitseisen en het toezicht daarop, zal dat nauwelijks voorkomen. In gevallen waarin dat toch mocht voorkomen, voldoet het CVZ op grond van artikel 31 Zvw de vorderingen van de verzekerden jegens de verzekeraar ter zake van een recht op vergoeding. Bij zorgpolissen met gecontracteerde zorg (naturapolissen of restitutiepolissen met achterliggende zorgcontracten) heeft de verzekerde de zorg al ontvangen. Overigens geldt ook hier wat in de vorige alinea werd opgemerkt over portefeuilleoverdracht.

De leden van de CDA-fractie zijn verder van mening dat het redelijk lijkt als DNB verzekerden op de hoogte houdt van het feit dat hun verzekeraar zich in een (financieel) risicogebied bevindt. Het bevreemdt de leden van de CDA-fractie dan ook, dat niet vermeld wordt 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?

Het financiële toezicht van DNB heeft als functie om de consument een gerechtvaardigd vertrouwen te geven in de soliditeit van verzekeraars, zodat de consument niet eerst zelf intensief de financiële positie van een verzekeraar hoeft te beoordelen alvorens er een polis af te sluiten. Om dat toezicht op een goede manier te kunnen uitvoeren en de stabiliteit van het financiële stelsel te kunnen borgen, is DNB gebonden aan een

geheimhoudingsplicht. De toezichthouder kan derhalve geen informatie verstrekken over de financiële positie van individuele verzekeraars.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af 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 Zvw? De leden vragen zich af wat de waarde van die reserves kan zijn ultimo 2015? Hoe ik deze inschatting maak en waar ik de periode van tien jaar op baseer. Waarom niet 3, 7, 15 of 50 jaren? Tot slot vragen de leden zich af of deze reserves gezien kunnen worden als een opeisbare vordering van de staat bij de ziekenfondsen binnen 10 jaar na inwerkingtreding van de Zvw.

Ultimo 2004 bedroegen de wettelijke reserves € 1,3 miljard. Ultimo 2005 zal dit wellicht nog iets hoger uitkomen. Deze reserves zullen vanaf 2006 onderdeel uitmaken van het risicodragend vermogen van de zorgverzekeraar. De periode van tien jaar is een redelijke termijn waarin de onderneming in goede en in slechte tijden volledig ondernemingsrisico heeft gelopen en in continuïteit met een marktconforme premiestelling een zorgverzekering aan zijn zorgverzekerden zal hebben geboden. Ik ga er inderdaad vanuit dat de wettelijke reserves onder de Zfw gezien kunnen worden als direct opeisbare vorderingen bij het beëindigen van de Zfw.

De leden van de PvdA-fractie vragen 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: kunt u berekenen wat het totaal van het aan te houden kapitaal is met de huidige vereiste ongeveer 5,6% van de schade, en bij het nieuwe regime, met 8% van de schade? Hoeveel zullen de kapitaallasten als gevolg van het nieuwe stelsel naar verwachting toenemen op basis van deze nieuwe reservevereisten voor het geheel van de ziekenfondsverzekerden?

Mijn verwachting is dat ultimo 2005 alle zorgverzekeraars aan de solvabiliteitseisen kunnen voldoen. Dat betekent dat, op basis van cijfers over ultimo 2004, verzekeraars in de loop van 2005 nog een bedrag van ruim € 50 miljoen additioneel aan reserves zullen opbouwen. In de praktijk verwacht ik derhalve geen effect op de premiestelling voortvloeiend uit de nieuwe reservevereisten.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder welke meevallers in de schadeontwikkeling en premiegroei te verwachten zijn. De leden vragen of het klopt dat deze middelen, die nu zullen worden gereserveerd, voor andere doeleinden dan reservevorming aangewend zouden kunnen worden indien de Zvw 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?

Als een verzekeraar voldoet aan de minimale solvabiliteit zou hij in theorie premiemiddelen kunnen gebruiken voor premieverlaging of voor het inkopen van extra zorg. In de huidige praktijk van de Zfw blijken ziekenfondsen behoefte te hebben aan een aanzienlijk hogere solvabiliteitsmarge dan de minimaal vereiste en wordt ook vanuit het financiële toezicht de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge als een absolute ondergrens beschouwd. Bij een bedrijfsmatig gezonde zorgverzekeraar, die flexibiliteit moet houden om op nieuwe ontwikkelingen, meevallers en tegenvallers te reageren, behoort de beschikking van voldoende buffers. Dit geldt zowel voor de huidige ziekenfondsen die al langere tijd naar een bedrijfsmatige omgeving met ondernemingsrisico groeien als voor de nieuwe zorgverzekeraars. Uiteindelijk borgen de wettelijke eisen uit de Zvw en de concurrentie tussen zorgverzekeraars dat premiegelden efficiënt worden ingezet.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af hoe de solvabiliteitseisen voor de huidige ziektekostenverzekeraars en de solvabiliteitseisen in de Zvw zich tot elkaar verhouden. Zij vragen te 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 kapitaallasten als gevolg van het nieuwe stelsel naar verwachting afnemen voor deze verzekerden?

De hoogte van de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge bedraagt een percentage van de gemiddelde schade inclusief toevoegingen aan de schadevoorziening over de afgelopen drie jaren. Uitgaande van een gemiddelde schadelast van € 26 miljard betekent de solvabiliteitseis een vermogen van € 6,2 miljard bij 24% en van € 2,1 miljard bij 8%. De solvabiliteitsmarge zal overigens met de invoering van de Zvw niet afnemen. De 8%-norm is een minimaal vereiste solvabiliteit waaraan alle zorgverzekeraars vanaf de invoering van de Zvw moeten voldoen. De verwachting is dat het vermogen van de particuliere en de ziekenfonds-onderneming binnen concerns of samenwerkingsverbanden voldoende is om per 1 januari 2006 aan deze minimaal vereiste solvabiliteit te voldoen. Van een afname van kapitaal – en daarmee van kapitaallasten – zal echter geen sprake zijn. Overigens betekent een lagere solvabiliteitseis over het algemeen niet dat hieruit onmiddellijk gevolgen voor de verzekerden voortvloeien. Een verzekeraar is immers gebaat bij een hogere dan de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge en ook de toezichthouder beoordeelt het precies voldoen aan de solvabiliteitseis als de absolute ondergrens. Wel kunnen in geval van een aanwezige solvabiliteitsmarge die hoger is dan de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge de toevoegingen aan de solvabiliteitsmarge vanwege schadelaststijging opgevangen worden in het vermogen in plaats van door middel van verhoging van de premie.

De leden van de PvdA-fractie hebben de indruk dat voor de extra solvabiliteitsvereisten voor ziekenfondsen geldt dat de kost voor de baat uit gaat. 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. De leden interpreteren dit als een extra voordeel voor deze, op winst gerichte verzekeraars. De leden vragen zich af of ik het logisch vindt deze kosten en herverdeling als een gegeven te accepteren, of dat ik inzichtelijk kan maken hoe de kost tegen de baat opweegt en of ik de maatschappelijke lasten en baten op deze manier eerlijk verdeeld vind.

De reserves waarover zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel beschikken dienen als dekking van de risico's en dragen bij aan het gelijke speelveld voor alle zorgverzekeraars, particulier en voormalig ziekenfonds. Uiteindelijk komt dit via premiestelling, goede dienstverlening en gezondheidszorg ten goede aan de verzekerden in de zorg.

De leden van de SGP-fractie geven aan dat de doelstelling om de ziekenfondsen onder voorwaarden hun huidige reserves te laten behouden hun steun kan krijgen. Wel vragen zij zich af 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, zo vragen zij.

Het is juist dat ik verwacht dat de omvang van de reserves licht zal stijgen. Ik baseer deze verwachting op ontwikkelingen bij diverse individuele



verzekeraars en de gezondheidszorg als geheel. Vanzelfsprekend is dit nu nog met enige onzekerheden omkleed.

De leden van de SGP-fractie merken op dat bestaande reserves door de ziekenfondsen alleen kunnen worden ingebracht wanneer ervoor wordt gekozen zorgverzekeringen zonder winsttoegemerk uit te voeren. Sommige ziekenfondsen zitten nu reeds in één concern met een particuliere verzekeraar. Wat betekent deze eis voor dergelijke concerns, zo vragen deze leden. 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 ten minste 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, zo stellen zij, omdat de regering zegt te verwachten dat de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars verder zullen integreren.

Voor ziekenfondsen die de wettelijke reserves meenemen voor de uitvoering van de Zvw brengt dit met zich dat, willen zij aan de voorwaarde die de wet terzake stelt kunnen blijven voldoen, dat zij een afzonderlijke rechtspersoon handhaven voor de uitvoering van de Zvw. Die rechtspersoon kan overigens wel deel uitmaken van een groter concern of samenwerkingsverband. Er behoeven dan geen extra eisen te worden gesteld aan gescheiden beheer of aan de andere, van het concern of de samenwerking deel uitmakende verzekeraars.

### **Europeesrechtelijke aspecten**

De leden van de CDA-fractie geven aan dat zij kennis hebben 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 tien jaar over te hevelen. Wel vragen deze leden zich af waarop de regering de mening baseert dat er geen Europeesrechtelijke belemmeringen zijn voor onder andere de solvabiliteitseisen bij de invoering.

De solvabiliteitseisen die op grond van de Wtv 1993 voor de zorgverzekeraars gelden, zijn in het kader van de notificatie van de steunmaatregelen genoemd en Europeesrechtelijk onderbouwd. De Europese Commissie heeft in deze onderbouwing geen aanleiding gezien aan de steunmaatregelen haar goedkeuring te onthouden. De veronderstelling is daarom gerechtvaardigd dat de Europese Commissie ook de solvabiliteitseisen verenigbaar acht met het gemeenschapsrecht.

### **Gelijk speelveld voor maatschappelijke ondernemingen**

De leden van de CDA-fractie vragen welke toezichthoudende 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? En in welke mate wordt de markt dan verstoord? Welke instrumenten heb ik of zal ik hebben om zelf in te grijpen, zo vragen zij.

Zoals ik hierboven al heb aangegeven, staat een lagere solvabiliteitseis niet gelijk aan vrij inzetbare «oversolvabiliteit». Ook betekent iedere korting op de premie bij de miljoenen verzekerden al snel ook miljoenen euro's die in mindering komen op het resultaat van de verzekeraars. De «oversolvabiliteit» is geen gratis geld, doch geld dat door uitoefening van het verzekeringsbedrijf geleidelijk is verdiend. Bovendien moeten bij de beoordeling van relatieve solvabiliteitsposities rekening worden

gehouden met concernverbanden: als gevolg van fusies in de markt bestaat er geen volstrekt onafhankelijke particuliere ziektekostenverzekeraar van enige omvang die tot een dergelijke handelwijze zou kunnen overgaan. Voor een marktverstoring als gevolg van premie-dumping door particuliere ziektekostenverzekeraars vrees ik dan ook niet. En als dat onverhoopt toch het geval is dan kan de Nma, en na inwerking-treding van de WMG, de NZa daar tegen optreden. Het sectorspecifieke markttoezicht komt op grond van het wetsvoorstel WMG te berusten bij de NZa. Zij beschikt daarvoor over een instrumentarium dat zich uitstrekt van het geven van aanwijzingen tot het opleggen van bestuurlijke boeten en dwangsommen. De NZa zal straks zelf beslissen op basis van welke signalen op welk deel van dit instrumentarium in een concrete casus zal worden ingezet.

Verder vragen deze leden naar aanleiding van de tabel op pagina 5 van de Mvt hoe groot de netto schadelast, premie en vereveningsbijdrage is voor de groep 65+ers en de groep 65-ers? Met andere woorden of het bij het vereveningsstelsel de facto even aantrekkelijk is ouderen als jongeren te verzekeren?

Het vereveningssysteem werkt zodanig dat een verzekeraar op iedere premiebetalende verzekerde een gelijk bedrag aan zorgkosten tekort komt (de nominale rekenpremie). Door de risicoverevening wordt dus in beginsel iedere verzekerde (ieder risico) voor een verzekeraar even aantrekkelijk.

De leden van de fractie van de PvdA vragen zich af of ik vind dat het nakomen van dezelfde verplichtingen echt leidt tot een gelijk speelveld, als er verschillen zijn in de middelen waarmee die nagekomen moeten worden? Voorts vragen zij of ik van mening ben 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?

Het niet mogen inzetten van vrijvallende middelen voor een hogere kwaliteit van de zorg zou in tegenspraak zijn met de doelstellingen van de Zvw. Zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren zijn, ongeacht hun achtergrond (particulier of ziekenfonds) allemaal gehouden aan dezelfde wettelijke verplichtingen. Dat biedt naar mijn mening voldoende waarborgen voor niet alleen een goede uitvoering van de Zvw maar ook een basis voor het bij elkaar brengen van uitgangspunten die nu nog verschillend liggen in beide deelmarkten maar in de uitvoering van de Zvw leiden tot een gelijk speelveld.

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 Zvw 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 Zvw?

Voor de uitvoering van de zorgverzekering is een vergunning van DNB vereist. Nieuwe (zorg)verzekeraars moeten die aanvragen bij DNB. DNB volgt dan de procedure die gemiddeld, afhankelijk van de kwaliteit van de ingebrachte stukken 3 tot 6 maanden in beslag neemt. De verzekeraar krijgt dan een vergunning voor de uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf in de branches ongevallen en ziekte. Met een dergelijke vergunning mag de verzekeraar zowel zorgverzekeringen als aanvullende particuliere ziektekostenverzekeringen aanbieden. Er is dus geen onderscheid bij de vergunningverlening door DNB voor de uitvoering door

zorgverzekeraars van de Zvw of de aanvullende verzekering. Verzekeraars die de Zvw willen uitvoeren moeten zich echter wel, wanneer zij de vergunning van DNB hebben verkregen, aanmelden als zorgverzekeraar bij het CTZ (straks de NZa) en hun modelovereenkomsten voorleggen. Immers, alleen goedgekeurde modelovereenkomsten kunnen worden aangemerkt als zorgverzekeringen, en alleen zorgverzekeringen vallen onder de reikwijdte van het risicovereveningssysteem. De eisen die nu al gelden voor ziekenfondsen gelden straks ook voor de zorgverzekeraars. Verschillen zitten onder meer in de hoogte van de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge en de toets op de AO/IC door DNB. Daarenboven heeft het toezicht van DNB een prudentieel karakter; de nadruk ligt daarbij op het blijvend kunnen voldoen aan de verplichtingen aan de verzekerden.

De leden van de fractie van de VVD geven aan dat de regering in de MvT opmerkt dat de Zvw zo is opgezet dat alle typen zorgverzekeraars bij de inwerkingtreding van de Zvw een gelijk speelveld betreden. 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, zo vragen deze leden zich af en heeft deze maatregel geen gevolgen voor het gelijke speelveld?

Ziekfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars kunnen, naar mijn mening, op gelijke voet de Zvw uitvoeren en dus ook met elkaar concurreren om de gunst van de verzekerden; het feit dat een deel van de zorgverzekeraars opereert vanuit een rechtsvorm die het hen mogelijk maakt winst aan derden uit te keren en een ander deel dat opereert vanuit een rechtsvorm die hen niet toestaat winst aan derden uit te keren doet daar niets aan af. Ook in de huidige particuliere ziektekostenverzekering bestaat de markt voor 2/3 uit op winst gerichte ondernemingen en voor 1/3 uit niet op winst gerichte ondernemingen. Dat heeft de concurrentie tussen deze verzekeraars nimmer in de weg gestaan.

Ziekfondsen, zo menen de leden van de VVD-fractie, hebben veelal een ijzersterke regionale positie in tegenstelling tot de particuliere verzekeraars. Zij vragen mij een schets geven van het krachtenveld en wat daarin gaat veranderen.

Zoals de leden van de VVD-fractie opmerken maken de meeste ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars deel uit van concerns of samenwerkingsverbanden waarbinnen beide categorieën van (zorg-)verzekeraars verenigd zijn. Nu is dat, vanwege de Zfw, nog in gescheiden rechtspersonen. Naar verwachting zal de invoering van de Zvw in veel gevallen een samenvoeging in één rechtspersoon van het voormalig ziekenfonds en de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraar met zich brengen. Ook uit contacten met zorgverzekeraars blijkt dat zich die ontwikkeling zeker gaat voordoen. Dat betekent dat niet alleen formeel het onderscheid ziekenfonds/particulier verdwijnt maar ook in de organisatie van de markt. Dat maakt het voor de burger alleen maar duidelijker. Daarmee ontstaat ook een situatie waarin de sterke regionale positie, die overigens vooral gebaseerd is op relaties en nog maar weinig op de inhoud van contracten, zowel aan de voormalig ziekenfondsen als aan de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraar ten goede komt.

De leden van de SP-fractie vragen waarop het vertrouwen is gebaseerd dat geen «premiedumping» gaat plaatsvinden als bij voormalige particuliere verzekeraars € 2,5 miljard vrijvalt en hoe voorkomen kan worden dat premiedumping plaatsvindt.

Zoals ik in mijn brief van 23 mei jl. (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 6) heb uiteengezet, is er een aantal redenen waarom «premiedumping» in de praktijk naar verwachting nauwelijks zal voorkomen. In de eerste plaats is een daling van de reserves van een zorgverzekeraar voor DNB vaak al een signaal om alert te zijn en de verzekeraar in kwestie te wijzen op de insolventierisico's voor de langere termijn. In de tweede plaats wijs ik graag op het feit dat veel particuliere verzekeraars in een concern met andere verzekeraars en/of banken zijn gelieerd aan ziekenfondsen. DNB houdt op concerns groepstoezicht om te waarborgen dat de soliditeit van deze concerns gewaarborgd is. Dit betekent dat de financieel sterke onderdelen van concerns (in dit geval de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars) verplicht zijn om de financiële minder sterke onderdelen van het betreffende concern (bijvoorbeeld de voormalige ziekenfondsen) te ondersteunen. Dit beperkt de ruimte voor premiedumping door voormalige particuliere verzekeraars. Verder ziet de Nederlandse Mededingingsautoriteit (en na inwerkingtreding van de WMG, de NZa) er op toe dat zorgverzekeraars geen misbruik maken van een eventuele economische machtspositie.

Ik wil er overigens met nadruk op wijzen dat de aanwezige reserves bij voormalige ziekenfondsen en voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars slechts één van de relevante aspecten is bij de beoordeling van de startpositie zorgverzekeraars bij inwerkingtreding van de Zvw. Andere aspecten betreffen onder andere de omvang van het aantal verzekerden, landelijke versus regionale markt oriëntatie, wel of geen ervaring met zorginkoop, verschil in distributiekanaal en specialisatie in collectieve contracten. Zoals ik ook al in de hiervoor genoemde brief heb uiteengezet ben ik alles overziend van mening dat de Zvw zo is opgezet dat alle typen zorgverzekeraars bij de inwerkingtreding van deze wet een nagenoeg gelijk speelveld betreden.

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, zo stellen de leden van de fractie van de SGP. Het lijkt er echter op dat er geen werkelijke vergelijking is gemaakt met de hoogte van reserves van de particuliere verzekeraars. Is de soliditeit van deze verzekeraars ook gewaarborgd per 1 januari 2006? Waaruit blijkt dat zij wel voldoen aan de minimale solvabiliteits-eisen, zo vragen zij. 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?

De huidige particuliere ziektekostenverzekeraars zijn op grond van de Wtv 1993 gehouden tenminste een solvabiliteitsmarge aan te houden van 24% van de gemiddelde schade over de afgelopen drie jaren. Voor de Zvw is, vanwege de risicoverevening, de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge vastgesteld op 8%. Particuliere verzekeraars voldoen allemaal aan deze eis. Net als bij de ziekenfondsen waar sprake is van een aantal ziekenfondsen dat een solvabiliteitsmarge heeft dat ruim boven het wettelijk vereiste minimum ligt, zijn er ook particuliere ziektekostenverzekeraars die een hogere solvabiliteitsmarge aanhouden dan het wettelijk vereiste minimumniveau. De particuliere ziektekostenverzekeraars vallen onder het prudentieel toezicht van de DNB en dat blijft zo na de invoering van de Zvw. Ook particuliere ziektekostenverzekeraars worden dus getoetst op hun solvabiliteit. Een vergelijking van de solvabiliteitsmarges per

ziekenfonds/particuliere ziektekostenverzekeraar stuit op het bezwaar dat de solvabiliteitsmarge over het algemeen wordt aangehouden over het gehele verzekeringsbedrijf en een toedeling naar de verschillende vormen van verzekering binnen een branche veelal niet mogelijk is. De solvabiliteitsmarge van de particuliere ziektekostenverzekeraars betreft dan ook de solvabiliteit voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die vaak ook deel uitmaken van hetzelfde bedrijf.

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

De leden van de VVD-fractie merken op dat per 1 januari 2006 iedere zorgverzekeraar moet 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 vermogensseis gesteld door DNB. Mogelijk kan een aantal ziekenfondsen niet voldoen aan de solvabiliteitseisen (zie onder meer pag. 5 algemene deel MvT). De leden van deze fractie geven aan dat een aantal brancheorganisaties zich zorgen maakt 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 zij, 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. Deze leden vragen welke problemen verzekerden kunnen ondervinden.

Zoals al is aangegeven in het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over het tijdpad voor een nieuwe speler op de zorgverzekeringsmarkt, is er geen onderscheid bij de vergunningverlening door DNB voor de uitvoering door zorgverzekeraars van de Zvw of de aanvullende verzekering. Er is aan de in de vraag bedoelde ziekenfondsen die per 1 januari 2006 een vergunning van rechtswege ontvangen weliswaar de beperking opgelegd om uitsluitend zorgverzekeringen te sluiten, doch daarvan merkt de burger niets. Immers: de huidige ziekenfondsen bieden alle naast de ziekenfondsverzekering in een afzonderlijke rechtspersoon nu al aanvullende verzekeringen aan. In die situatie treedt per 1 januari 2006 geen verandering op. Alle zorgverzekeraars kunnen op 1 januari 2006 zowel de zorgverzekering als de aanvullende verzekering uitvoeren en zullen in hun aanbod aan hun verzekerden ook voor beide vormen van verzekering een aanbod doen.

De leden van de fractie van de VVD vragen mij of ik een overzicht kan geven van de eisen waar de reeds actieve verzekeraars aan moeten voldoen en de eisen waar een buitenlandse verzekeraar aan moet voldoen en in hoeverre de verschillen in eisen het gelijke speelveld op de verzekeringsmarkt beïnvloeden. Immers, zo stellen zij, 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. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen mij op welk moment wordt bepaald of verzekeraars aan de solvabiliteitseisen voldoen en wanneer en door wie de verzekerden hierover worden geïnformeerd.

De vergunningverlening gaat altijd vooraf aan de uitoefening van het verzekeringsbedrijf. Immers de Wtv 1993 verbiedt verzekeraars verzekeringen af te sluiten zonder dat DNB een vergunning voor het afsluiten van verzekeringen in de branches waarin de verzekeraar actief wil zijn, heeft afgegeven. De eisen die DNB stelt aan nieuwe toetreders verschillen niet

van de eisen die deze toezichthouder stelt aan partijen die reeds op de markt zijn. De invoering van de Zvw brengt met zich dat ziekenfondsen die de Zvw willen uitvoeren een vergunning van DNB nodig hebben. De eisen die DNB stelt aan deze ziekenfondsen verschillen niet van die aan een nieuwe toetreders, anders dan dat DNB bij de vergunningverlening rekening houdt met het feit dat de ziekenfondsen al verzekerd hebben. Dat heeft tot gevolg dat niet het vereiste garantiefonds, maar de hogere vereiste solvabiliteitsmarge doorslaggevend is voor de vergunningverlening.

Met de vergunning van rechtswege voor de ziekenfondsen die op 31 december 2005 de Zfw uitvoeren wordt de mogelijkheid gecreëerd dat zij al wel per 1 januari 2006 beschikken over de wettelijk vereiste vergunning en dus niet handelen in strijd met de Wtv 1993. De zorgverzekeraars – voorheen ziekenfondsen – moeten wel in de eerste maand van 2006 aan DNB alle gegevens overleggen die nodig zijn voor het verkrijgen van de vergunning en DNB beslist daar zelf over.

DNB zal voor de toets op voldoende solvabiliteit rekening moeten houden met het feit dat de zorgverzekeraar al een verzekerdportefeuille heeft en dat niet kan worden volstaan met de eisen ten aanzien van een garantiefonds maar dat de hogere vereiste solvabiliteitsmarge bepalend is. De solvabiliteit moet worden vastgesteld op basis van de schaden van de verzekerd in de portefeuille van die zorgverzekeraar. Omdat zowel de ziekenfondsen als de particuliere verzekeraars en eventueel nieuwe buitenlandse toetreders alle beschikken over een vergunning is er in principe sprake van een voor alle verzekeraars gelijk speelveld. Immers, vanaf 1 januari 2006 moeten alle verzekeraars voldoen aan de vereisten ten aanzien van dezelfde minimale solvabiliteit.

Of een verzekeraar wel of niet voldoet aan de eisen ten aanzien van de solvabiliteit is vooral een zaak tussen DNB en de verzekeraar. Een verzekerde mag ervan uitgaan dat dit toezicht waarborgt dat zijn belangen ook op langere termijn verzekerd zijn. Een verzekeraar behoeft zijn verzekerd dan ook niet te informeren over zijn solvabiliteitspositie maar moet daarvan wel blijken geven in zijn jaarverslaglegging die openbaar is.

De leden van de SP-fractie vragen wanneer over het wel of niet gerechtigd zijn tot het uitvoeren van de Zvw een besluit wordt genomen? Kan het gebeuren dat een verzekeraar na het doen van een aanbod aan de verzekerd toch geen toestemming krijgt omdat hij niet voldoet aan de solvabiliteitseisen? Wat gebeurt er dan met de verzekerd?

Een verzekeraar die de Zvw wil uitvoeren moet een vergunning hebben van DNB voor de branches ongevallen en ziekte. De particuliere ziektekostenverzekeraars hebben al een dergelijke vergunning. Voor de ziekenfondsen voorziet het wetsvoorstel in een vergunning van rechtswege. Dat betekent dat alle verzekeraars die de Zvw willen uitvoeren, op 1 januari 2006 gerechtigd zijn tot het uitvoeren van de Zvw. De verwachting is dat alle verzekeraars aan de solvabiliteitseisen zullen kunnen voldoen. Pas in 2006 stelt DNB formeel vast of elke zorgverzekeraar voldoet aan de vereisten ten aanzien van de minimaal vereiste solvabiliteit. Indien een verzekeraar daar niet aan zou voldoen zou DNB in overleg met de verzekeraar kunnen komen tot een saneringsplan dat zich richt op het binnen afzienbare tijd wel voldoen aan de solvabiliteitsvereisten. DNB kan in 2006 niet de vergunning van een ziekenfonds intrekken als dat ziekenfonds niet zou voldoen aan de solvabiliteitsvereisten. Voor de verzekerd doet zich dus in 2006 geen enkel risico voor. Pas daarna kan DNB, indien mocht blijken dat een verzekeraar ook op langere termijn niet aan de solvabiliteitseisen kan voldoen, besluiten tot (gedeeltelijke) portefeuilleoverdracht of in het uiterste geval intrekking van de vergunning. De verzekerd kunnen dan vanwege de acceptatieplicht voor de zorgverzekering terecht bij elke andere verzekeraar van hun keuze. De Zvw

voorziet in betaling aan verzekerden van ten laste van een failliete verzekeraar gemaakte kosten.

De leden van de fractie van de SP vragen zich af of het risico's met zich meebrengt om aan buitenlandse verzekeraars lagere eisen te stellen dan aan Nederlandse ziekenfondsen? Juist buitenlandse verzekeraars die zich slechts op de Nederlandse markt begeven om geld te verdienen, kunnen minder bonafide zijn. Zo nee, waarom niet, zo vragen zij.

Voor binnenlandse en buitenlandse verzekeraars gelden dezelfde eisen ten aanzien van de vergunningverlening op basis van de Europese richtlijnen, zij het dat DNB bij ziekenfondsen rekening houdt met het feit dat zij al verzekerden hebben. Het is dus niet juist te veronderstellen dat buitenlandse verzekeraars met lagere eisen ten aanzien van de solvabiliteit of de technische voorzieningen worden geconfronteerd dan de Nederlandse verzekeraars. Van enig risico van marktverstoring of anderszins kan dus geen sprake zijn.

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

De leden van de PvdA-fractie vragen wat het totaal aantal Wtz-verzekerden in het buitenland is en voor welk deel van de Wtz-verzekerden in het buitenland straks geldt, dat zij verzekerd zullen op grond van de Zvw. Ook vragen de leden van de PvdA-fractie voor welk deel zij aanspraak kunnen maken op vergoeding op grond van een socialezekerheidsverordening ofverdrag, wat de precieze verschillen tussen deze groepen mensen zijn en wat voor deze beide groepen de verschillen tussen de huidige en de toekomstige situatie zijn.

In 2003 waren 618 in het buitenland wonende Wtz-verzekerden geregistreerd. Niet bekend is welk deel van deze verzekerden werknemer is, gepensioneerde of gezinslid. Bij de inwerkingtreding van de Zvw zullen werkenden rechtstreeks verzekeringplichtig worden voor de Zvw. Deze mensen komen als grensarbeider onder de werking van de EU-socialezekerheidsverordening. Zij betalen premie volgens de Nederlands premieregels. Zij hebben ten laste van de Nederlandse verzekering in hun woonland recht op zorg volgens het woonlandpakket en in Nederland recht op zorg volgens het Nederlandse pakket.

Buiten de EU-socialezekerheidsverordening om kunnen de betrokkenen in het buitenland rechtstreeks een beroep doen op hun Zvw-polis. Dat wil zeggen dat bij een restitutiepolis de kosten kunnen worden gedeclareerd tot aan het Nederlandse tarief. Bij een naturapolis kunnen de kosten voor zorg die wordt ingeroepen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener eveneens worden gedeclareerd maar daarbij kan de verzekeraar een korting toepassen op het uit te keren bedrag. Gepensioneerden en gezinsleden hebben op grond van de EU-socialezekerheidsverordening in hun woonland recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland. Zij betalen daarvoor een bijdrage die is gebaseerd op de Nederlandse premieregels.

### **Studenten**

De vragen die in dit onderdeel van het verslag staan, zijn alle beantwoord in het onderdeel «Koopkrachtontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel».

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

Het kabinet stelt voor om vanaf 2006 geen bijdrage meer te heffen in het kader van de Wet MOOZ. Hierdoor vervalt een bedrag van € 600 miljoen aan inkomsten voor de Algemene Kas. Tot 2006 wordt deze bijdrage jaarlijks door particulier verzekerden betaald. De leden van de PvdA-fractie hebben een aantal andere suggesties om deze inkomsten in 2006 toch veilig te stellen en vragen het kabinet deze te verkennen.

Tijdens de afgelopen voorjaarsbesluitvorming heeft het kabinet gekeken naar het totale koopkrachtbeeld van verschillende groepen inclusief de gevolgen van het zorgstelsel en het vervallen van de MOOZ-bijdrage. Op basis hiervan is het kabinet tot een aanvaardbaar koopkrachtbeeld voor 2006 gekomen. Het alsnog heffen van de MOOZ-bijdrage volgend jaar zal dit beeld verstoren. Daarnaast geldt in het algemeen dat opties om (éénmalig) de MOOZ nog te verhalen niet of zeer lastig uitvoerbaar zijn en bovendien aanzienlijke uitvoeringskosten met zich meebrengen.

De eerste optie die de leden van de PvdA-fractie graag verkend zien, omvat het doorberekenen van de MOOZ aan alle verzekerden met een gezinsinkomen boven € 33 000 via de inkomsten-belasting. Als derde optie noemen deze leden de mogelijkheid om het maximum-inkomen waarover de inkomensafhankelijke premie wordt geheven te verhogen. Gelet op het totale koopkrachtbeeld acht het kabinet het niet redelijk om deze groepen te confronteren met extra koopkrachtverlies in de vorm van extra belasting voor de MOOZ. Dit standpunt ligt in het verlengde van de lijn die het kabinet volgt bij de afwikkeling van het negatieve saldo van de Algemene Kas. Ook dit wordt niet verhaald op de ziekenfondsverzekerden. Het kabinet kiest er dus voor de verzekerden in het nieuwe stelsel niet te belasten met de financiële erfenis van de afwikkeling van het oude stelsel. Over de derde optie kan overigens nog worden opgemerkt dat deze er toe zou leiden dat de werkgevers de MOOZ-bijdrage opbrengen. Immers, de werkgevers betalen de inkomensafhankelijke premie van hun werknemers. Dit is ongewenst.

Als tweede optie noemen de leden van de PvdA-fractie nog de mogelijkheid om de verzekeringsmaatschappijen een naheffing op te laten leggen aan iedereen die in 2005 particulier verzekerd is. Dit is volgens het kabinet uitvoeringstechnisch gecompliceerd en leidt tot onaanvaardbare toename van de administratieve lasten voor verzekeringsmaatschappijen. Voor verzekerden die slechts een gedeelte van het jaar particulier verzekerd waren dienen de verzekeringsmaatschappijen apart te berekenen hoe hoog de heffing moet zijn. Daarnaast moeten de verzekeringsmaatschappijen hun verzekerdenbestand scheiden in een gedeelte dat wel de heffing moet betalen, en een gedeelte dat dit niet hoeft te doen. Bij de overgang naar het nieuwe stelsel zullen verzekerden van verzekeringsmaatschappij veranderen. De gegevens van deze verzekerden zouden onderling tussen de verzekeringsmaatschappijen beschikbaar moeten worden gesteld en uitgewisseld. Dit is een tijdrovend en kwetsbaar proces. Bovendien doorkruist ook deze optie de lijn van het kabinet om verzekerden in het nieuwe stelsel niet te belasten met de financiële erfenis van de afwikkeling van het oude stelsel.

Om vergelijkbare redenen heeft het kabinet bijvoorbeeld ook afgezien van het uitvoeren van een éénmalige heffing door de Belastingdienst. Overigens heeft het vervallen van de MOOZ-bijdrage alleen betrekking op 2005 en worden geen lasten naar de toekomst geschoven.

De leden van de PvdA-fractie vragen ten slotte of de inkomenseffecten van de beslissing om in 2006 geen MOOZ-bijdrage te heffen al 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.

Bij het bepalen van de koopkrachteffecten wordt er rekening mee gehouden dat particulier verzekerden in 2005 een MOOZ-bijdrage dienen te betalen en in 2006 niet meer. Het opleggen van een naheffing in 2006 zou er toe leiden dat voormalig particulier verzekerde personen van tussen de 18 en 65 jaar in 2006 circa € 125 meer aan ziektekostenpremie



moeten betalen, voormalig particulier verzekerde 65-plussers circa € 100 en voormalig particulier verzekerde kinderen circa € 62,50.

### **Overgangsrecht Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten**

De leden van de CDA-fractie vragen welke overgangsregeling geldt 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. Mensen die nu al gebruik maken van zorg die ten laste van de AWBZ wordt gebracht houden recht op vergoeding van de kosten daarvan, zolang die zorg wordt verleend. Eventuele wijzigingen in het aansprakenpakket van de AWBZ hebben geen invloed op dat recht. In het geval de betrokkene gebruik moet maken van vervolgzorg, heeft men eveneens recht op vergoeding, in overeenstemming met het AWBZ-aansprakenpakket zoals dat op 31 december 2005 geldt. De overgangsregeling geldt niet voor mensen die op de dag voorafgaande aan die waarop de overgangsregeling ingaat, nog geen gebruik maken van zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts of er voor mensen, die nu gebruik maken van deze verzekering een verzekering beschikbaar is, die hen toelaat.

Onderscheid moet worden gemaakt tussen personen die wonen in een EU-lidstaat of een land waarmee Nederland een socialezekerheidsverdrag heeft, en personen die wonen in een ander land. Door de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag hebben mensen die onder de Nederlandse socialezekerheidswetgeving vallen of die recht hebben op een Nederlands pensioen of uitkering, in hun woonland recht op zorg volgens het pakket van dat woonland ten laste van Nederland. Het is niet mogelijk dat iemand die volgens de EU-socialezekerheidsverordening of een verdrag recht heeft op zorg, door een verzekeringsinstelling van zijn woonplaats van dat recht wordt uitgesloten. Mensen die nu vrijwillig AWBZ-verzekerd zijn en die in een zogeheten niet-verdragsland wonen, zijn afhankelijk van de verzekeringsmogelijkheden die dat land biedt. Voor zover zij al gebruik maken van zorg, geldt ook voor hen de overgangsregeling.

Ook vragen de leden van de CDA-fractie hoe deze mensen en mensen, die zich in de toekomst in het buitenland vestigen, zullen worden gewezen op de gevolgen voor de AWBZ verzekering.

Voor het overgangstraject na de inwerkingtreding van de Zvw zullen het CVZ en de Sociale Verzekeringsbank, bij wie deze personen bekend zijn, individueel gerichte informatie verschaffen.

In de toekomst zullen betrokkenen informatie krijgen van hun zorgverzekeraar wanneer zij daaraan melden dat zij in het buitenland gaan wonen. Dat is niet anders dan nu het geval is wanneer mensen zich in een ander land vestigen.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts op welke wijze wordt geregeld dat de premiebetaling voor de (vrijwillige) AWBZ verzekering voor Nederlanders die in het buitenland wonen, wordt gestopt.

Artikel 3.1.1, onderdeel N, van het wetsvoorstel voorziet in de beëindiging van de vrijwillige verzekering AWBZ. Daarmee eindigt de bevoegdheid van de SVB premie te heffen en te innen.

Meer in het algemeen vragen deze leden op welke wijze Nederlanders die in het buitenland wonen op de hoogte gesteld worden van de veranderingen ingevolge de Zvw (en straks de 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 en zo ja, hoe krijgt deze vorm, zo vragen zij.

In het invoeringstraject wordt individueel gerichte voorlichting aan de betrokkenen gegeven. Het CVZ coördineert de publieksvoorlichting voor in het buitenland wonenden. Zij worden onder meer door middel van individuele mailings en nieuwsbrieven op de hoogte gesteld van de veranderingen in het stelsel, waaronder de veranderingen met betrekking tot de AWBZ-verzekering. Daarnaast worden bijvoorbeeld ook ambassades, consulaten en andere plaatselijk werkende organisaties betrokken bij de voorlichting.

In de toekomst wordt voorlichting gegeven door de zorgverzekeraar wanneer de mensen daarbij melden dat zij zich in het buitenland gaan vestigen.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts op grond van welk criterium het CVZ bepaalt, dat belanghebbende voor de toepassing van de overgangsregeling voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij op vervolgzorg als bedoeld in de overgangsregeling vrijwillige AWBZ aangevoelen is.

Zou de zorgvrager in Nederland wonen, dan zou een regionaal indicatieorgaan over de noodzaak van de vervolgzorg oordelen. Een dergelijk orgaan is er niet in het buitenland. Het gaat me te ver om op voorhand de eis te stellen dat betrokkenen naar Nederland komen om hun indicatie te doen vaststellen. Vooralsnog lijkt het me voldoende dat betrokkenen gemotiveerd de zorgbehoefte bij het CVZ aantonen.

De leden van de PvdA-fractie zien dat door een wijziging die slechts indirect met de Zvw 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. Deze leden vragen wat voor ziekenfondsverzekerden (verplicht AWBZ) en particulier verzekerden met een vrijwillige AWBZ de verschillen tussen de huidige en de toekomstige situatie zijn ten aanzien van premielast en vergoedingen.

Particulier verzekerden betalen nu particuliere premie en AWBZ-premie. Zij hebben recht op restitutie van zorgkosten op grond van hun particuliere polis en restitutie van AWBZ-kosten.

Ziektenfondsverzekerden betalen nu ziekenfondspremie (inkomensafhankelijk en nominaal) en AWBZ-premie. Zij hebben recht op het woonlandpakket en eventueel restitutie van AWBZ-kosten voor zover niet gedekt door het woonlandpakket.

Na de invoering van de Zvw betaalt iedereen een door het CVZ vast te stellen bijdrage die is gebaseerd op de Zvw (een inkomensafhankelijke bijdrage en een nominale bijdrage, vergelijkbaar met de premie voor een zorgverzekering) en AWBZ-premie en heeft iedereen recht op het woonlandpakket. Voor ziekenfondsverzekerden die nu in het buitenland wonen is derhalve het verschil tussen de huidige en de toekomstige situatie ten aanzien van de premielast niet anders dan voor andere ziekenfondsverzekerden. Voor de huidige particulier verzekerden die in het buitenland wonen en die onder de Zvw verdragsaanspraken hebben, zit het verschil erin dat ze nu een nominale premie voor de door hen gesloten particuliere ziektekostenverzekering betalen maar dat onder de Zvw in de bijdrage aan het CVZ ook een inkomensafhankelijk deel zit. In hoeverre dat voor betrokkenen tot hogere lasten leidt, is sterk afhankelijk van hoogte van de premie en de inhoud van de verzekering die ze nu hebben lopen en van de hoogte van hun inkomen. Het verschilt derhalve per persoon.

Wat betreft de vergoeding van AWBZ-kosten, geldt zowel voor de huidige ziekenfondsverzekerden als voor de huidige particulier verzekerden, dat wanneer men bij de inwerkingtreding van de Zvw al aanspraak kan maken op de restitutieregeling voor AWBZ-kosten, men deze aanspraak behoudt, ook wanneer de zorgindicatie wijzigt.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre verzekerden die in het buitenland wonen, straks nog aanspraak kunnen maken op zorg in Nederland en omgekeerd, in hoeverre verzekerden die nu in Nederland wonen, straks aanspraak kunnen maken op zorg in het buitenland.

Evenals dat thans het geval is hebben Nederlanders recht op zorg in een EU-lidstaat of een verdragsland wanneer zij daar tijdelijk verblijven, bijvoorbeeld tijdens een vakantie. Wanneer het gaat om een bezoek aan het buitenland speciaal met het oogmerk om daar zorg te ontvangen, is voor intramurale zorg toestemming vereist van de Nederlandse zorgverzekeraar indien betrokkene een naturopolis heeft. Eveneens net als dat nu het geval is, hebben mensen die in het buitenland wonen, in de toekomst recht op zorg in Nederland wanneer zij hier tijdelijk verblijven. Wanneer het gaat om een bezoek aan Nederland speciaal met het oogmerk om hier zorg te ontvangen, dan is voor intramurale zorg toestemming vereist van het verzekeringsorgaan van het woonland.

Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie of Nederlanders in grensregio's ervoor kunnen opteren een Nederlandse zorgverzekering af te sluiten en alleen zorg in Nederland af te nemen en of dit mogelijkheden biedt voor besparingen op administratieve lasten.

Wat de Nederlanders in de grensregio's betreft, moet een onderscheid worden gemaakt in Zvw-verzekeringsplichtigen enerzijds en verdragsgerechtigden anderzijds. De eerste categorie bestaat uit grensarbeiders en werknemers die in Nederland werken maar in een ander land wonen. De tweede categorie bestaat uit gezinsleden van genoemde grensarbeiders en werknemers. De verdragsgerechtigden zijn geen verzekerden, zij hebben uitsluitend recht op zorg ten laste van Nederland. Op al deze personen is de EU-socialezekerheidsverordening van toepassing. Deze verordening werkt rechtstreeks door in de Nederlandse rechtsorde en gaat boven de Zvw. Het beperken van de mogelijkheid voor Nederlanders in grensregio's om uitsluitend zorg in Nederland in te roepen, is in strijd met deze verordening. Die strijdigheid bestaat daarin dat grensarbeiders op grond van de verordening recht hebben op het inroepen van zorg in zowel hun woon- als werkland en dat hun gezinsleden op grond van de verordening uitsluitend recht hebben op zorg in hun woonland. De vraag naar mogelijkheden voor besparingen op administratieve lasten blijft, gelet op deze strijdigheid, buiten beschouwing.

Ook vragen de leden van de PvdA-fractie naar de gevolgen voor chronisch zieken die in verband met hun ziekte naar het buitenland verhuizen of daar al 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, zo vragen zij. Verder vragen zij wat de gevolgen zijn 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. Specifiek wordt gevraagd voor Duitsland, België en Spanje aan te geven wat de gevolgen zullen zijn.

Voor chronisch zieken en ouderen gelden dezelfde aanspraken als voor iedereen: bij wonen in het buitenland heeft men recht op zorg volgens het pakket van het woonland. Dit is een in het kader van de EU-socialezekerheidsverordening en de verdragen toegepaste uitwerking van het beginsel van gelijke behandeling: verdragsrechthebbenden die in een land wonen

hebben recht op dezelfde zorg als de overige inwoners van dat land, niet meer en niet minder. De nieuwe EU-socialezekerheidsverordening bepaalt immers dat in het buitenland wonende uitkeringsgerechtigden uitsluitend onder de wetgeving van het woonland mogen vallen. Verzekering op grond van de Nederlandse wetgeving is dan niet langer mogelijk.

De leden van de PvdA-fractie verwachten dat vooral voor in België wonende gepensioneerden problemen zullen ontstaan door de noodzaak tot het sluiten van een hospitalisatieverzekering. Zij vragen naar oplossingen voor het probleem dat veel van hen niet toegelaten zullen worden tot een hospitalisatieverzekering.

De Zvw voorziet erin dat de bestaande particuliere verzekeringspolissen van rechtswege vervallen voor zover de Zvw een gelijke dekking biedt. De Zvw staat er dus niet aan in de weg dat bestaande polissen in stand blijven. Overigens heb ik geen signalen ontvangen dat de Belgische verzekeringsorganen voornemens zouden zijn om selectie toe te passen bij de toelating voor de hospitalisatieverzekering, wanneer de aanmelding daarvoor plaatsvindt tegelijk met de inschrijving als verdragsrechthebbende.

De vraag van de leden van de PvdA-fractie naar een overzicht van de inkomenseffecten van het al dan niet overhevelen van de ggz, is opgenomen in het onderdeel «Koopkrachtontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel».

De leden van de SP-fractie vragen of er nog een betere regeling komt voor mensen die te maken krijgen met het intrekken van de vrijwillige AWBZ-verzekering.

De overgangsregeling voorziet erin dat mensen die nu al gebruik maken van zorg die ten laste van de AWBZ wordt gebracht, recht houden op vergoeding van de kosten daarvan, zolang als die zorg wordt verleend. In het geval de betrokkene gebruik moet maken van vervolgzorg heeft men eveneens recht op een vergoeding, in overeenstemming met het AWBZ-aansprakenpakket zoals dat op 31 december 2005 geldt. De regering is van mening dat hiermee een zorgvuldige overgangsregeling is getroffen die tegemoet komt aan het doel om te voorkomen dat betrokkenen in financiële problemen raken als gevolg van de intrekking van de vrijwillige AWBZ-verzekering.

De leden van de SP-fractie geven aan dat, ondanks het feit dat er een folder met informatie is verstuurd, er nog veel onduidelijkheid heerst onder verzekerden woonachtig in het buitenland. Zij vragen hoe de mensen op de hoogte worden gesteld van het feit dat ze zich moeten melden om gebruik te maken van de overgangsregeling.

Ten behoeve van het invoeringstraject zullen het CVZ en de SVB, bij wie deze personen bekend zijn, individueel gerichte informatie verschaffen. Op deze manier zijn deze personen er dus van verzekerd dat deze informatie hen bereikt.

In de toekomst zullen betrokkenen informatie krijgen van hun zorgverzekeraar wanneer zij daaraan melden dat zij in het buitenland gaan wonen. Daarnaast wordt momenteel op verzoek de brochure «Uw ziektekostenverzekering als u in het buitenland woont» verstrekt.

Vanaf de tweede helft van 2005 zal de algemene voorlichtingscampagne rondom de Zvw van start gaan. Het CVZ coördineert de publieksvoorlichting voor in het buitenland wonenden. Zij worden onder meer door middel van individuele mailings en nieuwsbrieven op de hoogte gesteld van de veranderingen in het stelsel, waaronder de veranderingen

met betrekking tot de AWBZ-verzekering. Daarnaast worden bijvoorbeeld ook ambassades, consulaten en andere plaatselijk werkende organisaties betrokken bij de voorlichting. Hiermee wordt, naast algemene voorlichting, bereikt dat mensen op de hoogte worden gesteld van het feit dat ze zich moeten melden om gebruik te maken van de overgangsregeling. Tevens heb ik hiermee de vraag van de leden van de VVD-fractie met betrekking tot de overgangsregeling en de daaraan verbonden termijn beantwoord.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen in hoeverre de overgangsregeling verenigbaar is met de nieuwe EU-socialezekerheidsverordening, die naar alle waarschijnlijkheid halverwege 2006 in werking zal treden. Op basis van deze verordening mag niet worden afgeweken van het woonlandbeginsel.

Terecht merken deze leden op dat volgens de nieuwe EU-socialezekerheidsverordening, waarvan de inwerkingtreding in de loop van 2006 wordt voorzien, niet mag worden afgeweken van het woonlandbeginsel wat betreft de verzekering. Hierboven heb ik dat bij de vraag van de leden van de PvdA-fractie al aangegeven. De overgangsregeling verzekert de mensen niet maar geeft alleen recht op een vergoeding bij wijze van het respecteren van reeds ontstane aanspraken.

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

De leden van de CDA-fractie gaan uit van de overheveling van de ambulante ggz-zorg en de kortdurende ggz-zorg (minder dan één jaar) naar de Zvw. Deze leden vragen mij vervolgens op welke wijze ik uitvoering zal geven aan het onderzoek naar de implicaties van de tijdknip van een jaar bij de overheveling van op genezing gerichte zorg uit de AWBZ.

In antwoord op de vragen van deze leden merk ik op dat ik bij de overheveling van zorg uit de AWBZ, in lijn met de overheveling van de op genezing gerichte extramurale geestelijke gezondheidszorg, niet een tijdknip als uitgangspunt neem, maar de aard van de zorg. Dat betekent dat doorslaggevend is de vraag of de zorg kan worden gerekend tot het domein van de op genezing gerichte zorg. In het licht hiervan heb ik voor de geestelijke gezondheidszorg ook niet besloten tot een knip van een jaar bij de extramurale zorg. Voor het verdere traject van de overheveling van op genezing gerichte zorg verwijs ik naar mijn brief van 13 april 2005 (Kamerstukken II, 2005/05, 29 763, nr. 72). In de nadere toelichting bij deze brief ben ik uitvoerig ingegaan op de verdere aanpak van de overheveling van op genezing gerichte zorg uit de AWBZ. Ik heb daarin verwezen naar het Interdepartementale beleidsonderzoek naar de organisatie van de «romp»-AWBZ. Ik heb daarin voorts aangegeven dat een nieuw kabinet op basis van de uitkomsten van dit onderzoek een beslissing kan nemen over verdere mogelijke overheveling van delen van de «romp»-AWBZ naar de standaardverzekering.

De leden van de CDA-fractie vragen mij nog nader in te gaan op een aantal vragen over de overheveling van de ggz naar de Zvw. Het CVZ constateert, zo geven deze leden aan, dat de functiegerichte omschrijvingen in het kader van de AWBZ en de Zvw niet één op één op elkaar aansluiten. Deze leden vragen hoe ik kan garanderen dat wat niet onder de ene wet valt, wel naadloos past in de andere wet.

Het gaat hierbij vooral om de omschrijving van de aanspraak op ondersteunende en activerende begeleiding. Het CVZ geeft aan dat met enkele kleine aanpassingen een goede afbakening bewerkstelligd kan worden. Deze aanpassingen breng ik aan in het Besluit zorgaanspraken AWBZ waardoor een goede aansluiting is gewaarborgd.

Deze leden gaan voorts in op het voorstel van het CVZ om «het voortgezet verblijf» en de «activerende begeleiding» te herformuleren. In mijn brief van 23 mei 2005 hebben deze leden niets teruggelezen over deze aanbevelingen van het CVZ.

In antwoord hierop merk ik op dat mijn reactie op de aanbevelingen van het CVZ om «het voortgezet verblijf» en de «activerende begeleiding» te herformuleren, staan beschreven in mijn brief van 23 mei 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 6). Beide voorstellen van het CVZ neem ik over.

Naar aanleiding van het advies van het CVZ de ondersteunende begeleiding in het kader van de AWBZ uit te sluiten bij verblijf ten laste van de Zvw, vragen deze leden wanneer hiervan precies sprake is. Ook wijzen deze leden erop dat ZN zich afvraagt 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.

Naar aanleiding van deze vragen merk ik het volgende op. Indien in het kader van de behandeling verblijf noodzakelijk is, gaat het om geneeskundige zorg en is er, wat betreft het eerste jaar, sprake van verblijf ten laste van de Zvw. Het verblijf ten laste van de Zvw is 24 uur per dag en omvat een integraal, multidisciplinair zorgaanbod. Dit betekent dat, voor zover begeleiding nodig is, deze een onderdeel vormt van het zorgprogramma en dus een integraal onderdeel is van het verblijf. Verzekerden hebben dus naast verblijf ten laste van de Zvw (gedurende het eerste jaar) niet tevens recht op ondersteunende begeleiding ten laste van de AWBZ. Het is mogelijk dat alleen ondersteunende begeleiding en verblijf nodig zijn, zonder dat behandeling noodzakelijk is. In dit geval komt dit verblijf vanaf de eerste dag ten laste van de AWBZ. Bij dit verblijf ligt de nadruk op wonen. Indien een dergelijke verzekerde een psychiatrische behandeling nodig heeft, valt deze, net als voor een verzekerde die een somatische behandeling nodig heeft, onder geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Op deze wijze is, door de aard van de voor een verzekerde benodigde zorg in beschouwing te nemen, helder wie verantwoordelijk is: het zorgkantoor of de zorgverzekeraar van betrokkene.

De leden van de CDA-fractie merken vervolgens op dat in het debat over de Zvw de positie van de houders van een persoonsgebonden budget (PGB) al eerder ter sprake is geweest. Zij refereren er aan dat ik heb aangegeven dat PGB-houders goed uit de voeten kunnen met de mogelijkheid tot restitutie. Deze leden vragen mij aan te geven wat de gevolgen zijn van de ggz-overheveling voor PGB-houders. Zoals deze leden aangeven, gaat het hierbij om eenderde deel van de PGB-houders. Zij vroegen ook hoe de individuele PGB-houder geïnformeerd wordt over zijn positie.

Behandeling en activerende begeleiding vallen beide per 1 januari 2007 onder het begrip «geneeskundige zorg» waarvoor geen PGB geldt. Het CVZ constateert dat dit voor ongeveer 5.000 personen gevolgen heeft. Deze personen krijgen in plaats van hun PGB voor activerende begeleiding uit de AWBZ de restitutiemogelijkheid uit de Zvw, waarmee een passende oplossing is gevonden. Aangezien het een subsidieregeling betreft, dient de voorlichting aan de individuele PGB-houders tijdig plaats te vinden, uiterlijk een half jaar voor de verandering. Deze voorlichting vindt plaats in samenwerking met het CVZ.

De leden van de PvdA-fractie wijzen er op dat GGZ Nederland voor eenduidige knip in de ggz, inclusief ondersteunende begeleiding pleit.

GGZ Nederland stelt dat een niet eenduidige knip het risico van afwentelingsgedrag van de verzekeraars vergroot. Het is daarom belangrijk, volgens GGZ Nederland, 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 zou onder justitie vallen en de overige zorg onder de Zvw. Deze leden vragen mij of ik het eens ben met deze interpretatie.

Onder meer in de brief van 13 april 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 72) over gefaseerde invoering overheveling en dbc-ggz heb ik aangegeven dat de geneeskundige zorg per 1 januari 2007 onderdeel wordt van de Zvw. Deze afbakening van de over te hevelen delen sluit aan bij de zorgbreed geldende afbakening tussen de Zvw en AWBZ. Niet-geneeskundige zorg en intramurale zorg na het eerste jaar worden vanuit de AWBZ bekostigd.

Ik heb in overleg met de Minister van Justitie besloten de forensische zorg (zorg die door een strafrechter wordt opgelegd) niet mee over te hevelen naar de Zvw. Het gaat dus niet alleen om de zorg die in detentie wordt geboden, maar om alle zorg die door een strafrechter wordt opgelegd. De afbakening tussen aanspraken ingevolge de AWBZ en de Zvw is, zoals ik in antwoord op vragen van de CDA-fractie heb uiteengezet, goed geregeld. Het risico van afwenteling is er niet. Ik ben het dus ook niet eens met de interpretatie van GGZ Nederland.

De afbakening tussen aanspraken ingevolge de AWBZ en de Zvw is, zoals ik in antwoord op vragen van de CDA-fractie heb uiteengezet, goed geregeld. Ik ben het met ggz Nederland dat afwentelingsgedrag dient te worden voorkomen. Met de gekozen afbakening, de inhoudelijke achtergrond ervan en de bijbehorende regel dat de Zvw voor gaat op de AWBZ acht ik dat het risico van afwenteling geminimaliseerd is.

### **Voorlichtingscampagne**

De leden van de fracties van het CDA, de VVD, de SP en de ChristenUnie hebben een aantal vragen gesteld over de voorlichtingscampagne die binnenkort van start gaat. De leden van de fractie van CDA hebben aangegeven veel gewicht te aan een goede en duidelijke voorlichtingscampagne. Zij vragen om de campagne niet alleen met digitale middelen, maar ook via fysieke loketten en met behulp van callcentra kracht bij te zetten. Daarnaast vragen deze leden of ik met hen van mening ben om folder- en websiteteksten te laten lezen door niet-ingewijden in de materie, om zo maximaal verzekerd te zijn van duidelijke teksten die voor iedereen toegankelijk zijn.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe de voorlichtingscampagne er precies uitziet. Deze leden vragen daarnaast hoe een heldere en vooral eenduidige communicatie, mede gezien het aantal betrokken organisaties, wordt gegarandeerd.

Ook de leden van de SP-fractie vragen hoe en wanneer de uitgebreide overheidsvoorlichting in gang wordt gezet. Zij maken zich er zorgen over dat er onder de bevolking grote onduidelijkheid en onzekerheid heerst over de gevolgen van de Zvw. Zij vragen – met het oog op de belangrijke rol die patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars bij de voorlichting spelen – of het niet de taak van de regering is om burgers voor te lichten. Voorts vragen de leden van de SP-fractie hoe er voor kan worden gezorgd dat de mensen die geen toegang hebben tot internet en dus niet kunnen beschikken over de informatie op «kiesbeter.nl», toch voldoende informatie krijgen.

De leden van de ChristenUnie-fractie ten slotte vragen wanneer met de campagne zal worden begonnen en hoe deze zal worden vormgegeven.

Tijdens het plenair debat over de Zvw en de Wzt van 7 juni jl. heb ik toegezegd de Eerste Kamer schriftelijk te informeren over de voorlichtingscampagne voor de burgers. In verband daarmee heb ik de Eerste Kamer op 13 juni jl. een brief inzake de voorlichting voor de Zvw en Wzt toegezonden. Een afschrift van die brief is eveneens aan uw Kamer gezonden (PTZ 2593043).

Samengevat heb ik in die brief aangegeven dat het belangrijk is om burgers goed en tijdig te informeren over de Zvw en de Wzt. Daarom zal een grootschalige voorlichtingscampagne van de overheid plaatsvinden van 4 juli 2005 tot begin 2006. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de campagne over de nieuwe zorgverzekering van VWS en de campagne over de zorgtoeslag van BD/T. Beide campagnes worden nauw op elkaar afgestemd.

Aan de campagne is een omvangrijk onderzoekstraject gekoppeld, waarbij vanaf december 2004 aan burgers is gevraagd naar kennis, houding en informatiebehoefte. Mede op basis daarvan is de inhoud van de voorlichtingsmiddelen bepaald. Alle middelen zijn vervolgens getest onder de doelgroep. Daarbij lag de nadruk op de informatiebehoefte van de burger en op de begrijpelijkheid van de boodschap. Ook heb ik afspraken met Postbus 51 gemaakt over een forse uitbreiding van de callcentercapaciteit. Er wordt een speciaal team opgeleid voor de afhandeling van publieksvragen tijdens de campagneperiode.

Om een zo breed mogelijk bereik te genereren zullen in de campagne van de overheid verschillende communicatiemiddelen worden ingezet. Er wordt gebruik gemaakt van radio- en tv-spotjes, een speciale campagne-website, een brief aan alle huishoudens met een brochure, advertenties in dagbladen en een advertentiereeks in huis-aan-huisbladen. Met name de huis-aan-huisbladen blijken in communicatie-onderzoeken een goed bereik te hebben voor mensen die geen gebruik maken van internet. Voor de Nederlandse verdragsverzekerden woonachtig in het buitenland, heb ik afspraken gemaakt met het CVZ. Het CVZ informeert alle Nederlandse verdragsverzekerden in het buitenland door verzending van een brochure en verzorgt de bijbehorende vraagafhandeling.

Voor het overige verwijs ik graag naar genoemde brief, waarin een integraal overzicht wordt gegeven van de opzet en werking van de voorlichtingscampagne.

### **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. Ook vragen zij mij of ik kan aangeven hoe bepaalde groepen 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.* Op grond van de EU-socialezekerheidsverordening zijn deze mensen verzekerd volgens de Belgische respectievelijk de Duitse wetgeving. Zij betalen premie aan de Belgische respectievelijk de Duitse verzekering. Zij wonen in Nederland en hebben ten laste van hun buitenlandse verzekering recht op zorg volgens het Nederlandse pakket. Omdat grensarbeiders vanwege hun werkzaamheden regelmatig niet in Nederland zijn, hebben zij op grond van de EU-socialezekerheidsverordening ook in hun werkland recht op medische zorg overeenkomstig het pakket van dat werkland.



*1b. Hun partners en kinderen.*

Gezinsleden van buitenlandse grensarbeiders die in Nederland wonen hebben in Nederland recht op zorg volgens het Nederlandse pakket ten laste van het buitenland. De vraag of iemand beschouwd moet worden als een gezinslid dient ingevolge de EU-socialezekerheidsverordening te worden beantwoord aan de hand van de Nederlandse wetgeving. Omdat die het begrip gezinslid na de intrekking van de Zfw niet meer kent is in een bijlage bij de EU-socialezekerheidsverordening bepaald dat bij wonen in Nederland onder «gezinslid» moet worden verstaan de echtgenoot, de geregistreerde partner en het kind jonger dan 18 jaar.

*2a. Duitse en Belgische grensarbeiders, die in Nederland werkzaam zijn.*

Grensarbeiders die in Duitsland of België wonen zijn op grond van de EU-socialezekerheidsverordening onderworpen aan de Nederlandse wetgeving. Zij zijn daarom verplicht verzekerd voor de AWBZ. Door de loongrens in de ziekenfondsverzekering valt de categorie in tweeën uiteen:

- Mensen met een inkomen onder de ziekenfondsgrens zijn premie verschuldigd voor de AWBZ en de ziekenfondsverzekering. In hun woonland krijgen ze ten laste van de Nederlandse verzekering zorg volgens het woonlandpakket. Zij hebben ook recht op zorg in Nederland volgens het Nederlandse pakket.
- Mensen met een inkomen boven de ziekenfondsgrens zijn wel verzekerd voor de AWBZ maar voor het overige aangewezen op een particuliere verzekering. Omdat het regelmatig leidde tot moeilijkheden om bij wonen in het buitenland een particuliere verzekering af te sluiten is voor deze mensen de mogelijkheid geopend voor een Wtz-verzekering. Op deze mensen is de EU-socialezekerheidsverordening niet van toepassing. Kosten voor zorg kunnen worden gedeclareerd bij de Nederlandse verzekering voor zover gedekt door die Nederlandse verzekering.

Na de invoering van de Zvw zijn deze mensen allemaal verplicht verzekerd voor de AWBZ en verzekeringplichtig voor de Zvw. Zij betalen de Nederlandse premie en hebben overeenkomstig de EU-socialezekerheidsverordening in hun woonland recht op zorg volgens het woonlandpakket en in Nederland recht op zorg volgens het Nederlandse pakket.

Buiten de EU-socialezekerheidsverordening om kunnen de betrokkenen in het buitenland rechtsreeks een beroep doen op hun Zvw-polis. Dat wil zeggen dat bij een restitutiepolis de kosten kunnen worden gedeclareerd tot aan het Nederlandse tarief. Bij een naturapolis kunnen de kosten voor zorg die wordt ingeroepen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener eveneens worden gedeclareerd maar daarbij kan de verzekeraar een korting toepassen op het uit te keren bedrag.

*2b. Hun partners en kinderen*

Betrokkenen wonen niet in Nederland en werken niet in Nederland. Zij zijn daarom niet verzekerd volgens de Nederlandse wetgeving. Op grond van de EU-socialezekerheidsverordening hebben zij echter als gezinslid van een grensarbeider wel recht op medische zorg volgens het woonlandpakket. Zij zijn daartoe een bijdrage verschuldigd aan de Nederlandse verzekering overeenkomstig het Nederlandse premiesysteem. Voor de huidige zfw-medeverzekerden is dit al zo. Voor mensen die nu niet ziekenfondsverzekerd zijn wordt dit nieuw. Overigens zal een eventueel voor deze personen thans bestaande particuliere polis met de inwerking-treding van de Zvw slechts vervallen voor zover de dekking daarvan opgaat in de dekking van het woonlandpakket.

Wie gezinslid is wordt op grond van de EU-socialezekerheidsverordening bepaald door de wetgeving van het woonland.

### *3. Staven van internationale instellingen en (3b.) hun partners en kinderen.*

Werknemers van internationale instellingen zijn uitgezonderd van de Nederlandse sociale verzekering. Op grond van een regeling getroffen tussen de Nederlandse regering en de betreffende instelling kunnen ook de gezinsleden en gepensioneerden zijn uitgezonderd van de Nederlandse sociale verzekering. Die situatie wijzigt niet door de invoering van de Zvw.

Uit het bovenstaande overzicht blijkt dat deze groepen óf Zvw-verzekeringplichtig zijn, óf rechten kunnen ontlenen aan de EU-regelgeving dan wel bilaterale verdragsrechten.

De leden van de CDA-fractie vragen verder nog of er alles aan wordt gedaan om bureaucratie te vermijden bij declaraties van deze groep verzekerden.

De toepassing van de EU-socialezekerheidsverordening stroomlijnt de administratieve verwerking van de afrekening van medische zorg die in een ander wordt verleend dan waar de mensen verzekerd zijn door inschakeling van lokaal bekende verzekeringsinstellingen. Omdat door de invoering van de Zvw ook de huidige particulier verzekerden onder de EU-socialezekerheidsverordening gaan vallen kan worden gesteld dat de administratieve lasten daardoor minder worden.

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

De leden van de CDA-fractie vragen zich af hoe de hoogte van de zorgtoeslag berekend wordt voor een echtpaar, van wie een persoon in detentie verblijft en de ander niet in detentie achterblijft. Zij vragen de regering een voorbeeldberekening voor de situatie dat de niet gedetineerde persoon moet rondkomen van een uitkering op bijstandsniveau.

Indien een verzekerde aan zijn zorgverzekeraar meldt dat hij gedurende een bepaalde periode gedetineerd is, wordt zijn zorgverzekering voor de duur van zijn detentie opgeschort. Hij is in die periode geen premie verschuldigd voor zijn zorgverzekering en heeft geen recht op een zorgtoeslag. Indien de gedetineerde gehuwd is, wordt daar bij de berekening van zorgtoeslag rekening mee gehouden. Gehuwde gedetineerden leven weliswaar enige tijd gescheiden van hun echtgenoot, maar daardoor is nog geen sprake van duurzaam gescheiden leven als bedoeld in artikel 3, eerste lid, onderdeel a, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen. Dat is pas het geval als het huwelijk duurzaam is ontworpen en één van beide echtgenoten niet meer het voornemen heeft de samenwoning te hervatten, dan wel indien hervatting van de samenwoning feitelijk onmogelijk is geworden. Indien dat laatste niet het geval is, wordt de zorgtoeslag op dezelfde wijze berekend als bij gehuwden die wel samenwonen. Het inkomen van beide partners wordt derhalve in de berekening van de zorgtoeslag betrokken. De aanspraak op een zorgtoeslag wordt per verzekerde voor iedere kalendermaand afzonderlijk bepaald. Gedurende de maanden waarin de zorgverzekering is opgeschort, bedraagt de aanspraak op de zorgtoeslag van de gedetineerde en zijn partner de helft van het bedrag waarop het echtpaar recht zou hebben gehad indien de zorgverzekering niet wegens detentie zou zijn opgeschort. Indien het inkomen van een verzekerde en zijn partner tezamen onder het drempelinkomen ligt, bestaat in beginsel recht op het maximale bedrag aan zorgtoeslag voor een verzekerde met een partner (€ 1200). De zorgtoeslag voor dit echtpaar is afhankelijk van de vraag hoeveel maanden de detentie duurt. Duurt de detentie het hele kalenderjaar dan bedraagt de zorgtoeslag de helft van het maximale bedrag aan zorgtoeslag, derhalve € 600. Bij een detentieduur van 5 kalendermaanden bedraagt de zorgtoeslag voor dit echtpaar  $\frac{1}{2} \times 5/12 \times$  maximale zorgtoeslag voor een echt-

paar (€ 250) plus 7/12 x maximale zorgtoeslag voor een echtpaar (€ 700), derhalve € 950.

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

Het is mogelijk dat een werkgever in het nieuwe stelsel niet alleen een collectieve basisverzekering afsluit, maar ook een collectieve verzuimverzekering en een collectieve aanvullende verzekering, zo merken de leden van de CDA-fractie op. De werkgever is dan verzekeringnemer. Zij willen graag weten hoe gewaarborgd is dat de werknemer bij bijvoorbeeld het beëindigen van het contract zelf verzekeringnemer kan worden.

Inderdaad sluit de Zvw niet uit dat een werkgever zijn werknemers collectief verzekert, en aldus de verzekeringnemer van een zorgverzekering wordt. Eindigt de arbeidsrelatie tussen de werkgever en de verzekerde werknemer, dan zal de ex-werknemer, als hij dat wenst, zelf een zorgverzekering met de zorgverzekeraar kunnen sluiten, die qua dekking gelijk is aan zijn collectieve verzekering. Immers, op grond van de Zvw geldt een acceptatieplicht voor alle modelovereenkomsten, en derhalve ook voor het model dat basis vormde voor het collectieve contract. Wel zal voor de nieuwe, individuele polis geen collectiviteitskorting worden verstrekt. Overigens ligt een collectieve zorgverzekering waarbij de werkgever de verzekeringnemer is en de werknemers de verzekerden, minder voor de hand. Het betekent namelijk dat de werkgever de volledige (nominale) premie voor zijn rekening moet nemen (dus naast de vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage, die hij op grond van art. 46 Zvw verschuldigd is). Hij mag dat niet compenseren door in de arbeidsovereenkomst te regelen dat (een deel van) die premie van het loon wordt afgehouden, aangezien dat tot verplichte winkelnering leidt, die op grond van artikel 7:631 BW verboden is. Het ligt daarom meer voor de hand dat een werkgever ten behoeve van zijn werknemers bij een zorgverzekeraar een korting bedingt indien zijn werknemers kiezen voor een zorgverzekering volgens de modelovereenkomst waarvoor die korting is afgesproken. In dat geval wordt de werknemer zowel verzekeringnemer als verzekerde. Als de arbeidsrelatie tussen de verzekerde werknemer en de werkgever tot een einde komt, kan de verzekerde er ten gevolge van de acceptatieplicht voor kiezen om volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerd blijven. Ook in dit geval zal hij overigens de collectiviteitskorting op de premie verliezen.

### **Alimentatiegerechtigden**

De CDA-fractie vraagt naar de uitvoering van de motie van het lid Omtzigt waarin de regering verzocht wordt de regels over alimentatie zo vast te stellen dat over dat inkomen slechts eenmaal de werkgeversbijdrage betaald wordt (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 79).

Ik heb over de uitvoering van deze motie overleg gevoerd met de staatssecretaris van Financiën. Zijn conclusie is dat het juridisch kwetsbaar is om alimentatie buiten de grondslag van de inkomensafhankelijke bijdrage te brengen. Hij acht de motie daarom niet uitvoerbaar.

Zoals ik in de brief van 23 mei jl. aan uw Kamer heb aangegeven is het uitgangspunt dat alle inkomensbestanddelen die als inkomen uit werk bij de inkomstenbelasting in Box 1 worden betrokken, tot de grondslag van de inkomensafhankelijke bijdrage worden gerekend. Een dergelijke brede grondslag past bij een algemeen verplichte zorgverzekering. Daartoe behoren ook periodieke uitkeringen zoals alimentatie.

Volledigheidshalve wordt nogmaals opgemerkt, dat voor bestaande gevallen een nultarief van toepassing is, mits het inkomen lager is dan het maximum-bijdrage-inkomen. Bij nieuwe gevallen kan de verschuldigde

inkomensafhankelijke bijdrage worden meegenomen bij de vaststelling van de hoogte van de alimentatie.

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

De leden van de fractie van het CDA vragen wie de kosten zal betalen van behandelingen die hebben plaatsgevonden in 2006 voor het tijdstip waarop iemand een zorgverzekering heeft aangegaan.

Voor zover een verzekeringsplichtige te kennen heeft gegeven geen gebruik te maken van de eenvoudige voortzettingmogelijkheid op basis van het aanbod (voor een zorgverzekering en aanvullende verzekering die zoveel mogelijk overeenkomt met zijn oude verzekering) dat zijn zorgverzekeraar hem voor 16 december 2005 zal doen, zullen de zorgkosten die hij eventueel mocht maken voordat hij uiterlijk voor 1 mei alsnog een zorgverzekering heeft gesloten, uiteindelijk voor rekening komen van de zorgverzekeraar waarmee hij dan, met terugwerkende kracht een zorgverzekering sluit. De wet bepaalt immers dat de zorgverzekering terugwerkt als zij voor 1 mei wordt gesloten. Die terugwerkende kracht impliceert dat de kosten dan alsnog door de zorgverzekeraar vergoed zullen moeten worden. Uiteraard is het in het belang van alle partijen dat zo snel mogelijk duidelijk is bij welke zorgverzekeraar iedereen verzekerd is, zodat ook zo snel mogelijk duidelijk is voor wiens rekening de zorgkosten komen.

Indien iemand het aanbod van zijn oude verzekeraar tot omzetting van zijn oude verzekering in een zorgverzekering en eventueel een aanvullende verzekering niet accepteert voor het tijdstip dat de zorgverzekeraar daarbij voor acceptatie heeft genoemd, zal hij zich moeten realiseren dat hij het risico loopt dat voor een eventueel later te sluiten aanvullende verzekering geen terugwerkende kracht geldt; dat betekent derhalve dat men het risico loopt dat kosten die niet onder de zorgverzekering vallen, voor eigen rekening komen.

In de MvT op onderhavig wetsvoorstel is aangegeven dat ik samen met ZN zou onderzoeken of het mogelijk is om personen die niet reageren op het aanbod dat hun verzekeraar hen eind voor 16 december 2005 voor een zorgverzekering zal doen, toch met ingang van 1 januari 2006 van rechtswege een zorgverzekeringsovereenkomst te laten hebben. Dat voorkomt immers dat deze personen de eerste maanden van 2006 onverzekerd zijn. Alle fracties vragen naar de stand van zaken.

De conclusie van het onderzoek is, dat een dergelijke wetsbepaling inderdaad mogelijk (en bovendien wenselijk) is. Bij deze nota naar aanleiding van het verslag treft u een Nota van wijziging aan, waarin het desbetreffende artikel is opgenomen. Samengevat komt het artikel op het volgende neer:

- personen die voor 16 december 2005 een aanbod voor een zorgverzekering van hun huidige verzekeraar hebben gekregen maar daar niet op hebben gereageerd, hebben met ingang van 1 januari 2006 een zorgverzekering volgens dat aanbod, en wel met de in het aanbod aangewezen zorgverzekeraar;
- zij kunnen deze van rechtswege tot stand gekomen zorgverzekeringsovereenkomst tot 1 maart 2006 en met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 ontbinden;
- zij hebben vervolgens tot 1 mei 2006 om zich met terugwerkende kracht (en zonder boete wegens te laat verzekeren) bij een andere zorgverzekeraar te verzekeren.

Door deze wijze van regelen zijn mensen die niet op het aanbod van hun verzekeraar hebben gereageerd, met ingang van 1 januari 2006 verzekerd, echter zonder dat zij per definitie heel 2006 aan (de opvolger van) hun

huidige verzekeraar zijn vastgeklonken. Zij kunnen immers tot 1 maart 2006 ontbinden, en krijgen dan ook hun over de eerste maanden van 2006 betaalde premie terug. Vervolgens hebben zij tot 1 mei 2006 om alsnog een zorgverzekeraar en zorgverzekering te kiezen.

Het artikel is voorzien van een uitvoerige toelichting, waarin de meeste vragen van de Kamerleden beantwoord worden. In die toelichting vindt u ook een overzicht van de verschillende verzekeringsposities per 1 januari 2006. Zo wordt niet alleen ingegaan op de verzekeringspositie van mensen die niet op het aanbod hebben gereageerd (de doelgroep van het artikel), maar ook op die van mensen die het aanbod expliciet hebben geaccepteerd, impliciet hebben geaccepteerd, hebben geweigerd of die geen aanbod hebben gehad. Wat het laatste betreft en in antwoord op een specifieke vraag van de leden van de CDA-fractie hierover: deze personen, alsmede personen die pas na 16 december 2005 een aanbod krijgen, hebben tot 1 mei om zich met terugwerkende kracht te verzekeren. De resterende vragen zal ik in het hiernavolgende beantwoorden, en ook maak ik van de gelegenheid gebruik om een aantal vragen nog iets uitgebreider te behandelen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de uiterste datum voor acceptatie van het non-selecte aanbod, te weten 1 maart 2006, zich verhoudt tot mijn eerdere uitspraken, dat een verzekerde zich tot 1 mei 2006 met terugwerkende kracht (en zonder boete wegens te laat verzekeren) kan verzekeren.

Op grond van artikel 5, vijfde lid, Zvw heeft iedereen vier maanden, te rekenen vanaf de dag waarop zijn verzekeringsplicht ontstaat, om met terugwerkende kracht tot en met die dag, een zorgverzekering te (laten) sluiten. Indien de Zvw op 1 januari 2006 in werking treedt, ontstaat op dat moment de verzekeringsplicht. Iedereen die deze plicht krijgt, heeft dan dus op grond van eerdergenoemd artikellid tot 1 mei 2006 om zich met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 te (laten) verzekeren. Hieraan wordt in de I&A-wet Zvw of in de Nota van wijziging op generlei wijze afbreuk gedaan. Het feit dat iedereen zich tot 1 mei 2006 met terugwerkende kracht kan verzekeren, staat er echter niet aan in de weg dat verzekeraars een aanbod kunnen doen dat tot een door henzelf bepaalde datum – in casu 1 maart 2006 – geldt. Dit heeft in eerste instantie vooral zin voor de aanvullende verzekering binnen het aanbod, aangezien de acceptatieplicht voor de basisverzekering ertoe leidt dat ook na 1 maart 2006 iemand voor de aangeboden zorgverzekeringsvariant zal moeten worden geaccepteerd. Door het artikel over de automatische zorgverzekering voor degenen die niet op het aanbod reageren, heeft de datum van 1 maart 2006 daarnaast in die zin nog betekenis, dat niet-reageerders die hun zorgverzekeraar niet voor 1 maart 2006 laten weten niet bij hem verzekerd te willen blijven, na die datum in 2006 aan hem verbonden zijn.

Ik vertrouw erop dat ik hiermee ook de vragen van de leden van de VVD-, CDA-, ChristenUnie- en SGP-fracties heb beantwoord: door het nieuwe overgangsartikel heeft men in wezen ten minste 2,5 maanden (van uiterlijk 16 december 2005 tot 1 maart 2006) om te besluiten of men bij de (opvolger van) de eigen verzekeraar wil blijven, en, zo nee, ten minste 4,5 maanden (van uiterlijk 16 december 2005 tot 1 mei 2006) om met terugwerkende kracht en zonder boete wegens te laat besluiten een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar te sluiten.

Deze termijnen zijn derhalve iets langer dan de termijnen die zouden hebben gegolden indien men een uiterlijk 1 november 2005 gedaan aanbod tot 1 januari 2006 zou kunnen accepteren en indien men tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht een zorgverzekering zou hebben

kunnen sluiten (zoals in de versie van del I&A-wet Zvw die aan de Raad van State is voorgelegd, was geregeld).

De leden van de SGP-fractie merken terecht op, dat het gebruik van enerzijds de datum 1 maart 2006, anderzijds die van 1 mei 2006, zorgvuldige communicatie vergt. In mijn voorlichtingscampagne – bijvoorbeeld in de huis-aan-huisbladen – zal ik daar aan het eind van het jaar dan ook op ingaan. Voorts zal ik er uiteraard bij ZN op aandringen, dat de in de aanbodbrief op te nemen informatie correct en duidelijk is. Bij het aanbod zal – dit in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie – voor zover mij bekend niet standaard een afmeldkaart worden opgenomen.

Er is geen directe relatie tussen de in het nieuwe artikel geregelde «automatische overgang» van niet-reageerders en de boete bij te laat verzekeren, zo kan ik leden van de fractie van de VVD antwoorden. In geval van automatische overgang is men immers met ingang van 1 januari 2006, dus op de datum waarop de verzekeringsplicht ontstaat, verzekerd, zodat er van te laat verzekeren geen sprake is. Slechts indien men deze verzekering vervolgens weer voor 1 maart ontbindt en pas na 1 mei 2006 een nieuwe zorgverzekering sluit, zal een boete wegens te laat verzekeren worden opgelegd (door de nieuwe zorgverzekeraar).

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of verzekerden de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering onafhankelijk van elkaar kunnen accepteren. Of is er sprake van een gekoppeld aanbod?

Het aanbod is in die zin gekoppeld, dat het aanbod voor (voorzetting van) een aanvullende verzekering zonder risicoselectie, tegelijk met het aanbod voor een zorgverzekering zal worden gedaan. Maar de zorgverzekering kan los van de aanvullende verzekering worden gesloten – dat volgt reeds uit de in de Zvw neergelegde acceptatieplicht en voor de aanvullende verzekering zal men, zo heb ik van de verzekeraars begrepen – ook worden geaccepteerd indien er een andere zorgverzekering (al dan niet bij dezelfde zorgverzekeraar) wordt gesloten. Wél is het zo, dat het nieuwe overgangsartikel slechts op de zorgverzekering ziet. In het onderdeel «Aanvullende verzekering» ga ik daar nader op in. Er is dus geen wetsartikel om te regelen dat het niet reageren op het aanbod voor een aanvullende verzekering, automatisch toch tot totstandkoming van een dergelijke verzekering (met ingang van 1 januari 2006) leidt.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de zorgverzekering ook een voortzetting van een bestaande verzekering kan zijn. Dat is niet uitgesloten, maar de kans is klein. Het zou namelijk alleen kunnen, bij een bestaande individuele particuliere ziektekostenverzekering, waarvan dan bovendien de dekking (ongeveer) gelijk is aan het Zfw-pakket. Bovendien zou die bestaande verzekering dan met ingang van 1 januari alleen al met het oog op de no-claimteruggave gewijzigd moeten worden. Ik verwacht dat de verzekeraars, mede met het oog op de duidelijkheid voor hun cliënten, alle zullen overgaan op nieuwe zorgpolissen.

De negatieve optie zal ook gelden voor de deelnemers aan de publiekrechtelijke ambtelijke ziektekostenregelingen. Zij zullen een aanbod ontvangen van het orgaan dat de regeling voor hen uitvoert. Het zijn, zo kan ik de leden van de PvdA-fractie meedelen, ook de desbetreffende organen die de adressen van hun deelnemers hebben. In het aanbod zal staan welke zorgverzekeraar de aangeboden zorgverzekering (en eventuele aanvullende verzekering) zal uitvoeren. Of de ambtenaren die nu onder de publiekrechtelijke ambtelijke regelingen vallen, collectiviteitskorting zullen kunnen krijgen, hangt af van het antwoord op de vraag of hun werkgevers dan wel rechtspersonen die de belangen van de ambtenaren (en hun

gezinsleden) behartigen, een collectiviteitskorting bij een of meer verzekeraars weten te bedingen. En vervolgens natuurlijk van het antwoord op de vraag of een individuele ambtenaar (een individueel gezinslid) voor een zorgverzekering waarvoor de korting geldt, kiest.

De leden van de SP-fractie vragen of ik duidelijkheid kan verschaffen 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. Ook vragen zij of ik bereid ben 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. Ik ben inderdaad van plan in voorliggend wetsvoorstel te regelen dat personen die op 1 januari 2006 geen zorgverzekering hebben gesloten maar wel een aanbod van hun huidige verzekeraar hebben gehad, bij die verzekeraar verzekerd blijven, zo kan ik de leden van de SP-fractie meedelen. De Nota van wijziging met het artikel daartoe treft u bij deze nota naar aanleiding van het verslag aan. Voorts ga ik in het onderdeel «De overgang naar het nieuwe stelsel» van deze nota nader op de vragen van de leden van de SP-fractie in.

Ten slotte vragen de leden van de ChristenUnie-fractie naar mogelijke alternatieven voor de automatische overgang.

Het meest voor de hand liggende alternatief is, om niets te regelen. In dat geval zijn verzekeringsplichtigen die niet voor 1 januari op het aanbod reageren, niet per die datum verzekerd. Zij hebben dan tot 1 mei 2006 om alsnog met terugwerkende kracht (en zonder boete wegens te laat verzekeren) een zorgverzekering te sluiten. (De mogelijkheid om het aanbod voor de aanvullende verzekering te accepteren, verloopt echter met ingang van 1 maart 2006.) De voorlichtingscampagne zou er dan vooral op gericht moeten zijn, om de burgers ervan te doordringen dat zij dat ook werkelijk voor die datum moeten doen. Daarna werkt de verzekering immers niet meer terug en zal bovendien een boete wegens te laat verzekeren worden opgelegd. Ik ben geen voorstander van deze optie, omdat het risico dat per 1 januari personen onverzekerd zijn, dan groter wordt. Men zou kunnen redeneren: «dat geeft niet, want deze personen kunnen zich immers tot 1 mei alsnog met terugwerkende kracht verzekeren, en derhalve toch gedekt zijn», maar dan vergeet men dat ook de premie met terugwerkende kracht betaald zal moeten worden. Het betalen van twee, drie of vier maandpremies in één keer, kan voor veel verzekerden, zelfs als zij wel al vanaf december een zorgtoeslag ontvangen, een te grote belasting vormen. Bovendien zullen er, zelfs bij zeer goede voorlichting, bij deze optie waarschijnlijk toch uiteindelijk meer verzekeringsplichtigen zijn die per 1 mei 2006 in het geheel geen verzekering zullen hebben. Ten slotte speelt een rol dat het voor de verzekeraars van belang is, zo snel mogelijk inzicht te hebben in de omvang van hun verzekerdenbestand.

### **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 I&A-wet Zvw. Zij vragen mij op welke punten deze wettelijke verankering wenselijk is (Kamerstukken II 2004/05, 29 762 en 29 763, nr. 27, blz. 6) en zien graag ook helder de boetebepalingen in de overgangsfase geformuleerd volgens de door hen eerder bepleite redelijkheid.

De leden van de SGP-fractie hebben geconstateerd dat artikel 120 Zvw wel voor nieuwe (structurele) situaties geldt, maar niet voor de overgangs-

situatie. Betekent dit dat verzekeraars per 31 december 2005 wel de aanvullende verzekering kunnen opzeggen, zo vragen zij.

Zoals hiervoor al is opgemerkt ontvangt u tegelijk met deze nota naar aanleiding van het verslag een Nota van wijziging, waarin is geregeld dat verzekeringsplichtigen die niet reageren op het aanbod van hun huidige verzekeraars, toch met ingang van 1 januari 2006 een zorgverzekering met de in het aanbod genoemde kenmerken krijgen. Die verzekering kan wel tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht worden opgezegd. Een boete wegens te laat verzekeren is daarbij niet aan de orde, mits men ervoor zorgt dat men voor 1 mei 2004 opnieuw een zorgverzekering – dit tot en met 1 januari 2006 terugwerkt – heeft. Sluit men pas op of na die datum een zorgverzekering, dan zal de nieuwe zorgverzekeraar wél een boete wegens te laat verzekeren opleggen.

Het desbetreffende artikel in de Nota van wijziging gaat alleen over de (Zvw-)zorgverzekering. Op dit moment zijn er twee mogelijkheden om, ten opzichte van het Zfw-pakket, aanvullend verzekerd te zijn. De eerste mogelijkheid is, dat men een basisverzekering met de omvang van het Zfw-pakket heeft, en daarnaast een afzonderlijke aanvullende verzekering. Dat is bij ziekenfondsverzekerden de enige mogelijkheid, en daarnaast kan dit bij particulier verzekerden het geval zijn. De tweede mogelijkheid is, dat men één totaaldekking heeft, met een omvang groter dan de Zfw-dekking. Dat is het geval bij particuliere ziektekostenregelingen en de publiekrechtelijke ambtelijke ziektekostenregelingen. Artikel 2.5.2 van dit wetsvoorstel bepaalt dat de dekking van zo'n «totaalverzekering» vanaf 1 januari 2006 vervalt voor zover deze overlap vertoont met een ten behoeve van de verzekerde gesloten zorgverzekering. Of het restant van de totaalverzekering dan wel – indien de eerste situatie van toepassing is – een afzonderlijke aanvullende verzekering op het moment waarop de Zvw in werking treedt door de verzekeraar beëindigd mag worden, hangt af van de vraag of die beëindigingsgrond in de polis van de totaal- respectievelijk aanvullende verzekering is opgenomen. Ik verwacht dat dit niet vaak het geval zal zijn.

Zoals in de toelichting op de Nota van wijziging is aangegeven, hebben de verzekeraars overigens toegezegd personen die op dit moment (ten opzichte van het Zfw-pakket) een aanvullende verzekering hebben dan wel een aanvullend deel in hun verzekering hebben, tegelijk met het aanbod voor de zorgverzekering een aanbod voor een aanvullende verzekering te doen (continuering van een het Zfw-pakket aanvullende verzekering kan natuurlijk ook). Het aanbod zal zodanig zijn, dat het totale verzekeringsarrangement zoveel mogelijk lijkt op het huidige verzekeringsarrangement. Voor de acceptatie van de aanvullende verzekering zal geen risicoselectie plaatsvinden. Het aanbod voor de aanvullende verzekering zal, zo hebben de zorgverzekeraars via ZN toegezegd, ook gelden indien een andere zorgverzekering dan de aangeboden zorgverzekering wordt gesloten, óók als dat een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar is. Daarmee wordt naar mijn mening bereikt wat de leden van de SGP-fractie wensen. Het wettelijk beleggen van de verplichting een aanvullende verzekering aan te bieden, zou in strijd komen met de richtlijnen schadeverzekering. Een bepaling als artikel 120 Zvw, inhoudende dat bestaande aanvullende ziektekostenverzekeringen niet mogen worden beëindigd om reden dat men elders dan bij de huidige verzekeraar een zorgverzekering sluit, lijkt mij gezien het voorgaande niet nodig en zou bovendien geen soelaas bieden voor verzekerden met een «totaalverzekering».

De verzekeraar zal in zijn premie voor de aanvullende verzekering meer rekening houden met het risico dat hij loopt. Voor deze verzekering gaat immers het equivalentiebeginsel op. Dat wil overigens niet zeggen dat de premies aanvaardbare grenzen overschrijden. Wel zal meer differentiatie



in premie plaatsvinden. Ook de huidige aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen kennen het equivalentiebeginsel. Uit de praktijk van vandaag de dag blijkt overigens geenszins dat sprake is van onaanvaardbare premies. Tussen ziekenfondsen bestaat een algemene gedragsregel dat zij verzekerden die zich melden altijd zullen accepteren voor het basis aanvullend pakket. Voor de verzekering van de uitgebreide pakketten hanteren ook de ziekenfondsen nu verschillende premies. Een dergelijke gedragslijn zou de Regering zich ook kunnen voorstellen voor de aanvullende verzekering nadat de Zvw is ingevoerd. Tenslotte kunnen alle verzekerden, vanwege het aanbod dat zij van hun verzekeraar krijgen bij de overgang, in principe vanaf 1 januari 2006 allemaal aanvullend verzekerd kunnen zijn, wanneer zij van dat aanbod gebruik maken. Door de ont koppeling van de aanvullende en de basisverzekering is ook het kiezen van een andere aanvullende verzekering steeds mogelijk. De concurrentie op de markt voor de aanvullende verzekeringen zal de premies daardoor ook scherp houden. Overigens geldt ook hier dat optreden mogelijk is wanneer een verzekeraar aantoonbaar misbruik maakt van zijn economische machtspositie.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat er verandert ten aanzien van aanvullende verzekeringen bij de ingang van het nieuwe stelsel per 1 januari 2006. Verder vragen zij waar verzekerden beroep kunnen aantekenen indien het aanvullende pakket door de verzekeraar wordt opgezegd bij overgang naar de Zvw.

In de Zvw is bij amendement opgenomen dat een zorgverzekeraar een aanvullende verzekering niet mag opzeggen als de verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Er is dus wettelijk geregeld dat verzekerden bij overgang naar een andere verzekeraar hun aanvullende verzekering kunnen behouden. Dit is een verandering ten opzichte van aanvullende verzekeringen onder het huidige stelsel. Voor 16 december 2005, bij de invoering van de Zvw, zullen zorgverzekeraars hun verzekerden een integraal, non-select aanbod doen voor een verzekering die zoveel mogelijk aansluit bij de huidige verzekeringsdekking. Dit aanbod omvat ook het aanvullende deel. In de bij deze nota gevoegde Nota van wijziging vindt u een nadere toelichting hierop. Ingevolge deze gedragslijn zullen verzekerden dus geen problemen ondervinden met hun aanvullende verzekering bij de overgang naar het nieuwe stelsel. Mocht dat onverhoopt toch het geval zijn dan kunnen zij een beroep doen op de Gedragscode van de zorgverzekeraars, verder kunnen zij terecht bij de Ombudsman Zorgverzekeringen, onderdeel van de Stichting klachteninstituut Verzekeringen. Deze heeft een bemiddelende taak. Uiteraard kunnen verzekerden er ook voor kiezen beroep aan te tekenen bij de burgerlijke rechter, als bezwaar bij de verzekeraar niet heeft geleid tot het gewenste resultaat.

De leden van de PvdA-fractie vragen waar verzekerden beroep kunnen aantekenen indien het aanvullende pakket door de verzekeraar toch wordt opgezegd bij het beëindigen van het basispakket?

Een zorgverzekeraar die, anders dan wegens wanprestatie door de verzekerde, de aanvullende verzekering opzegt van een verzekerde die een andere zorgverzekeraar kiest voor de zorgverzekering, handelt in strijd met de wet. De verzekerde kan zich in eerste instantie wenden tot de zorgverzekeraar en vervolgens, wanneer hij geen bevredigend antwoord krijgt, zijn geschil voorleggen aan de burgerlijke rechter of de geschillencommissie. Ook kan hij zich richten tot de het CTZ (straks de NZa) die weliswaar geen klachten van burgers in behandeling kan nemen maar op die manier wel kennis kan nemen van feitelijke marktgedragingen van zorgverzekeraars en daar naar handelen.

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, vragen de leden van de PvdA-fractie.

Een zorgverzekering is een individuele verzekering (één verzekerde per polis), en het is dus niet mogelijk om één zorgverzekering voor een heel gezin te sluiten. Over de aanvullende verzekeringen wordt in de Zvw niets geregeld. Dat betekent dat verzekeraars zelf bepalen of zij voor de aanvullende verzekeringen gezinspolissen (blijven) aanbieden, of niet. Indien in een gezinspolis voor een aanvullende verzekering het beding is opgenomen dat een op die polis verzekerd kind slechts tot zijn achttiende verzekerd is, zal het (of zal zijn vader of moeder) een nieuwe aanvullende verzekering moeten sluiten indien het achttien wordt en het aanvullend verzekerd wil blijven. Is een dergelijk beding niet opgenomen dan loopt de aanvullende verzekering bij het bereiken van de achttienjarige leeftijd gewoon door.

Op de vragen van de leden van de PvdA-fractie over de «negatieve optie», ben ik reeds in het onderdeel over de overgang naar het nieuwe stelsel ingegaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de zorgverzekeraars ongevraagd elke burger een polisaanbod mogen doen of dat valt dit onder het verbod op «cold calling» conform de Wet Financiële Dienstverlening (Wfd).

De Wfd verbiedt niet, dat financiële dienstverleners – waaronder verzekeraars – hun producten aanbieden. Wel bepaalt de Wfd dat dergelijke aanbiedingen (in wezen een vorm van reclame) feitelijk juist, voor de consument begrijpelijk en niet misleidend zijn.

Wat echter niet mag, is consumenten waarmee de dienstverlener geen relatie heeft ongevraagd een verzekering aanbieden en direct al met de dekking starten, om vervolgens een premienota terzake van de periode waarover iemand ongevraagd verzekerd is, te zenden. In het kader van de overgangssystematiek Zvw is sprake van een aanbod door verzekeraars bij wie de verzekerde reeds tegen zorgbehoeften (ziekenfonds) of ziektekosten (particuliere verzekeraars, uitvoerende organen publiekrechtelijke ziektekostenregelingen) gedekt is. In bijgevoegde Nota van wijziging wordt geregeld dat personen die niet op een voor 16 december 2005 gedaan aanbod reageren, toch met ingang van 1 januari 2006 een zorgverzekering volgens het aanbod krijgen (en daarom ook premie verschuldigd zijn). Deze verzekering kunnen ze echter tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 ontbinden, en in dat geval wordt de premie over deze maanden terugbetaald. Door de reeds bestaande zorg/ziektekostenverzekeringsrelatie tussen de verzekeraar en de verzekerde die het aanbod krijgt (waarbij bovendien de huidige verzekeraar veelal ook de zorgverzekeraar die in het aanbod aangewezen wordt, zal worden), door het feit dat de van rechtswege gebondenheid in een wetsbepaling wordt geregeld, en door de ook in die bepaling geregelde mogelijkheid van ontbinding met terugwerkende kracht, is het totstandkomen van de aangeboden zorgverzekering voor niet-reageerders niet in strijd met het verbod van «cold calling» uit de Wfd.

Op de vraag van de leden van de SGP-fractie over de mogelijkheid van verzekeraars, om met ingang van 1 januari 2006 een aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen, ben ik reeds elders in dit onderdeel ingegaan.

### **Positie verzekerden publiekrechtelijke regelingen**

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 onderhandeling 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 mij welke acties ik onderneem om de besprekingen succesvol af te laten ronden.

Ook voor de publiekrechtelijk verzekerden geldt dat zij gebruik kunnen maken van de voor een goede overgang van de verzekerden getroffen regeling. Dat betekent dat de huidige publiekrechtelijk verzekerden een aanbod ontvangen dat dicht ligt bij de wijze waarop zij nu verzekerd zijn (dus inclusief een aanbod aan aanvullende verzekering) bij een nog nader door de regelingen zelf te bepalen zorgverzekeraar. Bij de invulling van de afspraken over met name de (financiering van de) aanvullende verzekering speelt het overleg tussen werkgevers- en werknemersorganisaties een rol. Indien partijen hierover niet tot afspraken komen staat dat de uitvoering van de Zvw niet in de weg. Voor de duidelijkheid over de aanvullende verzekering is vanzelfsprekend uitsluitend over een eventuele tegemoetkoming van de werkgever in de premie daarvan van betekenis. Dit is een zaak van de bij het overleg betrokken werkgevers- en werknemersorganisaties, die zich, naar het kabinet heeft vernomen, terdege bewust zijn van hun verantwoordelijkheden in dezen. Ik zie dan ook geen noodzaak om acties te ondernemen voor de besprekingen tussen de werkgevers- en werknemersorganisaties. Deze situatie doet zich overigens niet alleen voor bij de lagere overheden maar ook bij het bedrijfsleven. In menige CAO zullen afspraken over ziektekostenregelingen moeten worden herzien in verband met de invoering van de Zvw. Werkgevers(organisaties) zijn daarover al in de zomer van 2004 geïnformeerd.

De leden van de fractie van het CDA vragen op welke waarborgen wordt bedoeld voor de toegang tot de zorgverzekering en de aanvullende verzekering voor alle huidige deelnemers aan publiekrechtelijke ziektekostenregelingen? In hoeverre is er sprake van rechtsgelijkheid tussen degenen die tot 1 januari 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, zo vragen zij.

Ook voor de deelnemers aan de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen geldt de afspraak dat zij vanuit de huidige regelingen een aanbod krijgen voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering bij een nog nader door de regelingen zelf te bepalen zorgverzekeraar. Dat kan gaan om een verzekeraar die op individuele basis verzekert maar ook om een collectief contract, gesloten ten behoeve van de ex-deelnemers bij een zorgverzekeraar. Daarmee ontstaat voor deze categorie verzekerden eenzelfde positie als voor nu ziekenfonds- of particulier verzekerden. Er is dan in de wijze waarop in de overgang een aanbod aan verzekerden wordt gedaan sprake van rechtsgelijkheid. Ook de deelnemers aan de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen kunnen tot 1 maart besluiten of zij van het voorgelegde aanbod gebruik maken of dat zij toch voor een andere zorgverzekeraar kiezen. Zij zijn in dat opzicht volstrekt vergelijkbaar met nu ziekenfonds- of particulier verzekerden.

De leden van de fractie van de PvdA vragen naar de gevolgen voor de premiehoogte en de inkomenseffecten voor verzekerden via een publiekrechtelijke verzekering?

De publiekrechtelijke regeling is onderdeel van de arbeidsvoorwaarden. De inkomenseffecten zijn mede afhankelijk van de uitkomsten van het overleg tussen werkgevers en werknemers. Op de resultaten van deze onderhandelingen wil ik niet vooruit lopen. Ik acht een gemiddeld vergelijkbare ontwikkeling als in de markt mogelijk.

De leden van de PvdA-fractie vroegen inzicht in de gevolgen voor de aanspraken voor wie op dit moment publiekrechtelijk verzekerd is. Wat betekent de overgang voor een eventueel bestaand aanvullend pakket voor deze verzekerden en hoe wordt gegarandeerd dat zij voor dit uitgebreide pakket ook in 2006 weer kunnen verzekeren, zo vroegen deze leden.

Ook voor degenen die nu deelnemen aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling zal met ingang van de inwerkingtreding van de Zvw het aansprakenpakket van de Zvw van toepassing zijn. Zoals ik hiervoor op desbetreffende vragen van de leden van de CDA-fractie heb geantwoord, zullen de huidige publiekrechtelijke verzekerden een aanbod krijgen voor een pakket dat praktisch overeenkomt met het pakket waarvoor zij nu dekking hebben. Dit aanbod omvat dus zowel het basispakket van de Zvw als een aanbod voor een aanvullende verzekering. Hiermee wordt gewaarborgd dat alle deelnemers aan de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen toegang hebben tot de zorgverzekering en de aanvullende verzekering.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het gaat met het aanvullend pakket voor gepensioneerden die publiekrechtelijk verzekerd zijn. De ziektekosten voor deze groep maken deel uit van het arbeidsvoorwaardenoverleg. Op de uitkomsten van dit overleg kan ik niet vooruitlopen.

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

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

Over de mate waarin in CAO's gebruik gemaakt wordt van de wettelijk gecreëerde mogelijkheid van saldering van de werkgeversbijdrage zal ik uw Kamer overeenkomstig uw verzoek informeren. Ook ik heb nota genomen van de wens van de vakbonden om ondernemingsraden een rol te laten spelen bij de totstandkoming van collectieve contracten af te sluiten door werkgevers ten behoeve van hun werknemers. Ik kan mij goed voorstellen dat het afsluiten van collectieve verzekeringscontracten onderwerp van overleg vormt met de ondernemingsraden.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zal worden voorkomen dat ook eventuele tegemoetkomingen voor aanvullende verzekeringen gesaldeerd worden en of ik voornemens ben een maximum te stellen aan het te salderen bedrag. Verder vragen zij in hoeverre een tekort op de exploitatie te verwachten valt 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.

De wettelijke mogelijkheid van saldering van de werkgeversbijdrage biedt de werkgevers een instrument om in overleg met de werknemers(-organisaties) te komen tot nieuwe afspraken over de eventuele bijdrage van de werkgever in de premies voor de ziektekostenverzekering van zijn werknemers. De salderingsmogelijkheid geldt alleen het op de dekking van de Zvw betrekking hebbende gedeelte van de vergoeding. Omdat de tegemoetkomingen van de werkgever in de premies voor ziektekostenverzekeringen nu over het algemeen gaan over de totale premie moet eigenlijk een calculatie worden gemaakt van het deel dat met de dekking van de Zvw correspondeert met de premie voor de aanspraken die krachtens de Zvw zijn verzekerd. In de uitwerking daarvan spelen de werkgevers- en werknemersorganisaties hun eigen rol. Ik heb dan ook de verwachting dat in de afspraken daarover aan de onderhandelingstafel de gewenste duidelijkheid zal worden verschaft. Het staat overigens werkgevers vrij om ook na 1 januari 2006 een tegemoetkoming in de nominale premie voor zowel de zorgverzekering als de aanvullende verzekering van zijn werknemers te verstrekken.

Overigens beperkt de wettelijke salderingsbepaling zich de in de Zvw verzekerde aanspraken; de aanvullende verzekering valt daarbuiten. Het is wettelijk verboden de tegemoetkomingen voor de aanvullende verzekering in de compensatie mee te nemen. De saldering strekt er slechts toe de vrijwillige werkgeversbijdrage te salderen met de wettelijke procentuele bijdrage die de werkgever op grond van de Zvw gehouden is af te dragen. Deze maatregel heeft dus geen enkel effect op de afdracht door de werkgevers aan de Zorgverzekeringsfonds. Indien de werkgever, vanwege gemaakte afspraken, gehouden blijft tot enige vergoeding aan zijn werknemers (omdat de tegemoetkoming hoger is dan de wettelijke premieafdracht) dan heeft dit op de exploitatie van de Zvw geen effect. Wel heeft dat gevolgen voor de werkgeverslasten. De werkgever betaalt dan nog een bijdrage aan de werknemer die kan worden gezien als een tegemoetkoming in de nominale premie die de verzekering voor de Zvw verschuldigd is. Daarom vinden ook aan menige onderhandelingstafel tussen werkgevers- en werknemersorganisaties onderhandelingen plaats over de werkgeversbijdrage.

#### **Administratieve lasten en Toezicht**

De leden van de CDA-fractie vragen zich af hoe de administratieve lasten worden geschat van een huisarts die te maken krijgt met tien verschillende contracten van tien verschillende zorgverzekeraars in de situatie na invoering van de Zvw. Ook vragen zij hoe hoog deze lasten waren vóór en na invoering van de Zvw zullen zijn en of er initiatieven zullen worden genomen om de contracten en declaratieformulieren te standaardiseren. De administratieve lasten voor de huisarts die samenhangen met het onderhandelen over de overeenkomst zijn volgens de nulmeting (ultimo 2002) berekend op € 9.480.000. Deze lasten worden veroorzaakt doordat de huisarts gemiddeld met 10 verzekeraars overeenkomsten sluit. Ik kan mij voorstellen dat een huisarts straks een contract afsluit met twee of drie zorgverzekeraars waarmee hij een goede binding heeft omdat het merendeel van zijn patiënten bij deze verzekeraars is verzekerd. De administratieve lasten zullen in deze situatie afnemen tot € 5.035.000, omdat over minder overeenkomsten hoeft te worden onderhandeld. Binnen deze contracten kan onderhandeld worden over prijs en kwaliteit van de te verlenen zorg. De resterende zorgverzekeraars die minder patiënten in de regio hebben kunnen zich bij de inhoud van deze overeenkomsten aansluiten. Ik zal hierover nog overleg voeren met de NMa.

Op het punt van het declareren door zorgaanbieders loopt momenteel een onderzoek naar verdere digitalisering van het declaratieproces volgens een uniforme standaard, de zogenaamde declaratiecasus. Met deze digitalisering zullen de marktlasten van het declaratieproces bij de invoering van de Zvw per 1 januari 2006 zijn geminimaliseerd.

De leden van de CDA-fractie vragen verder of ik bereid ben om bij aantoonbare toename van administratieve lasten, die ten koste gaat van de zorg voor de patiënt, wil compenseren.

Zoals hiervoor aangegeven zijn mijn maatregelen gericht op het doen afnemen van administratieve lasten voor de huisartsen. Daarnaast heb ik sterke aanwijzingen dat de uitvoeringskosten voor de huisarts in het huidige systeem, dus een combinatie van ziekenfonds- en particulier verzekerden, hoger liggen dan straks in het uniforme systeem van de zorgverzekering. Ook ten aanzien van de uitvoeringskosten verwacht ik dus een afname door invoering van de Zvw.

De vraag van de leden van de CDA-fractie over het meesturen van een afmeldkaart bij het aanbod voor een zorgverzekering, heb ik reeds in het onderdeel over de overgang naar het nieuwe stelsel beantwoord.

De leden van het CDA zijn zowel verheugd als verbaasd om in de brief van 23 mei 2005 te lezen dat de regering uitgaat van het hanteren van een negatieve optie bij de overstap naar de zorgverzekering. Zij vragen zich af hoeveel mensen er moeten overstappen om het systeem van keuzevrijheid en laagste prijs zoeken te laten werken.

De regering legt de keuze voor de verzekeraar waarbij de nieuwe verzekering wordt afgesloten bij de verzekerde. Dit is in beginsel geregeld bij de negatieve optie. Het staat de burger natuurlijk vrij om niet te kiezen voor het voorstel van zijn verzekeraar en te kiezen voor een andere verzekeraar. Aan de overstap van de huidige polis naar een nieuwe polis zijn eenmalige administratieve lasten verbonden (deze lasten zijn berekend op gemiddeld 1 uur per burger). Hoeveel verzekerden inderdaad gaan overstappen naar een andere verzekeraar is op dit moment nog niet duidelijk. Dat hangt mede af van de van de aanbiedingen van de verzekeraars.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of de gegevens van de nulmeting van burgers al beschikbaar zijn en hoe die betrokken zullen worden bij het invoeringstraject van de Zvw. Tevens vragen deze leden of de regering een reële schatting kan maken van administratieve lasten voor burgers, zorgverleners, zorgverzekeraars en overheid in de bestaande situatie en na de invoering van de Zvw.

Ik kan mededelen dat de nulmeting van de administratieve lasten voor burgers inmiddels is afgerond. De Minister van BZK heeft op 23 mei 2005 een brief aan de Tweede Kamer gestuurd waarin de nulmetingen van alle betrokken departementen zijn opgenomen. Ik zelf zal de Tweede Kamer in de eerste helft van juli separaat inlichten over de resultaten van de VWS-nulmeting en de daaraan gekoppelde reductievoorstellen.

Over de wijze waarop de nulmeting wordt betrokken bij het invoeringstraject van de Zvw verwijs ik u naar mijn brief van 23 mei 2005 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 2004/05, 29 689, nr. 6), waarin o.a. een reactie wordt gegeven op aangenomen moties die zijn ingediend bij de plenaire behandeling van de Zvw op 15 december 2004. In deze brief wordt uitgebreid ingegaan op de gevolgen voor de administratieve lasten voor burgers, bedrijfsleven en overheid wegens invoering van de Zvw en de Wzt. Voor de gevolgen van reductiemaatregelen voor administratieve lasten binnen het huidige verzekeringssysteem, bijvoorbeeld in de zogenaamde declaratiecasus, verwijs ik u naar mijn brief aan de Tweede Kamer van 11 maart 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 515, nr. 60), waarin een verdere invulling en voortgang bij de aanpak van administratieve lasten voor het bedrijfsleven is uitgewerkt. Over de veranderingen in

administratieve lasten die samenhangen met de invoering van dbc's en de nieuwe huisartsenbesteding zal ik separaat rapporteren.

De leden van de CDA-fractie vragen terecht aandacht voor de lasten zoals die door burgers worden ervaren. Ook activiteiten die voortvloeien uit deelname aan zorgprocessen of marktverkeer, worden door partijen (aanbieders, verzekeraars) en burgers vaak als administratieve lasten ervaren. Voorbeelden daarvan zijn het afsluiten van contracten tussen verzekeraars en aanbieders, het opstellen en kennismaken van facturen en declaraties, zoektijd die besteed wordt aan een vergelijking van polissen, meer administratiekosten door het uiteen gaan lopen van tarieven zoals mogelijk is bij fysiotherapeuten en beantwoorden van de vraag of een zorgverlener gecontracteerd is, etc. Het is echter niet mogelijk en niet wenselijk een schatting te maken van de kosten en tijdsbesteding die daarmee gemoeid zijn. Enerzijds omdat het om een «open verzameling» gaat: er is geen eenduidige definitie te vinden voor wat partijen buiten de sfeer van administratieve lasten als lasten ervaren. Bovendien zijn die lasten heel lastig te meten of te ramen. Anderzijds omdat het ook aan partijen zelf is om initiatieven te nemen om deze «marktlasten» zo beperkt mogelijk te houden. De rijksoverheid kan daarbij wel faciliteren en stimuleren, maar aanbieders, verzekeraars en burgers zullen zelf ook alert moeten zijn op het voorkomen van en bestrijden van onnodige lasten. Een goed voorbeeld daarvan is het declaratieverkeer, waarbij VWS bijdraagt aan het creëren van voorwaarden voor digitale gegevensuitwisseling. Het is aan partijen zelf om daar met eigen informatiesystemen en afspraken over afhandeling van declaraties op in te spelen. Een ander voorbeeld is dat VWS de website «kiesbeter.nl» faciliteert, die burgers in staat stelt om polissen van verschillende verzekeraars snel met elkaar te kunnen vergelijken.

In de brief van 11 maart 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 515, nr. 60) heb ik aangegeven dat ik in gesprekken met het zorgveld de schijnwerper wil zetten op beleefde lasten, ook als die buiten de administratieve lasten-definitie valt. Voor zover VWS zelf direct of indirect voor dat soort beleefde lasten verantwoordelijk is, beschouw ik het als een opgave om die, waar dat mogelijk is, voortvarend terug te dringen.

De leden van de CDA-fractie hebben aangegeven dat zij beducht zijn voor veel administratieve lasten en vragen mij om aan te geven hoe vermeden kan worden dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders dezelfde gegevens aan meerdere toezichthouders moeten leveren. Ook vragen zij of beoogd wordt een zeker stroomlijning tot stand te brengen zodat dezelfde gegevens niet steeds opnieuw hoeven te worden opgevraagd.

De informatie-uitwisseling wordt zo opgezet dat zoveel mogelijk «hergebruik» van gegevens kan plaatsvinden. Uiteraard kunnen gegevens alleen gebruikt worden voorzover die gegevens noodzakelijk zijn voor het doel waarvoor die gegevens worden gevraagd. Het CVZ heeft ingevolge artikel 92 Zvw bevoegdheden gekregen om de gegevensverstrekking te stroomlijnen. Onder voorzitterschap van CVZ vinden dan ook sinds begin februari besprekingen plaats tussen diverse betrokken partijen over de wijze waarop de structuur van de gegevensuitwisseling en de gegevensuitwisseling zelf moet worden ingevuld.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of hun conclusie klopt dat de Zvw een vermindering van lasten voor verzekeraars en een toename van lasten voor verzekerden betekent en hoe ik deze lasten ten opzichte van elkaar weeg.

De berekeningen in mijn brief van 23 mei 2005 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 6) tonen aan dat zowel voor de verze-

keraar als voor de burger de invoering van de Zvw een afname aan administratieve lasten inhoudt. De resterende lasten kunnen moeilijk ten opzichte van elkaar worden gewogen omdat zij niet in dezelfde grootheden zijn uitgedrukt: de lasten voor de burger zijn uitgedrukt in uren, terwijl die voor de verzekeraar zijn uitgedrukt in euro's. Voorts vragen deze leden mij of ik de in de brief genoemde tijden voor de burger met betrekking tot het aanvragen van de zorgtoeslag of het afsluiten van de verzekering realistisch vind en of ik de daadwerkelijke lasten ook ga meten. De in de brief genoemde tijden betreffen zo goed mogelijke schattingen. De feitelijke met deze handelingen gemoeide tijd wordt pas in een later stadium duidelijk.

In antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie of de privacy-gedragscode van ZN de goedkeuring heeft van het CBP en of ik deze code wettelijk wil verankeren moge ik refereren aan mijn brief aan uw Kamer van 3 juni jl. over de privacyaspecten van de Zvw (kenmerk PTZ/2590826). Ik heb begrepen dat het CBP verwacht – enkele punten daargelaten – in te kunnen stemmen met de inhoud van de gedragscode. Naar mijn oordeel is de code een belangrijke aanvullende basis op de wettelijke bescherming van persoonsgegevens binnen het zorgverzekeringsdomein. De positionering van de code – naast de bestaande Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van DNB en het Verbond van Verzekeraars – acht het CBP problematisch. Het CBP heeft aangegeven bereid te zijn tot nader overleg daarover. Zoals ik in voornoemde brief heb aangegeven, zal ik uw Kamer informeren over de uitkomst van dit overleg. Wettelijke verankering van deze uitkomst van zelfregulering van de sector acht ik niet noodzakelijk.

De leden van de fractie van de SP vragen of het klopt dat de I&A-wet Zvw niet is voorgelegd aan het CBP. De tekst van het voorstel van wet is aan het CBP verstrekt en vervolgens op verzoek van het CBP toegelicht. Na deze verkenning is gebleken dat de I&A-wet Zvw geen bepalingen bevat, die gevolgen hebben voor de bescherming van persoonsgegevens. Het CBP is dus wel bekend met de inhoud van deze wet, maar deze wet bevat geen bepalingen, die het CBP inhoudelijk zou moeten beoordelen.

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

De leden van de CDA-fractie hebben nog een aantal vragen gesteld over hoe bijvoorbeeld dbc's en kosten van huisartsenzorg worden toegerekend bij samenloop van de no-claimteruggave en het vrijwillig eigen risico.

Voor zorg waarop tarifiering op basis van een dbc van toepassing is, geldt als tijdstip waarop de zorg is genoten, de datum waarop de dbc wordt geopend. Dit is geregeld in artikel 23, eerste lid, van de Zvw. Dit betekent dat de kosten van een dbc die in december wordt geopend en die in februari wordt gesloten, geheel worden toegerekend aan het jaar van opening van die dbc. Dit geldt zowel voor de no-claimteruggave als voor het tussen zorgverzekeraar en verzekerden overeengekomen vrijwillig eigen risico.

De kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden blijven voor de no-claimteruggave buiten beschouwing. Dit geldt voor alle vergoedingen die in het kader van de huisartsenzorg van toepassing zijn. Zoals ik in de MvT heb aangegeven komen, indien een verzekerde een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico heeft, de kosten van een huisartsenconsult of -visite ten laste van dat eigen risico. Het beschikbaarheidstarief en de eventuele tussen de huisarts of instelling en de zorgverzekeraar overeengekomen extra vergoedingen die de huisarts of instelling tegelijk met het beschikbaarheidstarief in rekening mag brengen, blijven buiten het vrijwillig eigen risico. Hierbij maakt het niet uit of de verzekerde zijn no-claim



al heeft opgebruikt of niet. Dit is zo omdat de kosten van huisartsenzorg in het geheel niet worden betrokken bij de no-claimteruggave.

Dit is niet anders in de door deze leden voorgelegde situatie dat er sprake is van huisartsenzorg tijdens behandeling in een dbc-traject. De kosten van de huisartsenzorg blijven ook dan buiten beschouwing voor de no-claimteruggave. Wel worden de kosten van het huisartsenconsult of -visite meegenomen voor het vrijwillig eigen risico. De kosten van de dbc worden meegenomen voor de no-claimteruggave. Indien het dbc-tarief meer bedraagt dan € 255, telt dat meerdere deel van het dbc-tarief mee voor het eigen risico. Uiteraard tellen in dat geval de kosten van het huisartsenconsult of -visite en het dbc-tarief slechts mee voor het eigen risico voor zover het maximum van dat vrijwillig eigen risico nog niet bereikt is.

Vanuit het oogpunt van de wettelijk voorgeschreven no-claimteruggave is de huisartsenzorg dus zonder financiële drempel toegankelijk. Dit komt tegemoet aan de wensen van de leden van de CDA-fractie. Alleen voor de verzekerde die vrijwillig kiest voor een eigen risico bestaat inderdaad een zekere financiële drempel voor de huisartsenzorg, maar deze drempel is beperkt omdat uitsluitend de kosten van een consult of visite voor het eigen risico meetellen. Bovendien is dat eigen risico in de Zvw de eigen, vrijwillige keuze van de verzekerde.

Op de vraag van de leden van de CDA-fractie voor welke vormen van zorg zal worden geregeld dat de kosten daarvan buiten het eigen risico vallen verwijs ik naar de MvT van onderhavig wetsvoorstel. Daarin heb ik aangegeven dat met toepassing van het nieuw voorgestelde artikel 20 van de Zvw, in het Besluit zorgverzekering zal worden geregeld dat de beschikbaarheidsvergoeding en de hiervoor ook genoemde extra vergoedingen die tussen huisarts en verzekeraar overeen kunnen worden gekomen, buiten het eigen risico blijven.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af naar welk systeem ik op termijn toe wil: eigen betalingen (tot bijvoorbeeld een maximum), no-claim met een vrijwillig eigen risico of een combinatie van de twee. Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie zich af of juist die combinatie niet bijzonder omslachtig is.

Sinds 2005 geldt voor ziekenfondsverzekerden een no-claimteruggaveregeling. Verzekerden die gedurende een jaar minder dan € 255 aan zorgkosten maken krijgen na afloop van het jaar geld terug. Naar mijn oordeel zijn de ontwikkelingen op het gebied van de eigen betalingen nog niet op het eindpunt aangekomen met de introductie van de huidige no-claimteruggaveregeling. In mijn brief aan de Tweede Kamer van 28 april (Kamerstukken II 2004/05, 29 483 nr. 26) ben ik ingegaan op enkele suggesties voor doorontwikkeling van de eigen betalingen. Het ging hierbij om het VVD-voorstel voor een leeftijdsgebonden premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie en de IZA-systematiek waarbij eigen bijdragen op basis van inkomen zijn gemaximeerd. Zoals al eerder toegezegd, zal ik voor het zomerreces de beide Kamers informeren over het onderzoek naar de haalbaarheid van het VVD-voorstel. Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Zvw in de Eerste Kamer op 7 juni 2005 (Kamerstukken I 2004/05, 29 763, G) heb ik de leden van de Eerste Kamer toegezegd een haalbaarheidsonderzoek te doen naar het IZA-systeem. Daarnaast heb ik de Eerste Kamer een studie toegezegd naar het omzetten van de no-claim in verplicht eigen risico. Ik heb beloofd deze onderzoeken van een standpunt te voorzien en deze de Eerste Kamer te doen toekomen vóór de behandeling van de I&A-wet Zvw in de Eerste Kamer. De uitkomsten en mijn standpunt zal ik ook aan uw Kamer zenden.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat inmiddels het saldo is van de no-claim van de ziekenfondsverzekerdenpopulatie. Zij willen weten of dit fors lager is dan verwacht als gevolg van (hoge) dbc-tarieven en de (stakende) huisartsen. Zegt dit iets over de effectiviteit van dit instrument en is het een overweging om alsnog de no-claim te schrappen? De leden vragen tot slot of ik nog steeds denk dat het praktisch is om eerst de no-claim vol te maken en dan het eigen risico te laten ingaan, of dat ik misschien toch liever de volgorde zou omkeren?

Bij mijn brief aan de Tweede Kamer van 12 april 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 483 nr. 25) heb ik de Tweede Kamer het evaluatiekader voor de no-claimteruggaveregeling doen toekomen. De ziekenfondsen zullen uiterlijk 1 april 2006 de no-claimteruggave over 2005 uitkeren. Op dat moment is bekend wat de realisatiecijfers van de no-claimteruggaveregeling zullen zijn. Omdat het CVZ van de verzekeraars tussentijds geen informatie krijgt aangeleverd over de vulling van de no-claim, is het niet mogelijk om antwoord te geven op een dergelijke vraag. Indien deze informatie wel beschikbaar zou zijn, zou het overigens niet mogelijk zijn om op basis van dergelijke tussentijdse informatie bruikbare conclusies te trekken over de uiteindelijke realisatie van de no-claim. Zonder enig vergelijkingsmateriaal uit eerdere jaren en als gevolg van de specifieke systematiek van de no-claim is het onmogelijk om een extrapolatie te maken voor de opbrengst van de no-claim in 2005.

Sinds 1 januari 2005 bestaat er voor de ziekenfondsverzekerden een no-claim ter waarde van € 255. Naast deze no-claim hebben verzekeraars vanaf 1 januari 2006 de mogelijkheid om een vrijwillig eigen risico aan te bieden tot maximaal € 500 (in vijf treden van € 100). Op 20 december 2004 heb ik in de tweede Nota van wijziging (Kamerstukken II 2004–05, 29 763, nr. 63) in onderdeel A, geregeld dat kosten van zorg eerst in mindering worden gebracht op de no-claimteruggave en pas daarna op een eventueel eigen risico.

Deze verplichte volgorde is ingegeven door de volgende overwegingen:

- In het geval dat verzekeraars zelf de volgorde van no-claim en eigen risico kunnen bepalen, is de hoogte van de no-claimteruggave niet langer éénduidig bepaald. Dit leidt tot problemen bij de risico-verevening.
- De no-claimteruggave is het resultaat van een besluitvormingstraject waarin verschillende opties zorgvuldig zijn afgewogen. Uiteindelijk is een eigen betaling geïntroduceerd, zonder dat de burger een directe betalingsdrempel ervaart bij gebruik van een zorgvoorziening. Indien een polis wordt aangeboden waarbij eerst het eigen risico en dan pas de no-claim wordt aangesproken, is er wel sprake van een betalingsdrempel.
- Met de invoering van de nieuwe Zvw en de no-claim worden al dusdanige veranderingen doorgevoerd dat duidelijkheid over de volgorde van no-claim en eigen risico gewenst zijn.

Zoals ik ook al in het antwoord op de vraag van de leden van het CDA heb aangegeven heb ik de Eerste Kamer een studie toegezegd naar het omzetten van de no-claim in verplicht eigen risico. De uitkomsten en mijn standpunt zal ik ook aan uw Kamer zenden.

### **Verevening en zeldzame aandoeningen**

De leden van de CDA-fractie wijzen er op dat het vereveningssysteem nog niet volmaakt is, en geven aan dat zij daarom een amendement hebben ingediend waarin opgenomen is dat de regering nog vijf jaar generieke ex-post verevening mag toepassen. Dit amendement heeft zijn beslag gevonden in het derde lid van artikel 34 van de Zvw.

Voorts haalt de CDA-fractie ook het rapport van de NPCF aan waaruit naar

voren komt dat met behulp van een vragenlijst ongunstige risico's voor de Zvw kunnen worden geweerd bij de aanvullende verzekering.

Ik deel de mening van het NPCF dat het ex-ante vereveningssysteem nog niet is uitontwikkeld en ook in de toekomst verdere verbeteringen zal ondergaan. In de loop van de jaren het huidige vereveningsmodel steeds verder verbeterd en uitgebreid met meerdere verdeelcriteria. Dit proces zal worden voortgezet. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met wetenschappers en zorgverzekeraars.

Bij de verfijning en uitbreiding van het vereveningsmodel moet ook de transparantie en uitvoerbaarheid van het model in het oog worden gehouden. Om uitvoeringstechnische redenen is het niet mogelijk om (bijvoorbeeld bij de indeling van de Diagnose Kosten Groepen (DKG's) en de Farmacie Kosten Groepen (FKG's) rekening te houden met alle aandoeningen (en alle risicovolle groepen) die er zijn. Dat zou leiden tot veel extra FKG's en DKG's voor aandoeningen die zeer incidenteel voorkomen. Dit zou een ondoorzichtig en onuitvoerbaar vereveningssysteem tot gevolg hebben en bovendien het risico in zich dragen dat op bepaalde terreinen overcompensatie plaatsvindt of ondoelmatig gedrag wordt beloond.

Ik heb dan ook niet het voornemen voor alle zeldzame aandoeningen aparte FKG's en DKG's op te nemen. Wel laat ik onderzoeken of er op een meer expliciete wijze en vooraf rekening kan worden gehouden met dure, zeldzame aandoeningen door deze bijvoorbeeld geclusterd onder te brengen in een aparte FKG voor zeldzame dure aandoeningen. Het is, zeker gezien de benodigde medisch-inhoudelijke toetsing die een dergelijk onderzoek vergt, niet mogelijk reeds in 2006 een dergelijke FKG voor zeldzame aandoeningen op te nemen. Ik streef ernaar voor het vereveningssysteem in 2007 een beslissing op dit punt te nemen. Daarnaast heb ik het voornemen in 2006 de huidige set van FKG's uit te breiden met extra aandoeningen, waaronder diabetes II. De onderzoeken die zijn uitgevoerd hebben voldoende onderbouwing voor deze uitbreiding opgeleverd. Een groot aantal extra verzekerdens ontvangt hierdoor een vergoeding in verband met chronische ziekte. Hiermee wordt naar mijn mening in 2006 een belangrijke stap gezet in het proces van het zo goed mogelijk compenseren van chronisch zieken.

De leden van de CDA-fractie memoreren ook dat zij een aantal voorstellen van het NPCF rapport bij motie hebben aangenomen. Het gaat hier om het toevoegen van meerjarige DKG's en FKG's, indicatoren voor psychische aandoeningen en het meenemen van de samenloop van meerdere aandoeningen aan het vereveningsmodel.

Het is mijn voornemen om ten behoeve van de verdeling 2007 zo spoedig mogelijk nader onderzoek te plegen naar de toegevoegde waarde van het opnemen van meerjarige DKG's en FKG's, indicatoren voor psychische aandoeningen en het meenemen van de samenloop van meerdere aandoeningen. Hierbij zal zowel aandacht worden besteed aan het effect op de verdelende werking van het risicovereveningssysteem, op medisch-inhoudelijke validiteit en op uitvoeringstechnische aspecten. Als het onderzoek aanleiding geeft tot modelaanpassing op deze punten, dan zal ik, op grond ook van mijn bevoegdheden als geregeld in het Besluit de huidige DKG's en FKG's in deze zin aan passen. Gezien het belang van een objectief en betrouwbaar vereveningssysteem wil ik mij nog niet op voorhand – zonder nader onderzoek – vastleggen op aanpassingen van het vereveningsmodel in bedoelde zin.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik om zal gaan met de overheveling van de ggz in relatie tot het vereveningsstelsel.

Het huidige vereveningsmodel voor de Zfw vormt de basis voor een nieuw vereveningsmodel voor de Zvw. Bij de overheveling van de geneeskundige ggz naar de Zvw wordt dit model uitgebreid met een afzonderlijk deelbudget voor de geneeskundige ggz. De mate waarin het vereveningsmodel op dit punt kan worden ingevuld, hangt vooral af van de beschikbaarheid en de bruikbaarheid van de huidige ggz-gegevens. In 2007, als de geneeskundige ggz risicodragend wordt voor verzekeraars, zal het deelbudget geneeskundige ggz in elk geval de verdeelkenmerken leeftijd, geslacht en regio bevatten. Onderzoek naar de beschikbaarheid en bruikbaarheid van gegevensbestanden heeft aangetoond dat dit haalbaar is. Als de geneeskundige ggz eenmaal is overgeheveld naar de Zvw, komen gedetailleerdere gegevens beschikbaar via de administraties van de zorgverzekeraars. Dan kan het vereveningsmodel voor de ggz gaandeweg een meer verfijnde vorm krijgen met bijvoorbeeld toevoeging van meer ggz-specifieke FKG's en DKG's.

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

In dit onderdeel zijn eerst de vragen uit het verslag beantwoord die opgenomen zijn in het onderdeel «Studenten». Daarna volgen de overige vragen over dit onderwerp.

Tot 1998 konden studenten particulier of ziekenfondsverzekerd zijn. In 1998 is besloten (Herstructurering Ziekenfondswet) om particulier verzekerde 65-plussers onder bepaalde voorwaarden toegang tot de Zfw te geven. Om de marktverhoudingen – lees: de verhouding tussen het aantal particulier en het aantal ziekenfondsverzekerden – niet te verstoren is toen besloten om studenten niet langer toegang tot de ziekenfondsverzekering te geven. Vanaf die tijd zijn studenten voor hun ziektekostenverzekering aangewezen op de studentenstandaardpakketpolis (sspp). Deze zorgverzekering is toegankelijk voor alle studenten. Om de sspp financieel toegankelijk te houden is in 1998 geld overgeheveld van de Zfw naar de studiefinanciering. De (verhoging van de) studiefinanciering is indertijd dus afgestemd op de premie voor de sspp en daarmee op de particulier verzekerde student.

Een groot aantal studenten heeft echter een baantje naast de studie genomen. Omdat de Zfw geen urencriterium kent, kunnen studenten op deze wijze toch voor een zeer beperkt bedrag ziekenfondsverzekerd blijven en tegelijkertijd de (verhoogde) studiefinanciering ontvangen. In de studiefinanciering is immers geen neerwaartse correctie aangebracht, hoewel deze studenten met een kleine bijbaan in feite lagere ziektekosten hebben dan het bedrag waar in de studiefinanciering rekening mee is gehouden.

Door de invoering van de Zvw worden de premielasten beter zichtbaar. Studenten die op basis van een sspp particulier zijn verzekerd worden gecompenseerd. Voor ziekenfondsverzekerde studenten is er volgend jaar sprake van een nadeel. Dit nadeel hangt samen met het wegvallen van het hierboven beschreven en onbedoelde voordeel dat deze studenten de afgelopen jaren hebben gehad.

De leden van de SGP begrijpen dat studenten een vergoeding ontvangen voor gestegen zorgkosten via hun aanvullende beurs. Onduidelijk is hoe de precieze verhoging zich verhoudt tot het door hen extra te betalen bedrag. Zij vragen of met voorbeelden kan worden aangegeven hoe deze regeling uitpakt voor zowel particulier als ziekenfondsverzekerde studenten. Voor de beoordeling van de inkomenseffecten van het nieuwe zorgstelsel is uitgegaan van de particulier verzekerde studenten. In het huidige zorgstelsel is er een speciale goedkope studentenstandaardpakketpolis voor studenten.

In de studiefinanciering bestaat op dit moment in de aanvullende beurs een extra component voor ziektekosten voor studenten die particulier zijn verzekerd. Deze component komt te vervallen, omdat het onderscheid tussen particulier en ziekenfonds verzekerden komt te vervallen. Om negatieve inkomenseffecten te voorkomen wordt het budget dat vrijkomt door het vervallen van de ziektekostentoeslag (€ 35 miljoen) en de € 33 miljoen aan extra middelen ingezet om de aanvullende beurs structureel voor alle studenten met een aanvullende beurs met € 330 per jaar te verhogen en in 2006 incidenteel met € 70 extra te verhogen. Hiermee worden de negatieve koopkrachteffecten beperkt. Een alternatief om deze middelen geheel of deels via de basisbeurs in te zetten is niet reëel, omdat dan negatieve effecten zouden ontstaan bij de groep waarvoor deze middelen juist zijn vrijgemaakt: de particulier verzekerde studenten. De grootste negatieve effecten zouden dan bovendien fors erop uitpakken dan met de gekozen inzet van de compensatiemiddelen.

Naast de studenten met een studentenstandaardpakketpolis zijn er studenten die een klein bijbaantje hebben, waardoor zij ook goedkoop verzekerd zijn via het ziekenfonds. Deze studenten hebben via hun bijbaantje een aantal jaar een onbedoeld voordeel gehad, doordat zij relatief goedkoop via het ziekenfonds verzekerd waren. Deze situatie wordt nu in feite rechtgetrokken. Alle studenten zijn vanaf 2006 op dezelfde wijze verzekerd. Er is geen verschil meer tussen particulier en ziekenfondsverzekerde studenten. Voor de hogere premie in het nieuwe zorgstelsel worden de huidige particulier verzekerde studenten ruimschoots gecompenseerd via de zorgtoeslag. Ook de studenten die nu via het ziekenfonds zijn verzekerd hebben vanaf 2006 recht op de zorgtoeslag.

In de tabel zijn in de tweede kolom de effecten van de Zvw en de Wzt en het vervallen van de ziektekostencomponent in de aanvullende beurs weergegeven. In de derde kolom staan de effecten na het verhogen van de aanvullende beurs. Een positief percentage betekent dat de student er financieel op vooruit gaat. In de tabel is gepoogd een sluitend overzicht van de voorkomende groepen te geven. Bij ziekenfondsverzekerde studenten is dit niet mogelijk omdat het specifieke effect afhangt van het inkomen van de student in 2005, dit heeft namelijk gevolgen voor de hoogte van de procentuele premie. Bij ziekenfondsverzekerde studenten is uitgegaan van een netto jaarinkomen van € 4700. Dit is het gemiddelde inkomen van studenten met een bijbaan. Voor studenten jonger dan 18 jaar is een gemiddelde weergegeven omdat het hier om een beperkte groep gaat. Zij gaan er allemaal in koopkracht op vooruit, omdat zij vanaf 2006 gratis zijn meeverzekerd bij hun ouders.

**Tabel 1. Effect in 2006 van nieuw zorgstelsel in percentage van het normbudget voor uitwonende studenten**

	zonder compensatiemiddelen studiefinanciering	met compensatiemiddelen studiefinanciering
18-19 = leeftijd 18 en 19 jaar		
18+ = leeftijd 18 jaar en ouder		
20+ = leeftijd 20 jaar en ouder		
Particulier 20+ met aanvullende beurs	- 4,3%	0,2%
Particulier 18-19 met aanvullende beurs	- 5,1%	- 0,6%
Particulier 20+ met alleen basisbeurs of lening	0,8%	0,8%
Particulier 18-19 met alleen basisbeurs	0,0%	0,0%
Ziekenfonds 18+ met alleen basisbeurs of lening	- 2,6%	- 2,6%
Ziekenfonds 18+ met aanvullende beurs	- 2,6%	1,9%
Studenten jonger dan 18 jaar (gewogen gemiddelde)	3,6%	5,6%
Totaal gewogen gemiddelde particulier en ziekenfonds	- 2,1%	- 0,5%
Gewogen gemiddelde particulier 18+	- 1,4%	0,2%

De leden van de SGP vragen voorts waarom ervoor gekozen is om studenten zonder aanvullende beurs niet extra te compenseren.

Bij het bezien van de inkomenseffecten ben ik uitgegaan van de situatie van de particulier verzekerde student. In de tabel hierboven is te zien dat particulier verzekerde studenten zonder aanvullende beurs – in tegenstelling tot wat in de vraag is gesteld – er juist op vooruitgaan met het nieuwe zorgstelsel. Daarbij is het van belang zich te realiseren dat ook studenten in aanmerking komen voor de zorgtoeslag. Dit is in de effecten in de tabel verwerkt.

De leden van de PvdA vragen naar een overzicht van de vermindering of stijging in netto kosten voor de zorg/ziektekostenverzekering ten opzichte van de huidige verzekering voor studenten met

- alleen basisbeurs
- basisbeurs en € 400 bijverdiensten per maand
- basisbeurs en € 600 bijverdiensten per maand
- basisbeurs en € 100 aanvullende beurs
- basisbeurs en maximale aanvullende beurs

Onderstaand overzicht vermeldt de effecten van het zorgstelsel in 2006 in een percentage van de uitwonende beurs voor studenten. Er is uitgegaan van de situatie voor studenten van 20 jaar en ouder. Meegenomen in de berekening zijn verzekeringskosten, no-claim korting/eigen risico en wijzigingen in studiefinanciering als gevolg van het nieuwe zorgstelsel. Dit komt overeen met de berekening in de antwoorden op vragen van SGP en CDA over de effecten voor studenten.

**Tabel 2. Effecten voor uitwonende studenten**

	Effecten in percentage van het normbudget voor uitwonende studenten (positief is daling kosten)
Particulier met alleen basisbeurs	0,8%
Ziekenfonds met alleen basisbeurs en € 400 bijverdienste per maand	- 2,6%
Ziekenfonds met alleen basisbeurs en € 600 bijverdienste per maand	- 2,3%
Particulier met € 100 aanvullende beurs in 2005	0,2%
Particulier met volledige aanvullende beurs	0,2%

Uit het overzicht blijkt dat de kosten voor zorg voor studenten die nu particulier verzekerd zijn dalen. Bij het bezien van de inkomenseffecten is het kabinet uitgegaan van de situatie van de particulier verzekerde student.

De leden van de PvdA vragen of het klopt dat de compensatie van in totaal € 68 miljoen alleen ingezet wordt voor studenten met een aanvullende beurs. Ook vragen zij om hoeveel studenten het gaat. De compensatie van € 68 miljoen wordt inderdaad alleen ingezet voor 205.000 studenten met een aanvullende beurs. Dit is bovenop de zorgtoeslag die ook alle 588.000 studenten met studiefinanciering compensatie biedt. De leden van de PvdA vragen waarom in 2006 éénmalig € 70 wordt gegeven en waarom dit niet blijvend is. Tevens willen zij weten waaruit deze eenmalige compensatie wordt gedekt.

Met het bedrag dat beschikbaar is kan structureel € 330 per jaar in de aanvullende beurs worden gecompenseerd, ook in 2006. Daarnaast wordt in 2006 incidenteel nog € 70 extra gecompenseerd in de aanvullende beurs om daarmee de inkomenseffecten meer te spreiden in de eerste jaren. Deze ruimte is niet structureel beschikbaar, dus de verhoging is

slechts incidenteel. Dit kan gerealiseerd worden omdat een deel van de uitgaven pas in latere jaren relevante uitgaven wordt. Dit komt doordat de prestatiebeurs in eerste instantie als lening wordt verstrekt, pas bij het behalen van het diploma wordt de beurs omgezet in een gift. Dit is het moment waarop de uitgaven relevant worden voor de rijksbegroting.

De leden van de PvdA vragen hoe de zorgtoeslag voor studenten beïnvloed wordt door sterk wisselende verdiensten. De bijverdiengrens van de studiefinanciering voor studenten is lager dan het wettelijk minimumloon (WML). Dit betekent dat alle studenten die onder de inkomensgrens van de studiefinanciering blijven, ook in aanmerking komen voor de maximale zorgtoeslag. De zorgtoeslag wordt berekend over het verzamelinkomen van het jaar waarop de verzekering betrekking heeft. Dat inkomen kan pas na afloop van dat jaar worden vastgesteld. Voor alle verzekerden geldt dat gedurende het berekeningsjaar de zorgtoeslag die op basis van een schatting van het inkomen is berekend, bij wijze van voorschot wordt uitbetaald. Voor mensen met sterk wisselende inkomsten is die raming van het inkomen van het verzekeringsjaar moeilijk te maken. Dat kan er toe leiden dat na de definitieve vaststelling van het verzamelinkomen de zorgtoeslag wordt nabetaald of dat betrokkene een bedrag moet terugbetalen. In de voorlichting betreffende de zorgtoeslag wordt goed gecommuniceerd dat de uitkering van de zorgtoeslag in 2006 een voorschot betreft en dat men er rekening mee moet houden dat indien het inkomen hoger uitvalt dan aanvankelijk was voorzien, men (een deel van) de zorgtoeslag moet terugbetalen. Belanghebbende kan die mogelijke terugbetaling beperken door in de loop van het verzekeringsjaar de BD/T te informeren over de toename van zijn inkomen ten opzichte van de schatting. De BD/T kan dan in de loop van het berekeningsjaar de hoogte van de zorgtoeslag bijstellen of de zorgtoeslag geheel stopzetten, waardoor betrokkene minder kans loopt met een terugbetaling te worden geconfronteerd.

De PvdA heeft gevraagd wat de invloed is voor een student met een aanvullend pakket, die op één polis staat met de Wtz-verzekering.

De studentenstandaardpakketpolis is een op zichzelf staande verzekeringsovereenkomst. Daarnaast kan een verzekerde (in dit geval een student) een separate overeenkomst sluiten met zijn verzekeraar over een aanvullende verzekering voor een aanvullend pakket. De aanvullende verzekering wordt dus niet gewijzigd.

De leden van de CDA-fractie vragen of voor de volgende categorieën kan worden aangegeven wat de effecten van Zvw, de Wzt en de I&A-wet Zvw zijn:

- 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 € 3 000 per jaar bijverdient.
- c. Een alleenstaande AOW-er zonder aanvullend pensioen.
- d. Een alleenstaande AOW-er met een aanvullend pensioen van € 3 000 per jaar
- e. Een echtpaar met louter AOW.
- f. Een ANW-gerechtigde zonder enig ander inkomen.

De effecten voor de categorieën c. tot en met f. zijn hieronder opgenomen in tabel 8, met dien verstande dat hier de gebruikelijke categorieën AOW zonder aanvullend en met een aanvullend pensioen € 5000 zijn opgenomen. De Anw-gerechtigde komt voor zijn ziektekosten in het huidige en nieuwe stelsel overeen met een alleenstaande op minimumniveau. De overige effecten (zoals bijvoorbeeld de arbeidskorting) zijn voor hem iets negatiever waardoor een koopkrachteffect resulteert van 0%.

De effecten voor de categorieën a. en b. zijn als volgt. Inkomsten spelen alleen een rol bij studenten die ziekenfonds zijn verzekerd. In het antwoord ben ik uitgegaan van ziekenfondsverzekerde studenten met een inkomen van € 3000 per jaar. De effecten verschillen voor studenten met en zonder aanvullende beurs. Voor beide casussen is hieronder dan ook voor MBO-student met en MBO-student zonder aanvullende beurs een overzicht gegeven van de effecten. De casussen betreffen studenten van 19 jaar oud. Voor particulier verzekerde studenten van 20 jaar en ouder zijn de effecten positiever. In het antwoord op een vraag van leden van de SGP is een totaaloverzicht opgenomen. Verschil tussen ziekenfonds-verzekerden in dat overzicht en het onderstaande overzicht zijn te verklaren door een verschil in de hoogte van de procentuele premie, als gevolg van de hoogte van de bijverdiensten. Tevens speelt een rol dat in het eerdere overzicht de effecten zijn afgezet tegen het normbudget van de student hoger onderwijs, dat iets hoger ligt dan dat voor een mbo-student.

**Tabel 3. Overzicht van het gezamenlijk effect van de Zvw, de wet op de zorgtoeslag en de invoerings- en aanpassingswet in percentage van het normbudget voor uitwonnende MBO-studenten**

Zfw-verzekerde student van 19 jaar met aanvullende beurs en € 3000 uit inkomen	1,7%
Zfw-verzekerde student van 19 jaar zonder aanvullende beurs en € 3000 uit inkomen	- 3,2%
Particulier verzekerde student van 19 jaar met aanvullende beurs	- 0,6%
Particulier verzekerde student van 19 jaar zonder aanvullende beurs	0,0%

De leden van de CDA fractie geven voorts aan sympathie te hebben 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.

Studenten komen net als andere jongeren in aanmerking voor de zorgtoeslag. Naast de zorgtoeslag is er nog een extra compensatie voor studenten. Deze is specifiek gericht op studenten en kan het meest gericht worden ingezet via de studiefinanciering.

Er ontstaan ook effecten voor studenten in de studiefinanciering, doordat de aparte component ziektekosten voor particulier verzekerde studenten niet kan blijven bestaan. Immers het onderscheid tussen particulier en ziekenfonds verzekerden komt te vervallen vanaf 1 januari 2006. Mogelijke negatieve koopkrachteffecten voor particulier verzekerde studenten met een aanvullende beurs kunnen het meest gericht worden voorkomen door de extra compensatiemiddelen voor studenten te gebruiken om de aanvullende beurs van de studiefinanciering generiek te verhogen.

De PvdA-fractie vragen tevens om de koopkrachteffecten voor alleenstaanden met een minimumjeugdloon en Wajong-gerechtigden. De PvdA-fractie willen een vergelijking kunnen maken met de tabel op pagina 13 (Kamerstukken II 2004/05, 29 762 / 29 763, nr. 15).

De gevraagde informatie is te vinden in onderstaande tabel.

**Tabel 4. Koopkrachteffecten invoering Zvw minimumjeugdloon en Wajong (%)**

	18 jaar	19 jaar	20 jaar	21 jaar	22 jaar	23 jaar
Minimumjeugdloon	- 0,5%	0,0%	0,4%	0,7%	1,2%	1,8%
Wajong	- 2,9%	- 2,4%	- 1,0%	- 0,5%	- 0,2%	0,2%



De leden van de fractie van de PvdA vragen wanneer de Kamer de definitieve inkomensplaatjes als gevolg van deze wet en de Zvw/zorgtoeslag krijgt. De leden vragen of zij het goed begrijpen hebben dat het de bedeling is bij deze wet ook te spreken over de totale inkomensgevolgen van de stelselherziening. De leden zouden – zoals zij reeds eerder benadrukt hebben – graag een herberekening zien van alle inkomensplaatjes op basis van de aangepaste gegevens.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook om de effecten van Zvw/Wzt op basis van de gewijzigde percentages zoals toegezegd is aan de Eerste Kamer, analoog aan tabel 3, pagina 35–2368 handelingen TK, aangevuld met de volgende groepen: 18 jarige alleenstaande met een minimum loon en een wajonger van 23 jaar, zodanig dat de koopkrachteffecten vergelijkbaar zijn.

Onderstaande tabel geeft de verwachte koopkrachtontwikkeling 2006 op basis van het Centraal Economisch Plan (CEP) van het CPB na verwerking van de wijzigingen in het compensatiepakket (met name gewijzigde vormgeving percentages zorgtoeslag). Nieuwe economische ramingen en nadere besluitvorming in augustus kunnen dit beeld nog doen wijzigen. De nieuwste inzichten indiceren dat het beeld iets kan verslechteren. In september is een nieuwe integrale koopkrachtraming voor 2006 beschikbaar.

**Tabel 5. Verwachte koopkrachtontwikkeling 2006**

<b>Actieven:</b>	<b>Alleenverdiener met kinderen</b>	
	minimumplus	1,4%
	modaal	0,9%
	2x modaal	5,6%
	<b>Alleenverdiener zonder kinderen</b>	
	modaal	0,2%
	2x modaal	1,8%
	<b>Tweeverdieners met kinderen</b>	
	modaal + 1/2 modaal	0,6%
	2x modaal + 1/2 modaal	3,6%
	<b>Tweeverdieners zonder kinderen</b>	
	modaal + modaal	0,9%
	2x modaal + modaal	0,6%
	<b>Alleenstaande</b>	
	minimumloon	1,4%
modaal	0,9%	
2x modaal	0,4%	
<b>Alleenstaande ouder</b>		
minimumloon	1,1%	
modaal	1,6%	
<b>Inactieven:</b>	<b>Sociale minima</b>	
	paar met kinderen	1,5%
	alleenstaande	0,0%
	alleenstaande ouder	1,2%
	<b>AOW (alleenstaand)</b>	
	Sociaal minimum	0,7%
	AOW + € 5.000	0,7%
	<b>AOW (paar zonder kinderen)</b>	
	Sociaal minimum	0,8%
	AOW + € 5.000	0,3%
AOW + € 10.000	5,2%	
AOW + € 15.000	2,5%	

De leden van de PvdA-fractie vragen naar een overzicht van de inkomenseffecten van het al dan niet overhevelen van de ggz. Zij willen weten hoe de nominale Zvw premie, inkomensafhankelijke bijdrages voor AWBZ en Zvw alsmede de zorgtoeslag veranderen.

Indien de overheveling van de ggz niet zou zijn verwerkt in de premiestelling van de Zvw zou de nominale premie voor de Zvw € 85 lager uitkomen en de inkomensafhankelijke bijdrage 0,55% lager, terwijl de AWBZ-premie 1,05% hoger zou zijn. De maximale zorgtoeslag voor een alleenstaande zou € 85 minder worden en voor een meerpersoonshuishouden € 170 minder. De overheveling van de ggz is dus nivellerend omdat de lage inkomens wel een AWBZ-premie betalen maar door de zorgtoeslag volledig beschermd worden voor de premieverhoging die het gevolg is van de overheveling. Het overhevelen van de ggz heeft geen consequenties voor de werkgeverslasten. De afspraak is immers dat de lasten voor werkgevers als gevolg van de invoering van de Zvw gelijk blijven. De hogere lasten ten gevolge van de overheveling van de ggz worden gecompenseerd door een verlaging van de premie voor de WAO.

De leden van de PvdA-fractie wensen voor een breed scala aan groepen inzicht in de hoogte van de nominale premies minus de zorgtoeslag in het huidige en het nieuwe zorgstelsel.

De hieronder opgenomen tabellen bevatten de gevraagde informatie. In deze tabellen is ook de vraag van de leden van de CDA-fractie over de hierboven genoemde categorieën opgenomen. Om de vergelijking compleet te maken zijn voor het huidige stelsel naast de nominale premie ook de no-claimteruggaaf, het eigen risico en de procentuele (werknemers)premie toegevoegd. Voor 65-minners betreft de procentuele premie uitsluitend het werknemersdeel. Aangezien 65-plussers in de Zfw en de Zvw ook het werkgeverspremie betalen, is deze premie voor deze categorie meegenomen onder procentueel. In de tabel zijn de groepen weggelaten die in de praktijk niet voorkomen. Zo is de bijstandnorm voor een alleenstaande 70% van het WML. Alleenstaanden met een inkomen lager dan 70% WML komen dan ook niet voor.

De kolom «zorgkosten totaal» (kolom 4 in de overzichten) vormt de kern van het overzicht. Deze kolom geeft het effect van de stelselwijziging op de premies en de zorggerelateerde kosten weer. *Voor alle helderheid: lagere zorgkosten (met een positief effect op de koopkracht) zijn in deze kolom met een minteken weergegeven.*

In de laatste drie kolommen worden de – met nadruk – voorlopige koopkrachtcijfers voor komend jaar weergegeven. Voor de duidelijkheid: in deze kolommen betekent een positief teken een koopkrachtverbetering. Ter illustratie: de alleenstaande die 100% minimumloon verdient heeft volgend jaar € 150 lagere zorgkosten (zie kolom 4 van tabel 6). Daarnaast leiden andere zaken tot een positief effect op de koopkracht van € 40 (kolom 5 van tabel 6). Het totale koopkrachteffect bedraagt daarmee € 190 (kolom 6).

**Tabel 6. Alleenstaanden en alleenverdieners**

Alleenstaanden en alleenverdieners. Voorlopige cijfers. Augustusbesluitvorming kan tot aanpassing leiden.

		premie's										totaal				
		huidig zorgstelsel					Zvw									
		nominaal	no-claim-teruggaaf/eigen risico	ziekenfondsprocentueel	totaal	totaal als % verzaamelinkomen	nominaal	no-claim-teruggaaf	zorgtoeslag	totaal	totaal als % verzaamelinkomen	zorggerelateerd <sup>1</sup>	zorgkosten totaal	overige koopkrachtheffecten <sup>2</sup>	€	%
		(1)	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)	(3)	(3)	(4)	(4)	(5)	(6)	(6)	(6)
<b>Alleenstaanden</b>																
minimumloon		390	- 80	170	480	3,9%	1 110	- 80	- 420	610	5,0%	- 150	- 20	40	60	0,7%
70%		390	- 80	210	520	3,3%	1 110	- 80	- 420	610	3,9%	- 190	- 100	80	180	1,5%
100%		390	- 80	230	540	3,2%	1 110	- 80	- 420	610	3,5%	- 220	- 150	40	190	1,5%
110%		390	- 80	260	570	3,0%	1 110	- 80	- 350	680	3,6%	- 210	- 100	100	200	1,5%
120%		390	- 80	280	590	2,9%	1 110	- 80	- 270	760	3,7%	- 250	- 80	90	170	1,2%
130%		390	- 80	300	610	2,8%	1 110	- 80	- 190	840	3,8%	- 280	- 50	80	130	0,9%
150%		390	- 80	320	630	2,7%	1 110	- 80	- 110	920	3,9%	- 300	- 10	90	100	0,6%
200%		390	- 80	350	660	2,6%	1 110	- 80	- 30	1 000	4,0%	- 310	30	100	70	0,4%
modaal		390	- 80	410	720	2,4%	1 110	- 80	0	1 030	3,4%	- 380	- 70	100	170	0,9%
2x modaal		1 720	200	0	1 920	3,4%	1 110	- 80	0	1 030	1,8%	- 1 050	160	290	130	0,4%
<b>Alleenverdieners zonder kinderen</b>																
minimumloon		780	- 160	230	850	5,0%	2 220	- 160	- 1 190	870	5,0%	- 200	- 180	40	220	1,5%
110%		780	- 160	260	880	4,7%	2 220	- 160	- 1 120	940	5,0%	- 190	- 130	120	250	1,7%
120%		780	- 160	280	900	4,4%	2 220	- 160	- 1 040	1 020	5,0%	- 260	- 140	100	240	1,5%
130%		780	- 160	300	920	4,2%	2 220	- 160	- 960	1 100	5,0%	- 290	- 110	100	210	1,2%
150%		780	- 160	350	970	3,9%	2 220	- 160	- 800	1 260	5,0%	- 320	- 30	110	140	0,8%
200%		780	- 160	430	1 050	3,2%	2 220	- 160	- 410	1 650	5,0%	- 380	220	140	- 80	- 0,3%
modaal		780	- 160	410	1 030	3,5%	2 220	- 160	- 560	1 500	5,0%	- 390	80	120	40	0,2%
2x modaal		3 440	400	0	3 840	6,8%	2 220	- 160	0	2 060	3,6%	1 450	- 330	310	640	1,8%
<b>Alleenverdieners met kinderen</b>																
minimumloon		780	- 160	230	850	5,0%	2 220	- 160	- 1 190	870	5,0%	- 160	- 140	- 120	20	0,1%
110%		780	- 160	260	880	4,7%	2 220	- 160	- 1 120	940	5,0%	- 380	- 320	- 40	280	1,6%
120%		780	- 160	280	900	4,4%	2 220	- 160	- 1 140	1 020	5,0%	- 270	- 150	120	270	1,4%
130%		780	- 160	300	920	4,2%	2 220	- 160	- 960	1 100	5,0%	- 310	- 130	120	250	1,3%
150%		780	- 160	350	970	3,9%	2 220	- 160	- 800	1 200	5,0%	- 360	- 70	130	200	0,9%
200%		780	- 160	430	1 050	3,2%	2 220	- 160	- 410	1 650	5,0%	- 270	330	710	380	1,6%
modaal		780	- 160	410	1 030	3,5%	2 220	- 160	- 570	1 490	5,0%	- 530	- 70	140	210	0,9%
2x modaal		5 160	600	0	5 750	10,0%	2 220	- 160	0	2 060	3,6%	1 840	- 1 850	140	1 990	5,6%

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

<sup>2</sup> Dit betreft naast de effecten van de contracttoonstijging en de inflatie o.a. ook de verhoging van de combinatiekorting en de stroomlijning van de kinderkorting.

(3) NB - = lagere zorgkosten = koopkrachtverbetering.

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

(5) NB. + = koopkrachtverbetering.

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

**Tabel 7. Tweeverdieners**

Tweeverdieners. Voorlopige cijfers. Augustusbesluitvorming kan tot aanpassing leiden.

	premie's										totaal					
	huidig zorgstelsel					Zvw										
	nominaal	no-claim-teruggaaf/eigen risico	ziekenfondspro-centueel	totaal	totaal als % verzamelinkomen	nominaal	no-claim-teruggaaf	no-claim-teruggaaf	zorgtoeslag	totaal	totaal als % verzamelinkomen	zorggerelateerd <sup>1</sup>	zorgkosten totaal	overige koopkracht-effecten <sup>2</sup>	€	%
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(6)
<b>Tweeverdieners zonder kinderen (beide partners verdienen onderstaand inkomen)</b>																
minimumloon																
50%	780	- 160	240	860	4,9%	2 220	- 160	- 160	- 1.180	880	5,0%	- 190	- 170	50	220	1,6%
70%	780	- 160	330	950	3,9%	2 220	- 160	- 160	- 830	1 230	5,0%	- 300	- 20	100	120	0,6%
90%	780	- 160	420	1 040	3,3%	2 220	- 160	- 160	- 490	1 570	5,0%	- 380	150	150	0	0,0%
100%	780	- 160	470	1 090	3,2%	2 220	- 160	- 160	- 330	1 730	5,0%	- 420	220	170	- 50	- 0,2%
110%	780	- 160	510	1 130	3,0%	2 220	- 160	- 160	- 170	1 890	5,0%	- 440	320	200	- 120	- 0,4%
120%	780	- 160	560	1 180	2,9%	2 220	- 160	- 160	- 10	2 050	5,0%	- 510	360	170	- 190	- 0,7%
130%	780	- 160	600	1 220	2,8%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	4,7%	- 560	280	170	- 110	- 0,4%
150%	780	- 160	690	1 310	2,6%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	4,1%	- 630	120	190	70	0,2%
200%	780	- 160	860	1 480	2,3%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	3,1%	- 760	- 180	260	440	1,1%
modaal	780	- 160	830	1 450	2,4%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	3,4%	- 750	- 140	210	350	0,9%
2x modaal	3 440	400	0	3 840	3,4%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	1,8%	2 110	330	600	270	0,4%
<b>Tweeverdieners met kinderen (beide partners verdienen onderstaand inkomen)</b>																
minimumloon																
50%	780	- 160	240	860	5,0%	2 220	- 160	- 160	- 1.190	870	5,0%	- 190	- 180	80	260	1,6%
70%	780	- 160	330	950	3,9%	2 220	- 160	- 160	- 840	1 220	5,0%	- 320	- 50	250	300	1,4%
90%	780	- 160	420	1 040	3,4%	2 220	- 160	- 160	- 500	1 560	5,0%	- 380	140	440	300	1,2%
100%	780	- 160	470	1 090	3,2%	2 220	- 160	- 160	- 340	1 720	5,0%	- 410	220	500	280	1,0%
110%	780	- 160	510	1 130	3,1%	2 220	- 160	- 160	- 180	1 880	5,0%	- 390	360	500	140	0,5%
120%	780	- 160	540	1 160	2,9%	2 220	- 160	- 160	- 20	2 040	5,0%	- 470	400	420	20	0,1%
130%	780	- 160	560	1 180	2,7%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	4,7%	- 470	410	430	20	0,1%
150%	780	- 160	610	1 230	2,5%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	4,1%	- 460	370	440	70	0,2%
200%	780	- 160	690	1 310	2,0%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	3,1%	- 410	340	530	190	0,4%
modaal	780	- 160	670	1 290	2,2%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	3,4%	- 450	320	470	150	0,4%
2x modaal	5 150	600	0	5 760	5,2%	2 220	- 160	- 160	0	2 060	1,8%	2 340	- 1 360	800	2 160	3,1%

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

<sup>2</sup> Dit betreft naast de effecten van de contractloosstelling en de inflatie o.a. ook de verhoging van de combinatietoelating en de stroomlijning van de kinderkorting.

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

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

(5) NB. + = koopkrachtverbetering.

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

**Tabel 8. 65-plussers**

65+ Voorlopige cijfers. Augustusbesluitvorming kan tot aanpassing leiden.

	premie's										totaal	%		
	huidig zorgstelsel					Zvw								
	nominaal	no-claim-teruggaaf/eigen risico	ziekenfondsprocentueel	totaal	totaal als % verzamelinkomen	nominaal	no-claim-teruggaaf	no-zorgtoeslag	procentueel	totaal	totaal als % verzamelinkomen	zorggerelateerd <sup>1</sup>	zorgkosten totaal	overige koopkracht-effecten <sup>2</sup>
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(2)	(3)	(4)	(5)
alleenstaand				1 270	11,6%	1 110	- 80	- 420	740	1 350	12,3%	- 120	- 40	30
AOW	390	- 80	960	1 270	11,6%	1 110	- 80	- 420	740	1 350	12,3%	- 120	- 40	30
AOW+5 000	390	- 80	1 270	1 580	9,8%	1 110	- 80	- 420	1 060	1 670	10,2%	- 180	- 80	20
echtpaar				1 950	13,5%	2 220	- 160	- 1 190	1 020	1 890	13,0%	- 110	- 170	- 50
AOW	780	- 160	1 330	1 950	13,5%	2 220	- 160	- 1 190	1 020	1 890	13,0%	- 110	- 170	- 50
AOW+5 000	780	- 160	1 640	2 260	11,5%	2 220	- 160	- 1 080	1 330	2 310	11,8%	- 190	- 140	- 90
AOW+10 000	3 610	400	0	4 010	17,1%	2 220	- 160	- 830	1 650	2 880	11,7%	- 60	- 1 190	- 100
AOW+15 000	3 610	400	0	4 010	13,8%	2 220	- 160	- 570	1 960	3 450	11,6%	- 170	- 730	- 110

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

<sup>2</sup> Dit betreft naast de inflatie o.a. ook de mutaties van de ouderkortingen.

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

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

(5) NB. + = koopkrachtverbetering.

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

### **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 Zvw? Zo niet, wat verandert er dan?

In het compensatiepakket zijn als gevolg van de wijzigingen van de percentages veranderingen aangebracht. Met de nieuwe percentages voor de zorgtoeslag wordt recht gedaan aan de draagkracht van huishoudens en een beter herkenbare compensatie voor zorgkosten bereikt. Door deze aanpassingen ligt binnen het compensatiepakket een grotere nadruk op de zorgtoeslag en is het belang van het fiscale compensatiepakket minder geworden. Door de grotere nadruk op de zorgtoeslag worden de lagere inkomens beter bereikt.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de PvdA-fractie of bij de zorgtoeslag de normpremie wordt bepaald op basis van de naturapolissen, de restitutiepolissen of een mix van beide, kan ik meedelen dat de normpremie van een verzekerde wordt bepaald aan de hand van het verzamelinkomen van betrokkene. Indien de verzekerde een partner heeft, wordt de normpremie vastgesteld op basis van het verzamelinkomen van beide partners tezamen. De standaardpremie wordt vastgesteld op basis van de gewogen gemiddelde premie van een zorgverzekering, ongeacht of dat naturapolissen, restitutiepolissen of een mix van beide zijn.

De leden van de PvdA-fractie 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 vroegen hierop een reactie.

Zoals ik in mijn brief van 23 mei 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 6) uiteen heb gezet ben ik van mening dat de mogelijkheid van restitutie in de Zvw aan de verzekerde voldoende vrijheid biedt om zich te kunnen wenden tot de aanbieder van zijn eigen keuze. Het invoeren van een PGB in de Zvw voegt niets toe aan deze keuzevrijheid van de verzekerde. Ik ben van oordeel dat de mogelijkheid van restitutie in de Zvw een voldoende alternatief vormt voor een PGB. Naar aanleiding van de opmerking van deze leden dat restitutiepolissen waarschijnlijk duurder zullen zijn dan naturapolissen, wijs ik er op dat dit dan vooral zal komen omdat bij naturapolissen de verzekeraar afspraken met aanbieders maakt over prijs, kwaliteit en omvang van de te contracteren zorg. Met zijn inkoopkracht kan de verzekeraar lagere tarieven afspreken dan een individuele verzekerde. In geval van een PGB moet een individuele verzekerde afspraken maken met een zorgaanbieder en is er geen sprake van afspraken tussen de verzekeraar en de aanbieder. In die onderhandelingen ontbreekt dus ook de inkoopkracht van de verzekeraar die tot lagere tarieven kan leiden. In die zin zou een polis die uitgaat van een PGB-mogelijkheid geen verschil maken met een restitutiepolis en niet goedkoper zijn.

### **Geschillencommissie**

De leden van de fractie van de CDA vragen naar de stand van zaken rond de geschillencommissie. Zij vragen specifiek waarom een eigen bijdrage nodig is voor de toegang tot de geschillencommissie.

Vooraf zij opgemerkt dat de benaming «eigen bijdrage» in dit verband minder juist is. Het gaat niet zozeer om betaling van een deel van de kosten van de procedure door de verzekerde (of de zorgverzekeraar) die een zaak aan de geschillencommissie voorlegt, maar om een soort griffie-

geld. De heffing van een griffiegeld, zoals ook geldt bij het indienen van een bezwaarschrift op grond van de Awb en bij andere procedures, is met name bedoeld om de gebruikers van zo'n (in vergelijking tot de burgerlijke rechter, waaraan men desgewenst zijn zaak ook kan voorleggen) eenvoudig toegankelijke voorziening te prikkelen tot een zorgvuldig gebruik van die mogelijkheid. Door hantering van een beperkt «remgeld» wordt voorkomen dat verzekerden om elk wissewasje een beroep op de commissie respectievelijk de rechter doen.

Ik hecht eraan deze leden erop te wijzen dat de Zvw op dit punt geen verplichting bevat, noch voor de geschillencommissie om een griffiegeld te heffen, noch voor de verzekerden (of de zorgverzekeraars) die een zaak voorleggen, om dit te betalen. De Zvw verbiedt de zorgverzekeraars overigens ook niet de toegang tot de geschillencommissie zodanig te regelen dat een griffierecht wordt geheven. De verplichting aan de zorgverzekeraars om zorg te dragen voor een onafhankelijke geschillencommissie vormt een in mijn ogen in het kader van de sociale zorgverzekering noodzakelijke en evenredige beperking van de door het Europese recht gewaarborgde vrijheid van de zorgverzekeraars om het verzekeringsbedrijf uit te oefenen. Een verder gaande beperking in die zin dat ook zou worden bepaald dat gratis toegang tot de geschillencommissie moet zijn gewaarborgd, acht ik niet alleen op voorhand niet nodig, maar (daarom) ook bezwaarlijk wegens mogelijke strijd met de schaderichtlijnen. Ik wijs er nogmaals op dat het ook bij andere geschillenprocedures zeer gebruikelijk is dat degenen die de interventie van de geschillencommissie inroepen, een zeker bedrag betalen. Zoals ook bij andere geschillencommissies gebruikelijk, zal dat bedrag overigens worden terugbetaald indien de verzekerde (of de zorgverzekeraar) die de geschillencommissie heeft ingeschakeld, de zaak wint. Indien iemand na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij de zorgverzekeraar meent goede gronden te hebben om nog het oordeel van de geschillencommissie in te roepen, zal hij zijn kansen op succes moeten afwegen tegen de mogelijkheid van het verspelen van zijn griffierecht.

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

De leden van de VVD-fractie vragen naar de effecten van de wijzigingen in de buitengewone uitgaven samenhangend met de introductie van de zorgtoeslag. Ze vragen tevens om enkele cijfervoorbeelden. Ook de leden van de SGP-fractie vragen in dit verband naar de essentie van artikel 3.6.1. Met deze vraag beantwoord ik tevens deze vraag van de leden van de SGP-fractie bij dit artikel.

De buitengewone uitgaven voor ziektekosten worden in het huidige stelsel bepaald door:

- De nominale premie.
- De procentuele premie voor de ziekenfondsverzekering.
- Eventuele andere aftrekposten waaronder het ouderenfornit.
- De som van bovenstaande posten minus de drempel (11,2% van het inkomen) is de aftrek buitengewone uitgaven.

De aftrek buitengewone uitgaven wordt meegenomen in het verzamelinkomen. De hoogte van het verzamelinkomen is dus afhankelijk van de aftrek buitengewone uitgaven. Vanaf 1 januari 2006 hebben verzekerden recht op een zorgtoeslag. De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van het verzamelinkomen en de huishoudsamenstelling.

Na 1 januari 2006 moet voor de berekening van de aftrek buitengewone uitgaven ook de zorgtoeslag in mindering gebracht worden op de nominale premie. Hier ontstaat het probleem van de kringverwijzing. Voor de berekening van de buitengewone uitgaven moet de hoogte van de zorgtoeslag bepaald zijn. Maar voor de bepaling van de hoogte van de zorg-

toeslag is het verzamelinkomen en daarmee de hoogte van buitengewone uitgaven nodig.

Om deze kringverwijzing te voorkomen wordt het saldo van nominale premie en zorgtoeslag niet meegenomen bij de bepaling van de buitengewone lasten. De drempel voor de buitengewone uitgaven wordt verlaagd met de standaardpremie (gemiddelde premie in de markt) minus de zorgtoeslag. Naar aanleiding van vragen van de leden van de SGP-fractie willen we graag benadrukken dat deze wijzigingen gemiddeld genomen budget- en inkomensneutraal uitpakken en dat de toegankelijkheid van de buitengewone uitgaven niet wijzigt als gevolg van deze maatregelen.

In onderstaande tabel is voor 65-plus alleenstaand en gehuwd een cijfermatig voorbeeld gegeven.

**Tabel 9. Effecten aftrek buitengewone uitgaven (euro per jaar)<sup>1</sup>**

	AOW	Echtpaar AOW +5000 AOW	alleenstaand AOW + 5000	
nominale premie		2060	2060	1 030
inkomensafhankelijke bijdrage		1 020	1 335	740
zorgtoeslag	- 1 190	- 1 080	- 425	- 425
ouderenfornit	1 575	1 575	785	785
aftrek BU	3 465	3 890	2 130	2 450
drempel (11,2% van inkomen)	- 1 805	- 2 365	- 1 310	- 1 870
aftrek	1 660	1 525	820	580
nominale premie				
inkomensafhankelijke bijdrage		1 020	1 335	740
zorgtoeslag				
ouderenfornit	1 575	1 575	785	785
aftrek BU	2 595	2 910	1 525	1 845
drempel (11,2% van inkomen)	- 935	- 1 385	- 705	- 1 265
aftrek	1 660	1 525	820	580

<sup>1</sup> Standaardsituatie exclusief individuele zorgkosten.

### Overige vragen

De leden van de VVD-fractie constateren dat een principe akkoord met de LHV van tafel is en onderhandelingen opnieuw zijn gestart. Zij vragen welke gevolgen het opbreken van het akkoord heeft voor de invoering van de Zvw en met name voor de verzekerden. Op welk moment en op welke wijze worden verzekerden over de gevolgen geïnformeerd? Op welke wijze worden verzekerden geïnformeerd over het feit dat beschikbaarheidsvergoeding 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?

Het overleg tussen mijn departement en de LHV over de financieringsstructuur van de huisartsenzorg is thans nog gaande. Voorlichting geschiedt onder andere in het kader van de publiekscampagne voor de Zvw, waarover ik u met mijn brief aan de Eerste Kamer van 13 juni jl. heb geïnformeerd (kenmerk PTZ/2593041). Verzekerden zullen door de overheid via Postbus 51, de campagnewebsite en huis-aan-huisbladen op de hoogte worden gebracht. Daarnaast zullen, zo mag verwacht worden, ook de zorgverzekeraars en de huisartsen hun verzekerden informeren.

De leden van de SP-fractie vragen of ik bereid ben om in de Zvw mogelijkheden voor verzekerden vast te leggen om invloed uit te oefenen op het inkoopbeleid van de verzekeraar.

In de Zvw is de verplichting opgenomen voor zorgverzekeraars om hun verzekerden een redelijke mate van invloed op hun beleid te geven. De



wijze waarop een zorgverzekeraar invulling geeft aan die wettelijke verplichting, is in eerste instantie aan verzekeraars zelf. De invloed van verzekerden kan danop verschillende manieren worden vormgegeven. Een onderlinge waarborgmaatschappij kent, als bijzondere vorm van de rechtsfiguur «vereniging», leden, te weten de verzekeringnemers. De algemene vergadering van leden of de ledenraad heeft de hoogste macht binnen de onderlinge waarborgmaatschappij. Derhalve is de invloed van verzekerden bij een onderlinge waarborgmaatschappij «ingebakken», hetgeen overigens onverlet laat dat een zorgverzekeraar die onderlinge waarborgmaatschappij is, verzekerden ook nog andere beïnvloedingsmogelijkheden kan geven. Bij de naamloze of de Europese vennootschap kan aan de invloed van verzekerden onder andere vorm worden gegeven door middel van het oprichten van een adviserend of medebeslissend college van verzekerden, door geregeld overleg met (vertegenwoordigers van) de verzekerden of door het uitzetten van enquêtes naar de kwaliteit van de dienstverlening van de zorgverzekeraar zelf en van de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Ook in het rapport dat de Commissie Glasz eerder op verzoek van ZN heeft uitgebracht wordt geadviseerd om het model van de adviesraad te hanteren. De verwachting is dat de meeste verzekeraars dat advies zullen opvolgen. De Zvw verplicht de verzekeraars in de statuten de invloed van verzekerden te regelen. Het CTZ zal als toezichthouder op de naleving van de wettelijke verplichting toezien en over het functioneren daarvan in zijn rapport over de uitvoering van de Zvw verslag doen. Zoals ik bij de behandeling van de Zvw in de Eerste Kamer op 7 juni heb aangegeven ben ik bereid, om in overleg met ZN de ontwikkelingen op dit terrein goed te volgen, en op basis daarvan bezien of aanvullende regelgeving noodzakelijk is.

De vraag van de leden van de SP-fractie over het risico van premie-dumping heb ik reeds hiervoor beantwoord bij het onderdeel «Gelijk speelveld voor maatschappelijke ondernemingen».

De leden van de SP-fractie vragen voorts om aan te geven wat de stand van zaken is van de verschillende wetsvoorstellen, waarvan met betrekking tot de invoering van de Zvw wordt verondersteld dat deze tevoren kracht van wet zullen hebben gekregen.

Aan dat verzoek voldoe ik graag.

De behandeling van de Wet toelating zorginstellingen (27 659) door de Eerste Kamer zal naar het zich laat aanzien, plaatsvinden op 28 juni a.s. De wet zal na aanvaarding voor of uiterlijk per 1 januari 2006 in werking treden. De wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Zfw in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, invoering van het sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Zfw en enige andere wijzigingen (Wet fraudebestrijding zorgverzekeringswetten; 29 623) is op 14 juni jl. door de Eerste Kamer aanvaard en zal deels kort na publicatie in het Staatsblad en deels een half jaar later in werking treden.

De behandeling van de Wet tot vaststelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe Burgerlijk Wetboek (19 529) is gevorderd tot de Nadere memorie van antwoord EK. Het wetsvoorstel Invoeringswet titel 7.17 en titel 7.18 Burgerlijk Wetboek is op 3 juni jl. bij de Tweede Kamer ingediend. Beoogd wordt afronding van de behandeling van deze wetsvoorstellen in het najaar en invoering per 1 januari 2006. De Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en de Invoeringswet Wet financiering sociale verzekeringen (IWfsv) zijn inmiddels in het Staatsblad geplaatst (Stb. 2005, 36 resp. Stb. 2005, 37). Enige artikelen van de IWfsv zijn per 5 mei 2005 in werking getreden. De Wfsv en de overige artikelen van de IWfsv zullen met ingang van 1 januari 2006

in werking treden. Het wetsvoorstel Wet financiële dienstverlening (29 507), ten slotte, is op 30 mei 2005 door de Eerste Kamer aanvaard. Naar verwachting zal deze wet met ingang van 1 oktober 2005 in werking treden.

De leden van de fractie van de SP hebben gevraagd wanneer de ministeriële regeling om de privacy te waarborgen gereed zal zijn, wat erin komt te staan en of de regeling wordt voorgelegd aan de Kamer.

De vraag heeft, naar ik aanneem, betrekking op de ministeriële regeling die kan worden vastgesteld op basis van artikel 87, zesde lid, Zvw. Zoals ik de Kamer in mijn brief van 3 juni jl. heb medegedeeld, is met het CBP afgesproken dat voor de inwerkingtreding van de Zvw overleg gevoerd zal worden over de exacte inhoud van deze ministeriële regeling. Ik zal dit ook met de KNMG bespreken, zoals ik op 7 juni aan de Eerste Kamer heb toegezegd. Vooruitlopend daarop kan daarin nog geen inzicht worden gegeven. Ik zal de Kamers in kennis stellen van hetgeen nader geregeld zal worden.

De leden van de SP-fractie vragen mij of er al regels zijn gesteld omtrent reclame door zorgverzekeraars. Zijn deze klaar en ingevoerd voordat de Zvw wordt ingevoerd, zo vragen zij.

Over de regels die verzekeraars in acht dienen te nemen bij reclame over zorgverzekeringen hebben de zorgverzekeraars, verenigd in ZN, afspraken gemaakt in hun gedragscode. Overigens geldt ook voor reclames van verzekeraars de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij de Reclamecommissie en geldt vanaf 1 oktober 2005 de Wet Financiële dienstverlening waarin door middel van lagere regelgeving ook regels over reclame door verzekeraars zijn opgenomen.

## **ARTIKELSGEWIJS**

### *Artikel 2.1.1*

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel geld is gemoeid met het geheel ten laste brengen van al geopende dbc's aan het jaar 2005.

Op dit moment bestaan hierover nog geen exacte gegevens. Zoals bekend is pas per 1 januari 2005 gestart met declaratie van dbc's. Mede omdat de dbc-declaratie enige aanloopproblemen kent, zijn thans ervaringscijfers over de omvang van openstaande dbc's nog niet beschikbaar. Wél is op basis van gegevens uit de «Centrale Gegevens Analyse Omgeving» (een dbc-database) geschat dat dbc's gemiddeld zo'n 5 maanden openstaan. Overigens heb ik in de ministeriële regeling Zfw-verstrekingenbudgettering 2005 al bepaald (artikel 21) dat ziekenfondsen extra middelen krijgen, omdat verzekeraars hogere voorzieningen moeten aanhouden vanwege dbc-invoering. Immers, de volledige dbc-schade moet in de boekhouding verantwoord worden bij dbc-opening, terwijl in de huidige systematiek de schade samenhangend met de behandeling wordt verantwoord op het moment van de feitelijke verrichting. Deze opbouw van voorzieningen wordt gecompenseerd via de toekenning van extra middelen bovenop het oorspronkelijke macro-verstrekingenbudget. Omdat de precieze omvang van de verplichting tot het aanhouden van voorzieningen voor dbc's onbekend is, wordt dit bedrag achteraf vastgesteld. Hierbij wordt uitgegaan van 50% van de daadwerkelijke totale omvang van de dbc's die geopend zijn in 2005 en pas gesloten worden in 2006. De extra middelen worden verdeeld over ziekenfondsen naar rato van de oorspronkelijke deelbudgetten. Ik wil hierbij nog aantekenen dat de totale zorguitgaven niet stijgen door de extra voorzieningen in verband

met dbc-invoering, maar dat het hierbij alleen om een andere boekhoudkundige verantwoording gaat.

#### *Artikel 2.1.5*

De leden van de CDA-fractie hebben gevraagd of een no-claimteruggaaf die in maart 2005 wordt toegekend later alsnog teruggevorderd kan worden en of deze latere teruggave dan alleen betrekking kan hebben op bewust door de verzekerde achtergehouden informatie over zorggebruik.

Het kan zijn dat de zorgverzekeraar op het tijdstip dat hij de no-claimteruggaaf over een bepaald jaar vaststelt, nog niet alle rekeningen heeft ontvangen voor de zorg die de verzekerde in dat betreffende jaar heeft genoten. In die situatie hebben deze nagekomen rekeningen gevolgen voor de inmiddels uitgekeerde no-claimteruggaaf. In geval van nagekomen rekeningen wordt deze bij de herziening van de uitgekeerde no-claimteruggaaf betrokken indien ze uiterlijk op 31 maart van het jaar volgend op het jaar waarin de no-claimteruggaaf in eerste instantie is vastgesteld, bij de verzekeraar binnen zijn gekomen. Rekeningen van zorg die (nog) later bij de verzekeraar binnenkomen, blijven daarbij buiten beschouwing. Bijvoorbeeld rekeningen voor de in 2006 genoten zorg die binnenkomen nadat de no-claimteruggaaf al in 2007 is uitgekeerd, maar voor 1 april 2008, kunnen ertoe leiden dat de vastgestelde no-claimteruggaaf over 2006 alsnog lager wordt vastgesteld. Daardoor ontstaat er een vordering van de zorgverzekeraar op de verzekerde aan wie de no-claimteruggaaf is uitbetaald.

Hiertoe is besloten omdat zorgaanbieders hun rekeningen soms maanden na het moment van de zorgverlening verzenden. Indien deze nagekomen rekeningen buiten beschouwing zouden blijven zou een substantieel deel van de kosten van in een bepaald jaar genoten zorg, niet betrokken worden bij de vaststelling van de no-claimteruggaaf over dat jaar. Dus alle binnen de gestelde termijn van een jaar nagekomen rekeningen tellen mee bij een eventuele herziening van de no-claimteruggaaf en niet uitsluitend de kosten van zorg die door de verzekerde bewust zijn achtergehouden. Dat de uitgekeerde no-claimteruggaaf in geval van nagekomen rekeningen wordt herzien, is ook uiteengezet in de nota van toelichting bij het Besluit zorgverzekering dat bij de Eerste en Tweede Kamer heeft voorgehouden. Bij de no-claimteruggaveregeling in de Zfw geldt thans dezelfde systematiek.

Overigens zullen de eerste no-claimteruggaven in het kader van de Zvw in maart 2007 plaatsvinden. Het betreft immers teruggaven over zorg die in het jaar 2006 is verleend.

#### *Artikel 2.1.6*

De leden van de fractie van de SGP vragen zich bij artikel 2.1.6 af of het niet logischer is bestaande overeenkomsten in principe in stand te laten, omdat heronderhandelen veel lasten met zich brengt.

Ik wijs erop dat de bepaling alle ruimte laat voor het voortzetten van bestaande overeenkomsten. In het licht van het aanbod tot omzetting van de huidige verzekeringssituatie (in een nieuwe zorgverzekering en eventueel aanvullende verzekering) dat de zorgverzekeraars hun huidige verzekeren zullen doen, ligt het ook alleszins in de rede dat zij veelal ook de overeenkomsten met de zorgaanbieders zullen prolongeren. Ook de zorgaanbieders zullen er veelal belang bij hebben bestaande overeenkomsten zoveel mogelijk ongewijzigd voort te zetten. In dat geval zal er van lasten van heronderhandelen derhalve geen sprake zijn en zullen eventuele wijzigingen beperkt kunnen blijven tot technische aanpassingen, bijvoorbeeld wijziging van het woord «ziekenfonds» in «zorgverzekeraar». Artikel 2.1.6 biedt beide partijen bij een overeenkomst de mogelijkheid om desgewenst op korte termijn een overeenkomst op te zeggen. Dat is

gebeurd, omdat de Zvw zorgverzekeraars de mogelijkheid laat om zorgverzekeringen in naturavorm of desgewenst in restitutievorm aan te bieden tegen een bij de verdere invulling van de polis passende premie. Het is dan niet uitgesloten dat een zorgverzekeraar in dit licht niet met alle in het verleden gecontracteerde zorgaanbieders overeenkomsten wenst te continueren. In het licht van de vervanging door het stelsel van de Zfw door het nieuwe stelsel van de Zvw acht ik het ook alleszins redelijk beide partijen de mogelijkheid te bieden om, als zij dat wensen, de onder dat oude stelsel aangegane verplichtingen op niet al te lange termijn eenzijdig op te zeggen. Aldus wordt ook voor die situatie voorkomen dat de ene partij afhankelijk wordt van moeizame onderhandelingen met de andere over aanpassing van een eventueel resterende looptijd van lopende overeenkomsten.

#### *Artikel 2.2.1*

De leden van de CDA-fractie vragen naar de hoogte van de bijdrage voor in het buitenland wonende Wtz-verzekerden. Voorts vragen de leden welke bijlage van de EU-socialezekerheidsverordening aangepast zal worden, wanneer de aanpassing zal plaatsvinden en hoe dit artikel concreet zal uitwerken voor Wtz-verzekerden die nu in België, Duitsland of Spanje wonen.

De overgang naar de Zvw zal er voor de huidige in het buitenland wonende Wtz-verzekerden toe leiden dat zij ofwel rechtstreeks Zvw-verzekeringplichtig worden (wegens werken in Nederland) ofwel, eventueel met toepassing van het overgangsartikel, op grond van de EU-socialezekerheidsverordening in hun woonland recht op medische zorg krijgen ten laste van Nederland. Zij zijn ofwel in Nederland verzekeringplichtig wanneer zij rechtstreeks verzekerd zijn ofwel bijdrageplichtig wanneer zij hun rechten ontlenen aan de EU-socialezekerheidsverordening. Deze bijdrage is gebaseerd op de Nederlandse premieheffing voor mensen die rechtstreeks verzekerd zijn. In de bijlage bij de EU-socialezekerheidsverordening welke de bijzonderheden regelt voor de toepassing van de wetgeving van de EU-lidstaten wordt geregeld dat voor Nederland thans niet meer de ziekenfondswetgeving van toepassing is maar de wetgeving in het kader van de Zvw. De betreffende wijziging is op 26 mei 2005 aangenomen door de Administratieve Commissie voor de sociale zekerheid van de Europese Unie en zal in de tweede helft van het jaar worden voorgelegd aan het Europese Parlement en de Europese Sociale Raad.

#### *Artikel 2.4.1 onder B*

De leden van de PvdA-fractie merken op dat het extra budgettaire beslag van de wijziging van de percentages van de zorgtoeslag € 600 miljoen beslaat (antwoord op vragen van de PvdA-fractie op mijn brief (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 72)). Het geld is door herschikking binnen het compensatiepakket gevonden. De leden van de PvdA fractie vragen welk compensatiepakket het betreft. Het betreft het pakket ter compensatie van de invoering van de Zvw.

De leden van de PvdA vragen tevens naar het beslag van de zorgtoeslag. Ook willen deze leden vernemen welk deel terecht komt bij inkomens boven de € 33.000.

De zorgtoeslag kost circa € 2,9 miljard hiervan gaat ongeveer € 0,2 miljard naar huishoudens met een inkomen boven de loongrens Zfw. Het is wellicht goed op te merken dat de Zfw op individueel inkomen toetst en de zorgtoeslag op huishoudinkomen. Het is dus niet zo dat alle huishoudens met een inkomen boven de loongrens Zfw nu niet ziekenfondsverzekerd zijn.

De leden van de PvdA-fractie vragen om inzicht te geven in de hoogte van de zorgtoeslag voor alleenstaanden in de range van 50% tot 150% van het WML en de hoogte van de zorgtoeslag naar leeftijd van alleenstaande Wajonggerechtigden.

Onderstaande twee tabellen geven deze informatie.

**Tabel 10. Zorgtoeslag (€) alleenstaanden naar inkomen**

50% WML	420
70% WML	420
90% WML	420
100% WML	420
110% WML	350
120% WML	270
130% WML	200
140% WML	120
150% WML	40

**Tabel 11. Zorgtoeslag (€) Wajong-gerechtigden naar leeftijd**

18 jaar	420
19 jaar	420
20 jaar	420
21 jaar	420
22 jaar	420
>= 23 jaar	420

#### *Artikel 2.4.2, I*

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de uitbreiding tot gezinsleden niet alleen geldt voor werkgevers, maar ook voor andere collectieve contracten, die niet door werkgevers worden afgesloten.

Naast werkgevers kunnen rechtspersonen die de belangen van bepaalde groepen verzekeringsplichtigen behartigen, op grond van artikel 18 Zvw collectiviteitskortingen bij een zorgverzekeraar bedingen. Zo'n belangenbehartiger omschrijft zelf wier belangen bij behartigt. Heeft hij deze groep beperkt tot bijvoorbeeld reumapatiënten, dan zal hij slechts voor deze patiënten over collectiviteitskortingen met zorgverzekeraars onderhandelen. Maar is zijn doelstelling de belangen van «reumapatiënten en hun gezinsleden» te behartigen, dan kan hij ook kortingen voor die gezinsleden trachten te krijgen. De leden van de CDA-fractie wil ik dan ook antwoorden, dat het zeker mogelijk is, dat niet-werkgevers die de belangen van bepaalde groepen verzekeringsplichtigen behartigen, de reikwijdte van hun belangenbehartiging (al dan niet specifiek voor de Zvw) uit te breiden tot hun gezinsleden. Het begrip «gezinsleden» wordt in de Zvw, met het oog op de flexibiliteit en het vermijden van overbodige regelgeving, niet gedefinieerd. De werkgevers of belangenbehartigers zullen derhalve in hun overeenkomst waarin de collectiviteitskorting wordt geregeld, tevens afspreken of deze ook geldt voor gezinsleden en zo ja, wie daar onder worden verstaan.

#### *Artikel 2.4.2 J5*

De leden van de CDA-fractie hebben terecht geconstateerd dat het in artikel 2.4.2, onderdeel J, voorgestelde artikel 19, vijfde lid, Zvw, tekstueel moet worden aangepast. Bij nota van verbetering zal het woord «tussen» komen te vervallen.

#### *Artikel 2.4.2, Q en R*

De leden van de CDA-fractie hebben vragen omtrent het artikel dat het zogenaamde «anoniementarief» regelt.

Ter toelichting op deze bepaling merk ik het volgende op. Een werknemer is verplicht om de naam, het adres en de woonplaatsgegevens aan zijn werkgever mee te delen ter opneming in de administratie. Bij het ontbreken van die gegevens in de administratie geldt dan voor de heffing van loonbelasting het hoge tabeltarief van 52% en mag de heffingskorting niet worden toegepast. In de Wet financiering sociale verzekeringen is geregeld dat in dat geval voor de heffing van de werkloosheidspremie op het loon van de werknemer geen franchise en geen maximum premieloon wordt toegepast. Deze maatregelen moeten werkgevers en werknemers stimuleren om de persoonsgegevens van werknemers wel op een juiste wijze in de administratie op te nemen. In lijn met genoemde maatregelen is ook in de Zvw een anoniemenbepaling opgenomen. Zijn de persoonsgegevens van een werknemer niet bekend dan wel niet in de administratie opgenomen, dan geldt voor de heffing van de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage het maximum bijdrage-inkomen niet. Indien de werknemer in de loop van het kalenderjaar alsnog zijn persoonsgegevens aan de werkgever verstrekt wordt de bijdrageheffing voor zover van toepassing gecorrigeerd.

De leden van de CDA-fractie hebben gevraagd hoe het maximum in de werkgeversbijdrage wordt toegepast en wie recht heeft op teruggave.

Indien na afloop van het jaar blijkt dat bij een werknemer het maximum bijdrage-inkomen wordt overschreden vanwege samenloop van dienstbetrekkingen, dan vindt op grond van artikel 50 van de Zvw naar evenredigheid terugbetaling van de teveel ingehouden en afgedragen Zvw-bijdrage plaats aan de inhoudingsplichtige werkgevers. Op grond van artikel 46 Zvw is de werkgever verplicht de door de werknemer over zijn loon verschuldigde Zvw-bijdrage te vergoeden. Omdat de over het loon geheven Zvw-bijdrage bij beide werkgevers wordt verminderd, wordt ook de tegemoetkoming die de werkgever moet verstrekken, verlaagd. Het teveel aan tegemoetkoming betaalde bedrag kan in dit geval worden verrekend met het teveel ingehouden bedrag aan inkomensafhankelijke bijdrage.

#### *Artikel 2.4.2, U*

In antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie over het draagkrachtprincipe bij verdragsgerechtigden, deel ik mee dat bij de bepaling van de Zvw-bijdrage van verdragsgerechtigden dit principe op dezelfde wijze wordt toegepast als bij verzekeringsplichtigen. Zoals ik eerder aangaf, zal de door het College zorgverzekeringen vast te stellen bijdrage zijn samengesteld uit drie elementen. Een bedrag dat overeenkomt met het bedrag van de te heffen inkomensafhankelijke bijdrage Zvw over het bijdrage-inkomen van betrokkene indien hij verzekeringsplichtig zou zijn geweest, een bedrag dat overeenkomt met het bedrag van de te heffen procentuele premie AWBZ indien betrokkene verzekerd zou zijn geweest en een nominaal bedrag dat te vergelijken is met de premie voor een zorgverzekering. Deze drie elementen tezamen vormen de door een verdragsgerechtigde verschuldigde Zvw-bijdrage. De heffing zal zoveel mogelijk aan de bron plaatsvinden, dat wil zeggen dat de instantie die de uitkering betaalbaar stelt, de verschuldigde Zvw-bijdrage op de uitkering moet inhouden. Dit vormt geen nieuw fenomeen. In het kader van de Zfw doen de pensioen- en uitkeringsinstanties dit nu ook al.

#### *Artikel 2.4.2 onder W:*

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre wijziging van deze bepaling is voorgelegd aan het CBP.

In de I&A-wet Zvw is een wijziging van artikel 86, tweede lid, Zvw opgenomen. De zorgverzekeraar verifieert het sofi-nummer in relatie tot bijbe-

horende persoonidentificerende gegevens van de verzekerde indien daartoe aanleiding is en niet, zoals eerst werd voorgeschreven, verplicht bij de eerste opname in zijn administratie. De reden daarvan is dat het soft-nummer meestal al afkomstig is van een geverifieerde bron. Bijvoorbeeld bij de overgang van ziekenfondsverzekerden is dit thans al het geval. In het kader van de administratieve lastenverlichting is het onwenselijk dubbel te verifiëren. Deze wijziging is niet expliciet voorgelegd aan het CBP. Dit is niet nodig omdat het slechts een vereenvoudiging van de procedure betreft.

*Artikel 2.4.2 onder X:*

In antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de PvdA over artikel 2.4.2, onder X, (wijziging artikel 89), wijs ik erop dat voor een amvb op grond van artikel 89 in de Zvw geen voorhangverplichting is opgenomen.

*Art. 2.5.1 en artikel 3.1 onderdeel A en E.*

De leden van de fractie van het CDA hebben, evenals de leden van de VVD, gevraagd naar de gevolgen voor de inschrijving van een verzekerde voor de AWBZ, indien een zorgverzekeraar zich niet heeft aangemeld voor de uitvoering van de AWBZ. Deze leden vragen zich af hoe een verzekerde dit zou kunnen weten. Ook vragen zij naar de gevolgen voor de verzekerde. Evenals de leden van de VVD-fractie vragen zij of dat niet zou leiden tot een keuzebelemmering en of daaraan voor de verzekerde kosten verbonden zijn. Tenslotte vragen zij of ik een voorziening wil treffen dat iemand die zich meldt voor een zorgverzekering, automatisch is aangemeld voor de AWBZ-verzekering.

Het door de fractieleden geschetste probleem dat er een zorgverzekeraar is die niet tevens de AWBZ uitvoert, is een puur theoretisch probleem. Deze situatie doet zich niet voor omdat alle zorgverzekeraars ook de AWBZ zullen uitvoeren. Van ZN heb ik vernomen dat er ook geen indicaties zijn voor het tegendeel. Indien dit zich onverhoopt toch zou voordoen zal een verzekerde voor de AWBZ-verzekering een andere verzekeraar moeten kiezen. In dat geval dient de zorgverzekeraar zijn verzekerden hierover goed te informeren zodat deze zich kan aanmelden bij een zorgverzekeraar die de AWBZ wél uitvoert. De verzekerde zou dit zelf kunnen doen maar het is ook mogelijk dat de zorgverzekeraar in overleg met de verzekerde de aanmelding bij een andere AWBZ-verzekeraar regelt. De zorgverzekeraar heeft er immers belang bij dit goed te regelen en voor potentiële verzekerden geen belemmering op te werpen zich in te schrijven. De verzekerde hoeft dan geen extra handelingen uit te voeren om zijn AWBZ-aanspraak zeker te stellen. Hiervoor hoeft geen nadere voorziening te worden getroffen. Dit was al geregeld in artikel 6, derde lid van de (thans gewijzigde) AWBZ. In die bepaling is geregeld dat een zorgverzekeraar er voor moet zorgen dat de bij hen ingeschreven personen hun aanspraken op AWBZ zorg tot gelding kunnen brengen.

*Artikel 2.5.4*

De leden van de fractie van de SGP hebben waardering voor de overgangsbepaling van artikel 2.5.4, maar lezen in deze bepaling een beperking van het recht op voortzetting van lopende zorg; zij begrijpen niet waarom een beperking is aangebracht.

Ik denk dat hier sprake is van een misverstand. Ik wijs deze leden erop dat er onderscheid moet worden gemaakt tussen het met het naturastelsel van de Zfw overeenkomende geval dat een verzekerde onder de Zvw heeft gekozen voor een polis waarin de zorgverzekeraar hem de zorg levert door tussenkomst van zorgaanbieders die hij daarvoor heeft gecontracteerd, en het geval waarin een verzekerde onder de Zvw heeft gekozen

voor een polis die hem recht geeft op vergoeding van de kosten van de verzekerde zorg, die hij zelf bij zorgaanbieders van zijn keuze heeft verkregen (restitutie).

In het laatste geval is er voor de verzekerde geen enkele belemmering om de zorg te blijven afnemen bij de zorgaanbieder bij wie hij die zorg al voor 1 januari, in het kader van de Zfw in natura of als particulier verzekerde met een restitutiepols verkreeg. De zorgverzekeraar zal dan de rekening van die zorg aan hem moeten vergoeden. Aan een overgangsbepaling bestaat in dat geval geen behoefte.

In eerstgenoemde geval, waarin de verzekerde onder de Zvw een naturapolis heeft gekozen, is het denkbaar dat zijn zorgverzekeraar geen overeenkomst (meer) heeft met de zorgaanbieder bij wie de verzekerde tot 1 januari zorg ontving. Voor die situatie, die overeenkomt met die waarop het amendement Van der Vlies op de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (Kamerstukken II 2003/04, 29 994, nr. 18) betrekking had, is de overgangsbepaling geschreven. Als de zorgaanbieder wel is gecontracteerd, is er uiteraard geen behoefte aan een overgangsbepaling. De verzekerde heeft ingevolge de overgangsbepaling recht op voortzetting – voor rekening van zijn zorgverzekeraar – van de zorg die hij genoot bij die zorgaanbieder.

Elders in deze nota, zo antwoord ik de leden van de fractie van de SGP, heb ik aangegeven dat verzekeringsplichtigen die op dit moment tegen ziektekosten verzekerd zijn, van hun huidige verzekeraar een aanbod zullen ontvangen voor een zorgverzekering plus, eventueel, een aanvullende verzekering zodanig dat zij zoveel mogelijk op dezelfde voorwaarden verzekerd kunnen blijven als zij dit jaar waren. Verzekeringsplichtigen die niet voor 1 januari 2006 op dat aanbod hebben gereageerd, zullen met ingang van die datum aan de aangeboden zorgverzekering zijn gebonden, waarbij zij dan nog wel tot 1 maart hebben om deze op te zeggen. Artikel 2.5.4 geldt voor alle zorgverzekeringen in natura, dus ook voor zorgverzekeringen die op deze wijze ontstaan. Van het automatisch vervallen van de bescherming die dat artikel biedt, zoals de leden van de SGP-fractie vragen, is dus geen sprake.

Ook als de verzekerde het aanbod van zijn zorgverzekeraar heeft afgewezen, maar wel tijdig (voor 1 mei alsnog een zorgverzekering sluit), is de overgangsmaatregel gewoon van toepassing. Het artikel regelt immers dat een verzekerde die onmiddellijk voor 1 januari zorg ontvangt en die vanaf 1 januari recht heeft op zorg in natura (d.w.z. die – eventueel met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2006 – een polis heeft gekozen die hem recht geeft op levering van de zorg door zorgaanbieders die door zijn zorgverzekeraar zijn gecontracteerd) recht heeft op voortzetting van die zorg voor rekening van zijn zorgverzekeraar, ook als die deze zorgaanbieder niet heeft gecontracteerd. De bepaling koppelt het recht op de overgangsvoorziening derhalve niet aan de datum waarop de zorgverzekering wordt gesloten, maar aan het verzekerd zijn voor zorg in natura ingevolge de zorgverzekering.

Aangezien de aanspraken onder de Zvw inhoudelijk gelijk zijn aan die onder de Zfw, komt de zorg dientengevolge onder dezelfde voorwaarden als is bepaald in het amendement Van der Vlies voor rekening van de zorgverzekeraar. Het artikel beperkt dan ook geenszins het recht op voortzetting van lopende zorg. In het algemeen zullen de Zfw-verzekerden die volgens het aanbod van hun huidige verzekeraar verzekerd blijven, overigens niet eens een beroep op deze bepaling hoeven te doen. Het ligt immers in de rede dat deze zorgverzekeraar in dat verband in beginsel ook de overeenkomsten zal voortzetten met de zorgaanbieders waarmee hij thans een overeenkomst heeft gesloten, zodat de verzekerden hun relatie met die zorgaanbieders gewoon kunnen voortzetten.



Ten opzichte van het amendement Van der Vlies is de bepaling zelfs verruimd. Zij geldt ook voor personen die onmiddellijk voor 1 januari van een zorgaanbieder zorg ontvingen die zij als particulier verzekerde met een restitutiepolis van hun zorgverzekeraar vergoed kregen, maar die onder de Zvw voor een naturapolis hebben gekozen; ook zij hebben dan recht op voortzetting van die zorg door die zorgaanbieder voor rekening van de zorgverzekeraar, ook als die deze zorgaanbieder niet heeft gecontracteerd.

De leden van de SGP-fractie vragen vervolgens, als ik het goed begrijp, waarom niet tevens een verplichting voor de zorgverzekeraar is opgenomen om te waarborgen dat de verzekerde de zorg bij dezelfde zorgaanbieder voor rekening de zorgverzekeraar kan voortzetten als de zorgverzekeraar op een later tijdstip de overeenkomst met de zorgaanbieder heeft beëindigd. Zij vinden het een probleem dat de overgangsmaatregel op dit punt beperkter is dan de structureel geldende regeling van het amendement Van der Vlies.

Ik ben van mening dat het wenselijk is de verzekerden op het moment van de invoering van de Zvw te beschermen tegen de gevolgen van eventuele wijzigingen in het contracteergedrag van hun zorgverzekeraar of mogelijke verschillen tussen hun oude en hun nieuwe zorgverzekeraar in het bestand van gecontracteerde zorgaanbieders. Ik acht echter een dergelijke bepaling van blijvende aard op basis van meerdere overwegingen niet nodig en niet gewenst.

Daarbij maak ik onderscheid tussen gevallen waarin een lopende behandeling moet worden afgemaakt en gevallen waarin de verzekerde, zonder dat sprake is van een lopende behandeling, eraan hecht zijn zorg ook in de toekomst bij dezelfde zorgaanbieder te kunnen betrekken.

In het eerste geval ga ik ervan uit dat de zorgverzekeraars hun verzekerden in het algemeen, ook na onverhoopte tussentijdse beëindiging van de overeenkomst met de zorgaanbieder, in de gelegenheid zullen stellen een reeds begonnen behandeling gewoon voor rekening van de desbetreffende zorgverzekeraar af te maken. Dat was mijns inziens ook, voor de wijziging op basis van het amendement Van der Vlies al staande praktijk. Wat betreft de meer algemene mogelijkheid van continuering van de relatie met een zorgaanbieder die niet langer gecontracteerd is, ben ik van oordeel dat het niet zou passen in het stelsel van de Zvw, waarvan een zekere mate van selectief contracteren een wezenskenmerk is, blijvend een verplichting voor de zorgverzekeraars op te nemen om zorg van niet langer gecontracteerde zorgaanbieders volledig te blijven vergoeden. Natuurlijk is het voor verzekerden met een naturapolis van groot belang te weten bij welke zorgaanbieders zij hun verzekerde zorg kunnen betrekken. Dat zal medebepalend kunnen zijn bij het kiezen van een zorgverzekeraar of een polis. In verband daarmee zal de zorgverzekeraar de verzekerden daarover de nodige informatie moeten geven. De verzekerde kan de zorgverzekering opzeggen als de zorgverzekeraar de relatie met de zorgaanbieder waarbij hij in behandeling is, beëindigt. Hij zal dan aansluitend kunnen kiezen voor een zorgverzekering en zorgverzekeraar die wel een contract heeft met de gewenste zorgaanbieder dan wel voor een restitutiepolis. Overigens zal de zorgverzekeraar, in het geval de betreffende zorg uitsluitend door één specifieke aanbieder kan worden geleverd, vanwege zijn zorgplicht gehouden zijn deze aanbieder te contracteren.

Ten slotte wijs ik erop dat de verzekerde met een naturapolis, in geval zijn zorgverzekeraar de relatie met de gewenste zorgaanbieder van de verzekerde niet voortzet, ook nog beschikt over de mogelijkheid om toch de zorg bij die zorgaanbieder te betrekken, zij het dat hij in dat geval rekening moet houden met een in de polisvoorwaarden omschreven mogelijke korting op de vergoeding daarvan door de zorgverzekeraar.

#### *Artikel 2.5.5*

De leden van de fractie van de PvdA hebben gevraagd wat er gebeurt als het aantal inwoners per provincie sterk toe- of afneemt, of indien het aantal provincies in Nederland verandert?

Als het aantal inwoners per provincie sterk toe of afneemt of als het aantal provincies verandert, heeft dat geen invloed op de verplichting van verzekeraars met meer dan 850.000 verzekerden om heel Nederland als werkgebied te hebben. Eventuele verandering van het aantal provincies in de toekomst kan wel invloed hebben op:

- De statutaire omschrijving van het selectieve werkgebied van de niet landelijk werkende verzekeraar. Deze zal waarschijnlijk moeten worden aangepast aan de nieuwe provinciale indeling.
- Het polisbeleid van alle verzekeraars voorzover deze ervoor hebben gekozen voor bepaalde provincies specifieke polissen aan te bieden.

#### *Artikel 2.5.6.*

Ik neem aan dat de leden van de fractie van het CDA, die erop wijzen dat er sprake is van inconsistentie tussen de datum, genoemd in de toelichting op artikel 2.5.6 en andere genoemde data, het oog hebben op de datum «1 november 2005». Zij hebben gelijk. Elders is inderdaad op basis van de meest recente gegevens ten tijde van de indiening van het wetsvoorstel melding gemaakt van de verzending van het aanbod van de huidige verzekeraars in de periode tussen 1 november en 16 december 2005.

#### *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 nadere wijziging nodig is.

Voor het niet tegelijk met de inwerkingtreding van de Zvw over laten gaan van de ggz van de AWBZ naar het op grond van de Zvw te verzekeren pakket, is op het niveau van de formele wet inderdaad slechts artikel 2.5.9 van de I-&A-wet Zvw nodig. Daarnaast zal in het inwerkingtredingsbesluit dat op grond van artikel 127 Zvw getroffen moet worden, worden opgenomen dat artikel 14, tweede en derde lid, Zvw (na invoeging van de met deze nota meegezonden Nota van wijziging: artikel 14, derde en vierde, lid Zvw) pas met ingang van 1 januari 2007 in werking treden. Die artikelleden gaan immers over de indicatiestelling voor jeugdpsychiatrie. Zolang psychiatrie niet onder het Zvw-pakket valt, kunnen deze artikelen niet worden toegepast.

Ten slotte zal in de inwerkingtredingsbepaling van het Besluit zorgverzekering geregeld worden, dat de ggz pas vanaf 1 januari 2007 onder de te verzekeren geneeskundige zorg valt, en dat de ggz ook pas vanaf die datum voor de vereveningsbijdragen meetelt. Overigens is de opmerking van de leden van de CDA-fractie, dat nog niet vaststaat welke delen van de ggz nu van de AWBZ naar de Zvw zullen worden overgeheveld, onjuist. Aan het eind van het onderdeel over het overgangsrecht AWBZ van deze nota, ben ik reeds ingegaan op wat wel en wat niet wordt overgeheveld.

#### *Artikel 3.1.1.*

De vragen van de leden van de CDA-fractie en van de VVD-fractie is hierboven reeds beantwoord bij artikel 2.5.1 en artikel 3.1 onderdeel A en E.

In het voorgestelde artikel 55, vijfde lid, AWBZ wordt bepaald dat bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld met betrekking tot gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars, instanties en personen zoals de Belastingdienst, de SVB en het gemeentebestuur. De leden van de VVD-fractie vragen of er negatieve gevolgen optreden als gevolg van

de stroom persoonsgebonden (gezondheids)informatie tussen de diverse partijen en de introductie van het burgerservicenummer (bsn) voor de privacy van verzekerden, en in hoeverre de privacy van de verzekerden in de I&A-wet Zvw is gewaarborgd.

Er treden geen negatieve gevolgen op voor de privacy van de verzekerden. Verstrekking van persoonsgegevens is alleen geoorloofd voor zover dat noodzakelijk is, zo bepaalt het voorgestelde artikel 55, eerste lid, AWBZ. De regeling van de verstrekking van persoonsgegevens in de AWBZ is opgezet naar analogie van de regeling in de Zvw. Artikel 53 AWBZ omvat de verstrekking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Artikel 54 is geschreven met het oog op de uitwisseling van andere persoonsgegevens dan gezondheidsgegevens. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan NAW-gegevens, sofi-nummer, gegevens over de verzekeringsplicht en gegevens over de eigen bijdrage. Artikel 55 (de pendant van artikel 89 Zvw) regelt de gegevensuitwisseling tussen de in artikel 54, eerste lid, genoemde instanties, en is – net als artikel 54 – niet bedoeld voor de verstrekking van gezondheidsgegevens. Het bsn is net als het huidige sofi-nummer een uniek nummer en biedt een betere identificatie dan NAW-gegevens. Dit voorkomt misbruik van gegevens en fraude.

#### *Artikel 44 AWBZ*

De leden van de SGP-fractie hebben grote moeite met de aparte subsidietitel voor abortus en overtijdbehandeling in de AWBZ. Zij spraken uit van mening te zijn dat dergelijke voorzieningen vanwege het zeer controversiële karakter ervan niet vanuit publieke middelen moeten worden gefinancierd. Zij vroegen waarom deze aparte titel voor deze subsidiëring nodig is.

De zwangerschapsafbrekingen in de zin van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) en de overtijdbehandelingen worden al sedert vele jaren gesubsidieerd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Vanwege het controversiële karakter van deze ingrepen, waarover in de samenleving op religieuze en ethische gronden verscheidend wordt gedacht, is besloten deze ingrepen niet als aanspraak in het verzekerde pakket op te nemen, maar de subsidiëring daarvan te continueren. In het kader van het subsidiebeleid zoals dat in de brief van 22 september 2003 aan Tweede Kamer is gepresenteerd (Kamerstukken II 2003/04, 29 214, nr. 1), dient er een duidelijk omschreven wettelijke grondslag te zijn voor een subsidie. Omdat de subsidiëring van abortus en overtijdbehandeling niet onder de twee overige in het nieuw voorgestelde artikel 44 van de AWBZ opgenomen grondslagen voor subsidiëring kan vallen, is een apart vermelde grondslag vereist. Het voorgestelde artikel 44, eerste lid, onder c, van de AWBZ biedt die basis.

De leden van de SGP-fractie vroegen hoe de wijze van financiering precies verloopt en of deze dezelfde is als nu reeds het geval is.

In de wijze van financiering ten behoeve van de subsidiëring van abortus en overtijdbehandeling uit het AFBZ verandert per 1 januari 2006 niets. Net als nu zal de subsidiëring van deze ingrepen niet uit premiemiddelen worden gefinancierd, maar uit belastingmiddelen. Uit de belastingmiddelen zal een rijksbijdrage aan het AFBZ worden toegevoegd waarmee de subsidiëring volledig wordt gefinancierd. Deze wijze van financiering bestaat reeds sedert 1 februari 1985 en daarin wordt geen wijziging aangebracht.

In dit verband vroegen deze leden ook of de verwijzing naar artikel 1, tweede lid, van de Waz wel correct is. Als er toch gekozen wordt voor deze subsidietitel voor abortus en overtijdbehandeling in artikel 44 van de AWBZ, vroegen zij zich af of niet verwezen zou moeten worden naar

artikel 2 van de WAZ. Met de verwijzing naar artikel 1, tweede lid, van de Waz is aangesloten bij de formulering die in de desbetreffende subsidie-regeling staat.

Naar aanleiding van deze vraag van de leden van de SGP-fractie is nog eens goed gekeken naar deze verwijzing naar artikel 1, tweede lid, van de Waz. Ik ben het met de leden van de SGP-fractie eens dat de in het wetsvoorstel opgenomen verwijzing naar artikel 1, tweede lid, van de Waz niet correct is omdat daarin is omschreven wat niet onder een zwangerschapsafbreking wordt verstaan. De door deze leden als alternatief voorgestelde verwijzing naar artikel 2 van de Waz regelt dat zwangerschapsafbrekingen in de zin van de Waz slechts mogen plaatsvinden in klinieken of ziekenhuizen die daartoe een vergunning hebben. Artikel 2 bevat dus ook geen definitie en voldoet daarom evenmin. Om die reden stel ik voor in artikel 44, eerste lid, onder c, van de AWBZ op te nemen dat het gaat om zwangerschapsafbrekingen in de zin van de Wet afbreking zwangerschap. Deze wijziging is opgenomen in de tegelijk met deze nota naar aanleiding van het verslag aan uw Kamer aangeboden Nota van wijziging.

#### *Artikel 3.2.6*

De leden van de CDA-fractie vragen of naast de wijziging van artikel 3.2.6 van de Wet BIG, die wet ook aangepast moet worden in verband met de introductie van de functiegerichte omschrijving van de aanspraken van het standaardpakket. Ook vragen zij welke aanpassingen daarvoor dan nodig zullen zijn. Het is niet noodzakelijk om de Wet BIG aan te passen in verband met de introductie van de functiegerichte omschrijving van de aanspraken, omdat de Wet BIG daaraan niet in de weg staat. De wijziging van de deskundigheid van de fysiotherapeut waar met artikel 3.2.6 in is voorzien, is een aanpassing van de Wet BIG die geen noodzakelijk gevolg van de Zvw is, maar wel daarop aansluit en die voortvloeit uit ontwikkelingen in de zorgsector en het beroepenveld. De notitie over de relatie tussen de Wet BIG en de Zvw, waar de Vaste Commissie voor VWS om heeft gevraagd, zal ik u een dezer dagen zenden.

#### *Artikel 3.2.13 en 3.2.14.*

De leden van de CDA-fractie vragen mij welke consequenties er zijn voor de aanspraken op grond van de Wubo en WUV. Zij vragen of het mogelijk is dat de PUR (Pensioen- en Uitkeringsraad) de Wubo- en WUV-gerechtigden actief benaderen en hen behulpzaam zijn bij de overgang naar de Zvw.

Ook na wijziging van Wuv en Wubo op grond van de I&A-wet Zvw ontvangen uitkeringsgerechtigden met een uitkeringsgrondslag op of rond de minimumgrondslag, net als nu, een toeslag. Deze toeslag is gelijk aan het bedrag van de ten laste van de uitkeringsgerechtigde blijvende premie van een verzekering tegen ziektekosten, met een bij amvb te bepalen maximum. Bij de bepaling van de daarbij in aanmerking te nemen premielasten wordt na invoering van de Zvw rekening gehouden met de ontvangen zorgtoeslag. De PUR zal de Wuv- en Wubo-gerechtigden onder meer via het cliëntenblad «Aanspraak» tijdig en gedegen voorlichten over de wijzigingen op het terrein van ziektekostenpremie en de regeling voor de premiecompensatie.

#### *Artikel 3.3.2.*

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de opzegtermijn van vier weken in de Zvw zich verhoudt tot de gebruikelijke opzegtermijn in het BW.

De opzegging van de zorgverzekering wordt geregeld in artikel 7 Zvw. Het eerste lid van dat artikel geeft de verzekeringnemer jaarlijks het recht de zorgverzekering op te zeggen. Daarbij is een opzegtermijn van twee maanden van toepassing: de verzekeringnemer kan de verzekering voor

1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Deze periode komt overeen met de periode van twee maanden die geldt bij toepassing van artikel 7.17.1.13, eerste lid, van het wetsvoorstel tot vaststelling van titel 17 (verzekering) en titel 18 (lijfrente) van het BW. Ook de regeling in artikel 7 Zvw van tussentijdse opzegging in geval van wijzigingen ten nadele van de verzekeringnemer, is geënt op artikel 7.17.1.13 (vierde lid). De regeling in de Zvw wijkt daarvan op twee onderdelen enigszins af, op gronden die verband houden met de regeling van de zorgverzekering. Dit is uiteengezet en gemotiveerd in de MvT bij artikel 7 Zvw (Kamerstukken II, 2003/04, 29 763, nr. 3, blz. 97–98). Concluderend ben ik dan ook van mening dat de regeling van de opzegtermijnen in de Zvw uitstekend aansluit bij het BW.

#### *Artikel 3.4.6*

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 Centrum Indicatiestelling Zorg en het Centraal Administratiekantoor. De leden van de CDA-fractie vragen naar de verhouding van deze rol en de rol als uitvoerder van de Zvw.

De persoonsgegevens betreffende de gezondheid die de zorgverzekeraar als uitvoerder van de AWBZ ter kennis kunnen komen, kunnen niet worden aangemerkt als gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of de Zvw. Zowel de Zvw als de Wbp zetten zich er derhalve tegen dat deze gegevens het AWBZ-domein verlaten en ter kennis kunnen komen van de zorgverzekeraar ten behoeve van het aanbieden van zorgverzekeringen of aanvullende verzekeringen. Voor wat betreft aanvullende verzekeringen verwijs ik in dit verband nog naar mijn brief over privacyaspecten van de Zvw aan de Kamer van 3 juni 2005, punt 4. Daarom dienen de gegevens bij de verzekeraar zodanig te worden georganiseerd dat ze binnen de eigen entiteit blijven («Chinese walls»). Het CBP houdt hierop toezicht, evenals het CTZ/NZa. Het verslag van de NZa zal ik aan uw Kamer zenden.

De leden van de CDA-fractie vragen of de gevraagde gegevens zoals bepaald in artikel 3.4.6 voldoen aan de vereisten in de Wbp.

Artikel 21 van de Wbp bepaalt dat privacygevoelige gegevens slechts verwerkt mogen worden door de in die wet genoemde personen voor de daar genoemde doelen, en dan uitsluitend voor zover dat noodzakelijk voor het daar genoemde doel. In artikel 3.4.6 is bepaald dat alleen verstrekking van die gegevens aan de zorgverzekeraars plaatsvindt, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de taak op grond van de Zvw. Deze bepaling voldoet aan de vereisten van de Wbp. Het slechts verwerken van persoonsgegevens door zorgverzekeraars indien dit noodzakelijk is voor de uitvoering van hun wettelijke taak, voldoet aan de aanbevelingen van het CBP. De algemene maatregel van bestuur die op grond van (het in artikel 3.4.6 gewijzigde) artikel 99 Wet GBA zal worden vastgesteld, wordt voorgehangen bij het parlement.

De leden van de CDA-fractie vragen welke privacygegevens op dit moment nodig zijn voor een goed functioneren van het vereveningssysteem en welke gegevens in het kader van de Zvw nodig zijn en of er concrete verschillen zijn tussen nu (Zfw) en straks (Zvw).

Voor het functioneren van het vereveningssysteem Zfw leveren verzekeraars hoofdzakelijk gegevens op geaggregeerd niveau (en dus geen privacy gevoelige gegevens) bij het CVZ aan. De enige uitzonderingen op de geaggregeerde gegevens zijn de FKG- en GAR-gegevens («gender-

address-region»). Dit zijn gegevens op individueel niveau. Deze gegevens-overzichten bevatten thans geen sofi-nummer en geen volledige NAW-gegevens (en worden daarom door het CBP niet als bestanden met privacy gevoelige informatie gezien). Voor het functioneren van het vereveningssysteem Zvw worden door het CVZ aan verzekeraars dezelfde gegevens gevraagd als voorheen aan ziekenfondsen voor de uitvoering Zfw.

Nieuw is dat voor een drietal variabelen CVZ een administratie op persoonsniveau (sofi-nummer, BSN) zal gaan voeren. Het gaat hier om de variabelen FKG's, DKG's en aard van het inkomen.

Hoewel het om privacy-redenen de voorkeur verdient om zo min mogelijk met persoonsgegevens te werken is bij FKG's en DKG's toch hiervoor gekozen omdat met behulp van het sofi-nummer door CVZ gecontroleerd kan worden of de desbetreffende persoon nog steeds bij de zelfde verzekeraar is verzekerd of dat de verzekerde inmiddels naar een andere verzekeraar is overgegaan. In dit laatste geval gaat het extra uitkeringsbedrag behorende bij de FKG en/of DKG over naar de nieuwe verzekeraar. Deze werkwijze zorgt er voor dat bij overstap van chronische patiënten voor verzekeraars de desbetreffende verzekerden vanaf het eerste jaar bij vaststelling van de FKG's en DKG's worden meegenomen. Naast de administratie met FKG's, DKG's en aard van het inkomen op persoonsniveau zal het CVZ een administratie voeren waarmee zij kan checken of verzekerden niet onterecht dubbel staan ingeschreven. Het gaat hier om administratie met per verzekerde de gegevens sofi-nummer/bsn, code verzekeraar, ingangs- en einddatum verzekering.

In tegenstelling tot de huidige Zfw bevat de administratie van de zorgverzekeraars in de Zvw geen gegevens over het verdeelkenmerk aard van het inkomen. De operationalisering zal plaats moeten vinden aan de hand van externe bronnen. De betreffende gegevens worden verkregen uit uitkeringsadministratie (polisadministratie) van het Uitkeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) en de Belastingdienst. Door UWV en Belastingdienst zullen de benodigde gegevens inclusief sofi-nummer (bsn) aan het CVZ worden geleverd. Omdat het CVZ van ieder sofi-nummer weet bij welke verzekeraar die hoort is het voor het CVZ mogelijk om per verzekeraar het verdeelkenmerk aard van het inkomen vast te stellen.

Voor wat betreft het sofinummer/bsn is met het CBP afgesproken om na te gaan waar en in hoeverre «privacy enhancing technologies» in het proces van de risicoverevening en bij de controle van de verzekerden-administratie de noodzaak van gebruik van het sofi-nummer/bsn zou kunnen wegnemen.

In antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie wie toezicht houdt op de noodzakelijkheid van gegevens en wie bepaald welke gegevens op welk moment noodzakelijk zijn kan ik het volgende meedelen.

Het CBP ziet, als algemeen toezichthouder op de verwerking van persoonsgegevens, toe op de naleving van artikelen 35 en 87 Zvw. Maar ook het CTZ kan bij overtredingen optreden, aangezien het CTZ er op moet toezien dat de partijen zich aan de bij en krachtens de Zvw gestelde regels houden.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie hoe de mensen gerustgesteld kunnen worden dat hun privacygegevens gewaarborgd zijn.

Voor een goede uitvoering van de Zvw is het gebruik van persoonsgegevens noodzakelijk. Dit gebruik is met wettelijke waarborgen omkleed. In de Zvw is de juridische basis voor persoonsgegevens explicieter gere-

geld dan in de Zfw. Er is een verbod op gebruik van persoonsgegevens voor andere doeleinden dan de wettelijk bepaalde. Daarnaast heeft ZN een nieuwe gedragscode Bescherming persoonsgegevens zorgverzekeraars ontwikkeld, op basis van een met de NPCF gesloten convenant.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts of het goed functioneren van de Zvw meer administratieve lasten betekent voor de aanbieders, bijvoorbeeld voor de huisartsen. Dit zou worden veroorzaakt omdat er meer gegevens nodig zouden zijn in vergelijking met de huidige situatie. Ook vragen deze leden zich af of er sprake zal zijn van een groter beslag op privacygegevens van verzekerden.

Ik verwijs in dit verband naar mijn brief d.d. 23 mei 2005 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 2004/05, 29 689, nr. 6), waarin uitgebreid aandacht wordt geschonken aan de administratieve lasten die het gevolg zijn van de invoering van de Zvw. Zowel de positie van de burgers als het bedrijfsleven als de overheid zelf komen daarbij aan bod. De berekeningen laten in de nieuwe situatie een afname aan lasten zien voor zowel de burger als het bedrijfsleven. De invoering van de Zvw is tevens aanleiding om de bekostigingsstructuur van de huisartsen aan te passen aan de nieuwe situatie per 1 januari 2006. Ik zal de Kamer hier binnenkort over inlichten.

De Zvw maakt onderdeel uit van een aantal wetgevingstrajecten die onderling op elkaar ingrijpen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de WTG-Express (invoering van dbc's als nieuwe bekostigingsstructuur voor de ziekenhuizen). Binnen al deze wetgevingstrajecten wordt veel aandacht geschonken aan de daaruit voortvloeiende administratieve lasten. Waar mogelijk worden de informatieverplichtingen op elkaar afgestemd en aan elkaar gekoppeld, zodat partijen in het veld slechts eenmaal een administratieve handeling behoeven uit te voeren voor meerdere doeleinden.

Ten slotte merk ik op dat zowel onder de Zfw als onder de Zvw voor de risicoverevening gebruik wordt gemaakt van dezelfde gegevens. Een huisarts zal doorgaans niet de diagnose aan de verzekeraar behoeven door te geven, aangezien normaliter slechts het aantal consulten wordt gedeclareerd. Er is dan ook geen sprake van een groter beslag op privacygegevens. Wel vindt de afstemming en koppeling van de gegevens plaats door koppelmechanismen zoals het sofi-nummer/bsn of NAW-gegevens. Ik ben met het CBP in overleg over de mogelijkheid om de gegevens te versleutelen, zodat zij niet meer tot personen zijn te herleiden.

De leden van de CDA-fractie hebben gevraagd of ik een opsomming kan geven van de gegevens die mogen worden opgevraagd uit de GBA.

Als een persoon een zorgverzekering af wil sluiten met een zorgverzekeraar, moet deze vaststellen of de betrokkene verzekeringsplichtig is op grond van de Zvw. De zorgverzekeraar heeft voor het vaststellen van die verzekeringsplicht persoonsgegevens nodig. Ook wijzigingen in die gegevens kunnen van belang zijn voor het voortbestaan van de verzekering, zoals het overlijden van de betrokkene, een verhuizing naar een plaats buiten de regio waar de zorgverzekeraar actief is of het wijzigen van de verblijfsstatus.

Welke gegevens geleverd worden zal zijn weerslag vinden in het Besluit gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens, dat voor dit doel gewijzigd wordt. Dit Besluit kent een voorhangprocedure.

Met de Basisadministratie Persoonsgegevens en Reisdocumenten (BPR/BZK), waaronder de GBA valt, is door het CVZ en zorgverzekeraars vrijwel overeenstemming bereikt over de noodzakelijke gegevensset. Deze gegevensset wijkt slechts in geringe mate af van de gegevensset die thans aan de ziekenfondsen wordt verstrekt voor de uitvoering van de Zfw én de AWBZ. Op dit moment is niet voorzien in splitsing van de gegevensset ten behoeve van Zvw of AWBZ, omdat, zoals ik hierboven in mijn antwoord op de vraag van de leden van de fracties van CDA en VVD over artikel 2.5.1. heb aangegeven, alle zorgverzekeraars ook de AWBZ zullen gaan uitvoeren.

Bij het verstrekken van gegevens door de GBA aan zorgverzekeraars gaat het niet alleen om de toetsing van het verzekerd zijn voor de AWBZ en op grond daarvan de verzekeringsplicht Zvw, maar ook om een aantal andere zaken, zoals de sofi-nummer/bsn-verificatie en toetsing ten behoeve van de AWBZ (met inbegrip van gegevens omtrent partners in verband met de eigen bijdrage, curatelesituaties e.d.)

Zoals gezegd wijkt de nieuwe gegevensset in geringe mate af van de huidige Zfw/AWBZ gegevensset: met name zijn er gegevens ten aanzien van partner/kinderen uit de set verwijderd die alleen van belang waren in verband met de medeverzekering Zfw. Toegevoegd zijn bijvoorbeeld gegevens over buitenlandse adressen.

#### *Artikel 3.5.1*

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

Het kabinet hecht grote waarde aan een zeer toegankelijke zorgtoeslag. Iedereen van 18 jaar en ouder kan een zorgtoeslag aanvragen. De huidige opzet van de zorgtoeslag maakt een snelle en administratieve eenvoudige afhandeling mogelijk. Hierdoor is het mogelijk om de zorgtoeslag op tijd aan 6 miljoen huishoudens uit te keren.

#### *Artikel 3.6.1, E en H*

De leden van de CDA-fractie vragen zich af waarom de aftrek voor buitengewone uitgaven gecompliceerder wordt gemaakt dan deze al is. Zij stellen voorts voor om in plaats van de correctie van de drempel het drempelpercentage te wijzigen.

Het kabinet heeft bij deze maatregel indertijd ook overwogen om de door de CDA-fractie geschetste simpelere verlaging van het drempelpercentage toe te passen. Dit leidde echter tot ongewenste effecten. Voor lage inkomens betekent de nominale correctie een procentueel grotere verlaging van de drempel dan voor hoge inkomens. In onderstaande tabel wordt dit geïllustreerd aan de hand van een aantal voorbeelden. Voor een echtpaar met alleen AOW zal de drempel de facto verlaagd worden van 11,2% naar 5,8%, een vermindering met 5,4%. Voor een alleenstaande met een aanvullend pensioen van € 5.000 wordt de drempel de facto verlaagd van 11,2% naar 7,6%, een verlaging van 3,6%. Indien conform het voorstel van de leden van de CDA-fractie het drempelpercentage op budgettair neutrale wijze zou worden aangepast zou een uniform drempelpercentage van circa 7½ à 8% gelden. Dit zou negatief uitwerken voor lage inkomens en positief voor hoge inkomens.



**Tabel 12. Wijzigingen drempel buitengewone uitgaven**

	Echtpaar alleen AOW	Echtpaar AOW + € 5000	Alleen- staand alleen AOW	Alleen- staand AOW + € 5.000
Drempel voor aanpassing (11,2%)	1.805	2.365	1.310	1.870
Drempel na aanpassing	935	1.385	705	1.265
idem in % inkomen	5,8%	6,2%	6,0%	7,6%
Vershil t.o.v. 11,2%	5,4%	5,0%	5,2%	3,6%

De leden van de CDA-fractie vragen voorts wanneer het in de Eerste Kamer toegezegde onderzoek naar integratie van de zorgtoeslag en buitengewone uitgaven beschikbaar komt. Zoals ik tijdens de plenaire behandeling van de Zvw en de Wzt in de Eerste Kamer heb toegezegd, zullen de resultaten van dat onderzoek tijdig vóór het Belastingplan 2007 naar de Kamer worden gestuurd.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts hoe de zorgtoeslag wordt toegerekend bij partners die beide werken.

Bij partners wordt de aftrek van buitengewone uitgaven vrijwel steeds samengeteld berekend. In dat geval dient bij de berekening van de aftrekdrempel de gehele zorgtoeslag (van beide partners), zoals deze op grond van artikel 6.24 van de Wet inkomstenbelasting wordt berekend, in aanmerking worden genomen en hoeft er dus geen toerekening plaats te vinden. In gevallen waarin men niet het gehele jaar partner is geweest en men ook niet heeft gekozen om het gehele jaar als fiscale partner te worden aangemerkt, wordt de aftrek van buitengewone uitgaven individueel berekend. In dat geval wordt de zorgtoeslag, zoals deze op grond van artikel 6.24 van de Wet inkomstenbelasting wordt berekend, voor het deel dat betrekking heeft op de partnerperiode gelijk over de partners verdeeld.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe er wordt omgegaan met nog terug te betalen inkomensafhankelijke bijdrage. Wordt dit altijd vóór 1 april, de uiterste datum van de belastingaangifte vastgesteld en dan uitbetaald?

Voor zover recht bestaat op een vergoeding of teruggaaf is er geen sprake van op de belastingplichtige drukkende uitgaven en worden deze uitgaven niet in aanmerking genomen als buitengewone uitgaven. Het is niet van belang wanneer die vergoeding of teruggaaf plaats vindt.

De leden van de fractie van het CDA vragen of deze wijziging in de buitengewone uitgavenregeling identiek doorwerkt in het besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven.

Het huidige Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven wordt door de in het onderhavige wetsvoorstel opgenomen delegatiebevoegdheid van een grondslag voorzien. Verder zal – zoals aangegeven – het Besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven op dit moment nauwelijks worden gewijzigd. Het Besluit blijft uitgaan van de buitengewone uitgaven zoals die op basis van de Wet IB 2001 worden vastgesteld. Alle wijzigingen in de buitengewone uitgavenregeling werken door deze systematiek door naar het Besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven.

#### *Artikel 3.6.1*

De vraag van de leden van de SGP over artikel 3.6.1. is hiervoor beantwoord bij de vraag van de leden van de VVD-fractie onder «Wijzigingen van de Wet IB 2001».

#### *Artikel 3.6.4.*

De leden van de CDA-fractie vragen of ziektekostenverzekeringmaatschappijen alsnog vennootschapsbelastingplichtig zijn als zij binnen tien jaar afzien van hun status «zonder winstoogmerk» en dus winst hebben kunnen maken op gratis verschaft kapitaal.

Ziekenfondsen moeten in beginsel de voor de uitvoering van de Zfw gereserveerde gelden (ziekenfondsreserve) afdragen aan de Algemene Kas. Het is echter de bedoeling dat ziekenfondsen die dat wensen, werkzaam kunnen zijn als zorgverzekeraar in het kader van de Zvw. Daarom is bepaald dat onder specifieke voorwaarden afdracht aan de Algemene Kas achterwege kan blijven. Eén van de voorwaarden voor het behoud van de ziekenfondsreserve is dat in de statuten is gewaarborgd dat het ziekenfonds gedurende minimaal tien jaar (na 1 januari 2006) werkzaam is als zorgverzekeraar zonder winstoogmerk. Indien deze zorgverzekeraars binnen de periode van tien jaar alsnog winst gaan beogen moeten zij alsnog de oorspronkelijke ziekenfondsreserve afdragen aan de Algemene Kas. Voorts zijn zorgverzekeraars slechts van vennootschapsbelasting vrijgesteld, voorzover zij geen winst beogen, of maken anders dan voor instellingen ten bate van de volksgezondheid. Als deze zorgverzekeraars binnen de periode van tien jaren alsnog winst gaan beogen of maken anders dan voor instellingen ten bate van de volksgezondheid worden zij inderdaad vennootschapsbelastingplichtig.

#### *Artikel 3.8.*

In het Wetsvoorstel Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia; Kamerstukken II 2004/05, 30 034) zelf is nog geen rekening gehouden met de Zvw. Dat is ook begrijpelijk, want de Wia werd ingediend op 15 maart 2005, dat wil zeggen op een dag waarop de Eerste Kamer de Zvw nog niet had aangenomen. Echter, in het wetsvoorstel Wet financiering en invoering Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Kamerstukken II 2004/05, 30 118, nr. 2, artikelen 2.12, 2.13, 2.14 en 2.16) wordt wél met de Zvw rekening gehouden. Artikel 2.12 van dat wetsvoorstel bevat de wijzigingen in de Wia die nodig zijn zodra de Zvw in werking treedt. Dit in antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie.

#### *Artikel 3.8.12, onderdeel H*

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de SGP-fractie om een nadere toelichting op de in artikel 3.8.12, onderdeel H, opgenomen wijziging zij vermeld dat ook onder de huidige regelgeving een persoon die tegen één van de volksverzekeringen gemoedsbezwaren heeft en ontheven is van de premieverplichting ingevolge die wet, niet alleen voor die wet premievervangende belasting moet betalen, maar dat dan voor alle volksverzekeringen premievervangende belasting wordt geheven. Derhalve ook voor die volksverzekeringen waarvoor hij niet van premiebetaling is ontheven. Voor deze systematiek is destijds gekozen met het oog op een eenvoudige uitvoering door de Belastingdienst. Om dezelfde reden is in het kader van de Zvw bij die bestaande systematiek aangesloten. De verzekeringsplicht ingevolge de Zvw is immers direct gekoppeld aan het verzekerd zijn ingevolge de AWBZ. Indien van iemand voor de AWBZ premievervangende belasting wordt geheven vanwege zijn ontheffing van één of meer volksverzekeringen, zal ook in het kader van de Zvw bijdragevervangende belasting worden geheven ongeacht of die persoon louter gemoedsbezwaren tegen de AWBZ heeft. Een andere

werkwijze zou de uitvoering van de heffing van premies, bijdragen en belastingen door de Belastingdienst teveel compliceren.

Een persoon die gemoedsbezwaren heeft tegen de AWBZ, wordt ontheven van de verplichtingen opgelegd op grond van de AWBZ en de Wet financiering sociale verzekeringen. In plaats van de verschuldigde AWBZ-premie wordt dan premieervangende belasting geheven. De betrokkene blijft wel verzekerd ingevolge die wet en heeft als zodanig recht op verstrekkingen ingevolge die wet. Om zijn aanspraak op AWBZ-zorg geldend te kunnen maken, dient betrokkene zich aan te melden bij een zorgverzekeraar-Zvw of een verzekeraar-AWBZ ten einde zich als AWBZ-verzekerde te laten inschrijven. Gelet op de gemoedsbezwaren die tegen de verzekering bestaan, zal dit naar ik aanneem niet veel voorkomen. Dit laat onverlet dat een gemoedsbezwaarde op ieder moment op zijn verzoek tot ontheffing kan terugkomen en dan vervolgens na inschrijving zorg kan invoeren.

In artikel 2 van de Zvw is geregeld dat iemand die als gemoedsbezwaarde ontheven is van de verplichtingen opgelegd op grond van de AWBZ en de Wet financiering sociale verzekeringen, niet verplicht is met een zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Iemand die geen zorgverzekering heeft, kan uiteraard ook geen zorg ten laste van die verzekering invoeren. De Zvw legt in artikel 57 wel aan deze gemoedsbezwaarden de verplichting op om bijdrageervangende belasting te betalen. In artikel 70 is vervolgens geregeld dat die geheven bijdrageervangende belasting op een op naam van betrokkene gestelde rekening bij het CVZ wordt gestort. De kosten van door de gemoedsbezwaarde ingeroepen zorg, voor zover die overeenkomt met aanspraken op grond van de Zvw, kunnen door betrokkene ten laste van deze rekening worden gebracht.

Ter toelichting van subonderdeel 2 kan ik opmerken dat, net zoals de premieervangende belasting die op grond van de andere sociale verzekeringswetten wordt geheven, voor de Wet inkomstenbelasting 2001, de Wet op de loonbelasting 1964 en de Invorderingswet 1990 als premie op grond van de desbetreffende verzekering wordt aangemerkt, ook de bijdrageervangende belasting die op grond van artikel 57 van de Zvw wordt geheven, voor de Wet inkomstenbelasting 2001, de Wet op de loonbelasting 1964 en de Invorderingswet 1990 als inkomensafhankelijke bijdrage op grond van de Zvw wordt beschouwd. Het is immers geen «gewone» belasting.

#### *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.

Artikel 4.2 biedt de wettelijke basis voor het Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven (Tbtbu). Het besluit zal hierdoor komen te berusten op dit artikel. In verband daarmee zal artikel 5 van het besluit, waarin de expiratedatum van het besluit (1 januari 2006) is geregeld, vervallen. Het besluit zal overigens geen ingrijpende wijzigingen ondergaan.

Zoals bekend zal de komende periode een onderzoek naar de samenvoeging van de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven, de fiscale buitengewone uitgavenregeling en de zorgtoeslag plaatsvinden. Zoals hiervoor al is opgemerkt, zullen de resultaten van dat onderzoek tijdig vóór het Belastingplan 2007 naar de Kamer worden gestuurd. Gelet op het feit dat de inhoud van het besluit al bekend is, en ingrijpende wijzigingen vooruitlopend op de uitkomsten van het bedoelde onderzoek niet worden overwogen, zijn er naar het oordeel van het kabinet geen bijzondere

omstandigheden in de zin van aanwijzing voor de regelgeving nr. 35, die een voorhangprocedure rechtvaardigen. Ik ben slechts voornemens het bereik van de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven uit te breiden tot die gevallen waarin de aftrek van buitengewone uitgaven een verzilveringsprobleem geeft op basis van de door partners gezamenlijk verschuldigde belasting en verrekenbare heffingskortingen. Dit is een kleine technische aanpassing in de berekeningsystematiek die een tegemoetkoming biedt voor specifieke gevallen.

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