

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 16

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 september 2005

In mijn brief «Voortgang Zorgverzekeringswet» van 22 juli jongstleden heb ik mijn voornemen kenbaar gemaakt om in september een volgende brief te sturen over de voortgang van de invoering van de Zorgverzekeringswet.¹ De onderhavige brief voorziet daarin.

Deze brief bevat een groot aantal onderwerpen, waaronder het voorkomen van onverzekerden, de positie van verzekerden en patiënten en de voorlichting in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het geheel overziend ben ik van oordeel dat, mede gezien de resultaten van een monitor die ik bij verzekeraars heb laten uitvoeren, de voorbereidingen volgens planning verlopen, waardoor een zorgvuldige invoering van de Zorgverzekeringswet mogelijk is. Ook de resultaten van deze monitor komen in deze rapportage aan de orde.

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

¹ Kamerstukken II, 2004/05, 29 689, nr. 11.

1 Inleiding

In deze 2e Voortgangsrapportage komen de volgende onderwerpen aan de orde:

2	Voortgang invoering Zvw	3
2.1	Resultaten monitor bij verzekeraars	3
2.2	Toetsing modelovereenkomsten	5
2.3	Contractering van zorgaanbieders door zorgverzekeraars	5
3	Voorkomen van onverzekerden	6
4	Positie van verzekerden en patiënten	8
4.1	Versterking van de positie van patiënten en consumenten	8
4.2	Invloed verzekerden	8
4.3	Geschillencommissie	9
4.4	Wisselen van verzekeraar	10
5	Privacyaspecten	10
5.1	Algemeen	10
5.2	Positionering gedragscode	11
5.3	Gegevensuitwisseling ten behoeve van de risicoverevening	12
5.4	Gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars	12
6	Risicoverevening	13
7	Collectieve contracten	14
7.1	Collectieve contracten voor werknemers bij de overheid	14
8	Verwachte koopkrachtontwikkeling 2006	16
8.1	Algemeen	16
8.2	Specifieke groepen	17
8.3	Inkomensafhankelijke bijdrage	19
9	Voorlichting	20
9.1	Algemeen	20
9.2	Automatisch doorverbinden met de Belastingdienst/Toeslagen	22
10	No-claim teruggaveregeling	22
10.1	Reactie op motie inzake vaststelling no-claim teruggaveregeling	22
10.2	Reactie op het Nivel onderzoek	23

In mijn brief «Voortgang Zorgverzekeringswet» van 22 juli heb ik toegezegd u de ministeriële regeling inzake de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) toe te sturen. Deze «Regeling zorgverzekering» treft u aan in bijlage 1¹. Voor de goede orde zij opgemerkt dat deze ministeriële regeling thans de bepalingen bevat bij de hoofdstukken 1 (definities), 2 (bepalingen omtrent prestaties), 3 (bepalingen omtrent de vereveningsbijdrage) en 8 (slotbepalingen). Deze regeling wordt nog aangevuld met hoofdstukken over het Zorgverzekeringsfonds, de inkomensafhankelijke bijdrage, bepalingen over het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ), gegevensverstrekking anders dan in verband met de risicoverevening en een geneesmiddelenbijlage. De verwachting is dat de volgende fasen vanaf oktober in de Staatscourant gepubliceerd zullen worden. Half december zal naar verwachting de laatste – technische – aanvulling/wijziging worden geplaatst. Ten behoeve van een volledig beeld van die aspecten van de regeling waar uw Kamer recentelijk aandacht voor heeft gevraagd, komen de onderwerpen over de gegevensverstrekking van zorgaanbieders aan zorgverzekeraars en de inkomensafhankelijke bijdrage in paragraaf 5.4 respectievelijk paragraaf 8.3 aan de orde. Bij de gegevensverstrekking van zorgaanbieders aan zorgverzekeraars gaat het om de vraag welke gegevens uitgewisseld mogen worden en met welk doel. Dit aspect wordt thans op een zorgvuldige wijze met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) afge-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

stemd. Ik heb er vertrouwen in dat deze afstemming op korte termijn zal worden afgerond, opdat de regeling per 1 januari aanstaande in werking kan treden. Naar verwachting zal dit onderdeel van de ministeriële regeling eind oktober 2005 in de Staatscourant geplaatst worden. Bij de inkomensafhankelijke bijdrage gaat het om de vraag over welke inkomensbestanddelen verzekeringsplichtigen 6,5% aan inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd zijn en over welke inkomensbestanddelen 4,4%.

Bijlage 2¹ bevat de beleidsregels van het CVZ met betrekking tot de nadere regelgeving op het terrein van de risicoverevening. In de Regeling zorgverzekering is de hoogte van het totale te verdelen bedrag over verzekeraars, het zogeheten macro prestatie bedrag (MPB), vermeld en de criteria op basis waarvan dit bedrag verdeeld moet worden. Voor de toedeling van het MPB aan zorgverzekeraars bevatten de beleidsregels de normatieve bedragen, waarbij rekening wordt gehouden met het risico-profiel van verzekerden. Hiermee stelt het CVZ de uitkeringen aan de zorgverzekeraars vast.

2 Voortgang invoering Zvw

2.1 Resultaten monitor bij verzekeraars

Ik heb beide Kamers toegezegd de voortgang van de invoering van de Zvw bij zorgverzekeraars nauwlettend te volgen en daar eventueel een onderzoek naar te laten uitvoeren. PricewaterhouseCoopers (PwC) heeft inmiddels op mijn verzoek een dergelijk onderzoek verricht (zie bijlage 3¹ voor de onderzoeksresultaten).

Het doel van dit onderzoek was het zicht op de implementatie-inspanningen van verzekeraars te vergroten, in aanvulling op de informatie die mijn departement daarover reeds verzamelt via frequent overleg met ZN en individuele verzekeraars. Overigens beperken het onderzoek en het overleg zich niet tot de activiteiten waar verzekeraars zelf voor verantwoordelijk zijn. Ook de voortgang op andere relevante aspecten voor een succesvolle invoering van de Zvw wordt zorgvuldig gemonitord. Dit betreft onder meer de beoordeling van de modelovereenkomsten door het CTZ en het uitbrengen van de budgetbrief met daarin de bijdrage uit het vereveningssysteem door het CVZ. Het onderzoek is uitgevoerd bij alle zorgverzekeraars en twee volmachten (in het navolgende tezamen als verzekeraars aangeduid).

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

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De hoofdconclusie van het onderzoek is dat, gelet op de kwalitatief hoogstaande voorbereiding en gemeten naar de peildatum van 1 september,

verantwoorde invoering van de Zvw mogelijk moet zijn. Teneinde deze verantwoorde invoering ook daadwerkelijk te realiseren, is voortzetting van de zorgvuldige procesgang in de komende maanden essentieel.

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

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

De grote betrokkenheid van de verzekeraars blijkt ook onder meer uit de wijze waarop de invoering wordt aangepakt: bij vrijwel alle verzekeraars zijn stevige projectorganisaties verantwoordelijk voor de benodigde veranderingsprocessen. De sturing is meestal belegd op het hoogste niveau in de organisatie. Naar het oordeel van de onderzoekers wordt de sturing van het proces door verzekeraars adequaat vormgegeven. Op het onderdeel projectbeheersing scoren vrijwel alle verzekeraars dan ook groen, een enkeling scoort op deelaspecten oranje. Dit betreft dan vooral het voldoende aandacht geven aan een tijdige toetsing van de modelovereenkomst(en). Overigens houdt ook mijn departement de voortgang van de beoordelingen door het CTZ – die dit College in samenwerking met het CVZ verricht – nauwgezet in de gaten.

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

Het onderdeel IT heeft de bijzondere aandacht bij de verzekeraars. Veelal moet een groot aantal systemen worden aangepast. Deze aanpassingen moeten bovendien worden uitgevoerd in een vaste tijdspanne, waarbij het besluit dit voorjaar om de datum waarop verzekeren een aanbod krijgen te verplaatsen van 1 november naar 16 december wel verlichting heeft geboden. Ook grijpt een aantal verzekeraars de Zvw-invoering aan voor grootschalige organisatie- en IT-aanpassingen. Gezien de impact en het gewicht van de IT-vraagstukken hebben de onderzoekers het beeld op het aspect IT nader gedifferentieerd. Dit leidt tot het volgende inzicht:

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

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

De onderzoekers besteden ook aandacht aan een aantal meer beleidsmatige signalen die verzekeraars aan de onderzoekers hebben doorgegeven. Het meest terugkerende punt is de oproep van verzekeraars om beleidsmatige wijzigingen de komende tijd zoveel mogelijk te voorkomen, omdat deze de invoering onevenredig zwaar kunnen belasten. Verder wijst een

aantal verzekeraars op voor de invoering relevante aspecten, die naar hun oordeel nog niet tot in alle details helder zijn. Mijn departement benut al deze signalen. In veel gevallen gaat het vooral om het in samenwerking met ZN nog beter uitdragen van het beleid en de gemaakte afspraken richting de verzekeraars.

2.2 Toetsing modelovereenkomsten

Voor de beoordeling van de modelovereenkomsten is het CTZ ingevolge de Algemene wet bestuursrecht (Awb) gehouden aan een wettelijke termijn van acht weken. Het CTZ streeft er naar de zorgverzekeraar binnen zes weken te voorzien van een oordeel.

De toetsing van modelovereenkomsten gebeurt in nauw overleg tussen het CTZ, het CVZ en de betreffende verzekeraar. Het CTZ geeft heel concreet aan op welke punten de modelpolis zonodig aangepast moet worden. Ook met betrekking tot de verbeterpunten kan de zorgverzekeraar desgewenst hulp krijgen van het CTZ en het CVZ. Het CTZ hanteert als procedure dat zij eerst een voorlopig oordeel geeft. Het definitieve oordeel wordt pas gegeven nadat de reglementen die deel uitmaken van de zorgpolis, zijn vastgesteld. In die reglementen worden de hulpmiddelenzorg en de farmaceutische zorg nader uitgewerkt. Om die uitwerking te maken, gebruiken zorgverzekeraars de Regeling zorgverzekering die op 5 september 2005 in de Staatscourant is gepubliceerd. Voor de nadere uitwerking van de hulpmiddelenzorg, ontwikkelt ZN op dit moment voorbeelden die de zorgverzekeraar behulpzaam zijn bij het formuleren van deze zorg in de reglementen. Zoals ook uit het onderzoek van PwC naar voren komt, is een tijdige toetsing van de modelovereenkomsten een aandachtspunt voor de komende periode.

2.3 Contractering van zorgaanbieders door zorgverzekeraars

Beide Kamers hebben gevraagd wat de voornemens van zorgverzekeraars zijn bij hun contracteerbeleid voor 2006. Ik heb deze vraag aan ZN voorgelegd. ZN heeft mij het volgende laten weten.

Zoals bekend, mogen zorgverzekeraars in het nieuwe verzekeringsstelsel zelf bepalen of ze een naturapolis, een restitutiepolis of een combinatie van beide aanbieden. Ook zijn verzekeraars vrij in het aantal zorgverzekeringspolissen dat zij aanbieden. Voormalige ziekenfondsen zijn niet langer verplicht tot het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders. Het sluiten van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders komt daardoor in een ander perspectief te staan. Zorgverzekeraars kunnen zich immers in het nieuwe verzekeringsstelsel op basis van de zorginkoop gaan profileren. Naar verwachting van ZN zal het echter enige tijd duren voor zorgverzekeraars deze omschakeling gemaakt hebben. Bovendien bemoeilijken volgens ZN het relatief schaarse aanbod van zorg en de sterke uitgangspositie van zorgaanbieders bij de onderhandelingen de mogelijkheden van zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op zorginkoop. ZN verwacht dan ook dat zorgverzekeraars in 2006 in zodanig ruime mate zorgaanbieders zullen contracteren, dat er zich voor verzerden in vergelijking met 2005 geen grote veranderingen zullen voordoen.

Deze informatie van ZN ondersteunt mij in mijn eerdere inschatting dat zorgverzekeraars in 2006 zorgaanbieders op brede schaal zullen contracteren.

3 Voorkomen van onverzekerden

In de diverse debatten met beide Kamers over het wetsvoorstel voor de Zvw is aandacht gevraagd voor het vraagstuk van de onverzekerden. Ik heb toegezegd uw Kamer te informeren over de uitkomsten van mijn gesprekken met onder andere Divosa en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) over dit onderwerp.

Bij dit vraagstuk dient onderscheid te worden gemaakt tussen de overgang naar het nieuwe verzekeringsstelsel met ingang van 1 januari 2006 en de periode na invoering van de Zvw.

Door de verankering van de zogeheten negatieve optie in het voorstel voor de I&A-wet Zvw wordt voorkomen dat mensen onverzekerd raken als gevolg van het niet (tijdig) reageren op het aanbod dat zij van hun verzekeraar krijgen. De betreffende bepaling in het genoemde wetsvoorstel regelt immers dat verzekerden die positief óf niet reageren op het aanbod van hun verzekeraar per 1 januari 2006 volgens dat aanbod verzekerd zijn.¹ Door deze wettelijke verankering van de negatieve optie is het vraagstuk van de onverzekerden bij de overgang naar het nieuwe verzekeringsstelsel niet groter dan nu. Daarnaast biedt de Zvw gemeenten de mogelijkheid om ten behoeve van hun minima collectieve ziektekostenverzekeringen af te sluiten. Tevens wil ik graag op het volgende wijzen. Eventuele betalingsproblemen van (voormalige ziekenfonds-)verzekerden als gevolg van de (hogere) nominale premie kunnen uiteindelijk tot royement door de verzekeraar leiden. Dit hoeft echter niet te betekenen dat de betrokkenen onverzekerd raken. Door de acceptatieplicht van verzekeraars kunnen verzekeringsplichtigen dan een zorgovereenkomst bij een andere verzekeraar afsluiten, al dan niet in combinatie met afspraken over premiebetaling. Bovendien hebben mensen ongeacht hun financiële situatie en ongeacht de vraag of zij wel of niet verzekerd zijn, recht op medisch noodzakelijke zorg. Iemand die niet verzekerd is, zal de kosten van de verleende zorg in principe zelf moeten betalen. Als de betrokkene een rekening niet direct kan betalen, kan hij met de zorgaanbieder een betalingsregeling afspreken. Mocht dit niet mogelijk zijn, dan kunnen ziekenhuizen oninbare vorderingen boeken op de post dubieuze debiteuren. Eerstelijnszorgaanbieders kunnen bij oninbare rekeningen voor kosten van medisch noodzakelijke zorg die aan illegalen is verleend een beroep doen op de zogeheten Stichting Koppeling. Het is aan gemeenten om te bepalen of bijstandsgerechtigden die de nominale ziektekostenpremie niet kunnen betalen of die te maken krijgen met hoge medische kosten terwijl ze niet verzekerd zijn, in aanmerking komen voor bijzondere bijstand. Overigens ben ik voornemens om in de tweede fase van de voorlichtingscampagne extra aandacht te besteden aan een aantal «moeilijk bereikbare doelgroepen», zoals (oudere) allochtonen, dak- en thuislozen, verlaafden en langdurig thuiswonende psychiatrische patiënten (zie verder paragraaf 9 «voorlichting»).

Dit laat onverlet dat mijn departement met diverse instanties in gesprek is om opties te verkennen ter voorkoming van een nieuwe groep onverzekerden nadat de Zvw is ingevoerd. Daartoe is een breed samengestelde werkgroep in het leven geroepen.² De werkgroep brengt vóór de toegezegde evaluatie van de Zvw in 2007 het eindrapport uit. Daarnaast zal de werkgroep in een van de komende voortgangsrapportages tussentijds verslag uitbrengen van de resultaten van de werkzaamheden.

De VNG heeft onder andere de suggestie geopperd om een zodanige wettelijke regeling te treffen, dat het voor gemeenten mogelijk wordt om over te gaan tot een collectieve automatische (i.e. zonder expliciete instemming van bijstandsgerechtigden) inhouding van de zorgpremies

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

² Naast het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nemen onder andere het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het CVZ en ZN deel aan deze werkgroep.

van bijstandsgerechtigden. De Wet Werk en Bijstand (WWB) is gericht op het bevorderen van het voorzien in een zelfstandig bestaan door de betrokkenen. Het automatisch inhouden van de zorgpremies van bijstandsgerechtigden door sociale diensten strookt niet met het doel van deze wet. Bovendien heeft circa 85 tot 90 procent van de bijstandsgerechtigden geen betalingsachterstanden. Het zonder expliciete toestemming van bijstandsgerechtigden wettelijk regelen van collectieve automatische inhouding van zorgpremies zou tot een onterechte stigmatisering van bijstandsgerechtigden leiden.

Artikel 57 van de WWB biedt gemeenten wel de volgende mogelijkheid. Een gemeente kan aan de verlening van bijstand aan individuele bijstandsgerechtigden de verplichting verbinden dat de gemeente noodzakelijke betalingen, zoals de premie voor de ziektekostenverzekering, verricht en deze verrekenet met de bijstandsuitkering. Het is hiervoor noodzakelijk dat de gemeente vaststelt dat de betreffende bijstandsgerechtigde niet in staat is tot een verantwoorde besteding van de bestaansmiddelen. Zowel een betalingsachterstand bij de premies voor de zorgverzekering als een roeyement kan daartoe aanleiding zijn. Om systematisch voor al hun bijstandsgerechtigden gebruik te kunnen maken van dit artikel, moeten gemeenten op enigerlei wijze informatie van een instantie krijgen over de vraag of hun bijstandsgerechtigden een betalingsachterstand hebben of zelfs geroyeerd zijn door hun zorgverzekeraars. Het spreekt voor zich dat bij een dergelijke optie een afweging moet worden gemaakt tussen het doel (het voorkomen van onverzekerden) en het instrument (een mogelijke inbreuk op de privacy van betrokkenen).

Uit de gesprekken met Cedris, de brancheorganisatie voor sociale werkgelegenheid en arbeidsintegratie, is naar voren gekomen dat deze organisatie thans de behoefte verkent aan een collectieve aanpak voor de sector. Dit vloeit voort uit de afspraak die is gemaakt in de Cao Wsw 2005 tussen VNG/Cedris, Abvakabo en CNV Publieke zaak. Op dit moment laat Cedris daartoe een enquête uitvoeren bij de aangesloten bedrijven (circa 90 000 wsw'ers). Daarbij wordt tevens de behoefte aan voorlichting in kaart gebracht. De resultaten worden in oktober 2005 verwacht.

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

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

Uit het bovenstaande blijkt dat het vraagstuk van de onverzekerden nadere verkenning behoeft met de betrokken organisaties én met het CBP. Zoals ik hiervoor al heb opgemerkt, zal ik u hierover in een van de volgende voortgangsrapportages nader informeren.

4 Positie van verzekerden en patiënten

4.1 Versterking van de positie van patiënten en consumenten

Tijdens het plenaire debat over het voorstel voor de Zvw in de Eerste Kamer is uitgebreid gesproken over de positie van patiënten in het nieuwe verzekeringsstelsel. Diverse woordvoerders hebben ervoor gepleit om iets extra's te doen voor patiënten en hun organisaties om de zogeheten «empowerment» van patiënten te versterken.

Naar aanleiding daarvan ben ik voornemens om in de jaren 2006 en 2007 een extra impuls te geven (€ 7 miljoen, evenredig verdeeld over beide jaren) aan de versterking van de positie van patiënten en consumenten. De middelen zullen ten goede komen aan de patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (PGO-organisaties) en zullen via het Fonds PGO beschikbaar worden gesteld. De PGO-organisaties kunnen voorstellen indienen bij het Fonds PGO.

Deze gelden zijn gericht op het stimuleren van een innovatieve aanpak door de patiënten- en consumentenorganisaties. Het gaat daarbij om de volgende aspecten:

- het stellen van eisen aan de zorg en de verzekeringen vanuit patiënten en consumentenperspectief. Voorbeelden hiervan zijn het opstellen en/of beïnvloeden van onder andere protocollen, standaarden, normen, productspecificaties, zorgarrangementen en eisen aan ketenzorg;
- het ontwikkelen van methoden om te toetsen of de zorg aan deze eisen voldoet. Het gaat daarbij onder andere om het (laten) ontwikkelen van specifieke vragenlijsten voor het meten van ervaringen in de zorg en het formuleren van prestatie-indicatoren;
- het daadwerkelijk toetsen van het zorgaanbod en de zorgverzekeringen aan de eisen vanuit patiënten- en consumentenperspectief. Voorbeelden hiervan zijn het toetsen van het zorginkoopbeleid van de verzekeraar of het meten van klantervaringen;
- het informeren van de diverse doelgroepen over deze uitkomsten en het gericht adviseren naar aanleiding daarvan;
- het met behulp van de hiervoor genoemde informatie beïnvloeden van zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- het monitoren van effecten en knelpunten bij de invoering van de Zvw en mede naar aanleiding van de uitkomsten daarvan het laten uitvoeren van onderzoek, (juridische) analyses en specifieke acties als voorlichting en beleidsbeïnvloeding.

4.2 Invloed verzekerden

Diverse leden van beide Kamers hebben aandacht gevraagd voor de wijze waarop verzekerden invloed krijgen op het (inkoop-)beleid van hun verzekeraar. Naar aanleiding daarvan heb ik aan ZN gevraagd hoe verzekeraars de verplichting om verzekerden een redelijke mate van invloed op hun beleid te geven (artikel 28 van de Zvw), zullen gaan invullen.

In reactie daarop wijst ZN allereerst op de ervaringen die de ziekenfondsen hebben opgedaan met dit onderwerp. De Ziekenfondswet (Zfw) kent namelijk een vergelijkbare bepaling als het hiervoor genoemde artikel 28 in de Zvw. Ziekenfondsen die als rechtspersoon de onderlinge

waarborgmaatschappij kennen, dienen op grond van burgerlijk recht een uit de verzekerden samengestelde ledenraad te hebben.¹ Uit de ervaringen van de ziekenfondsen blijkt dat het vaak lastig is om verzekerden te enthousiasmeren om zitting te nemen in deze ledenraad. Daarnaast wijst ZN op het advies «Health Insurance Governance» dat de commissie Glasz in 2002 op verzoek van ZN heeft uitgebracht. Deze commissie beveelt onder andere aan raden van advies in te stellen, die het bestuur van de zorgverzekeraar met name op het terrein van de verzekering en zorg adviseert. Dit advies is door de leden van de ZN geaccordeerd. Naar aanleiding daarvan vindt thans zowel bij ziekenfondsen als bij particuliere verzekeraars een heroriëntatie plaats op de wijze waarop zij de advies- en klankbordfunctie van verzekerden vorm willen geven. Daarnaast zorgen een toenemend aantal samenwerkingsrelaties op regionaal niveau tussen patiënten/consumenten-platforms en zorgverzekeraars voor een toenemende invloed van verzekerden. Deze samenwerkingsrelaties hebben vooral betrekking op het beleid van de zorginkoop en de kwaliteit van de zorg. Overigens zal ZN artikel 28 van de Zvw nogmaals onder de aandacht van de leden brengen en hen verzoeken een nadere invulling te geven aan dit artikel.

Gelet op de inspanningen die ziekenfondsen en particuliere verzekeraars nu al verrichten om verzekerden meer invloed op het beleid van verzekeraars te geven, vind ik het niet wenselijk om daar op dit moment nadere regels aan te stellen. Dit zou immers de inspanningen van verzekeraars doorkruisen. Een aanvullende reden daarvoor is het feit dat de PGO-organisaties door de extra financiële middelen die zij via het Fonds PGO ter beschikking zullen krijgen, ook meer kunnen investeren in de samenwerkingsrelaties met verzekeraars op regionaal niveau. Dit laat echter onverlet dat ik de ontwikkelingen terzake, mede op basis van de signalen van het CTZ, goed zal blijven volgen en zonodig aanvullende maatregelen zal treffen.

4.3 Geschillencommissie

Tijdens de plenaire behandeling van het voorstel voor de Zvw in de Eerste Kamer zijn in het kader van de rechtsbescherming van verzekerden diverse vragen gesteld over de stand van zaken bij de onafhankelijke geschillencommissie. In reactie daarop heb ik onder andere opgemerkt dat ZN en het CVZ in gesprek waren over het oprichten van een dergelijke geschillencommissie en dat ik de voortgang zou volgen.

Voorafgaand daaraan wil ik volledigheidshalve graag opmerken dat een verzekerde vrij is in zijn keuze om een geschil hetzij aan de burgerlijke rechter dan wel aan de onafhankelijke geschillencommissie voor te leggen. Net zoals dat voor alle onder de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken (SGC) vallende geschillencommissies geldt, betekent een keuze voor de geschillencommissie, dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat de beslissing van die commissie in beginsel bindend is. Een marginale toets van de burgerlijke rechter is overigens nog wel mogelijk indien de verzekerde van mening is dat de commissie in redelijkheid niet tot haar beslissing had kunnen komen.

Ik heb inmiddels van ZN begrepen dat deze onafhankelijke geschillencommissie op de volgende wijze gestalte zal krijgen.

Met het oog op de onafhankelijkheid van de geschillencommissie zullen haar activiteiten worden ondergebracht in een aparte stichting. Voor een adequate behartiging van de belangen van verzekerden en patiënten is het van belang dat ook patiënten- en consumentenorganisaties in deze stichting zijn vertegenwoordigd. De NPCF heeft inmiddels in beginsel

¹ Dit geldt overigens ook voor zorgverzekeraars die als onderlinge waarborgmaatschappij de Zvw willen gaan uitvoeren.

positief gereageerd op het verzoek zitting te nemen in het bestuur van deze stichting. Daarnaast is besloten dat deze stichting niet alleen geschillen zal behandelen, maar ook klachten van verzekerden (bijvoorbeeld bejegeningsskwesties). Ten behoeve van deze klachtbehandeling zal de bestaande Ombudsman Zorgverzekeringen in de stichting worden ondergebracht. Op dit moment wordt de organisatie van de concrete werkzaamheden van de geschillencommissie en de Ombudsman nader uitgewerkt. Voorbeelden daarvan zijn de wijze waarop partijen in geval van een geschil «gehoord» worden en het maken van afspraken met het CVZ over de adviesfunctie van dit College. Het is de bedoeling dat de geschillencommissie op 1 januari 2006 haar werkzaamheden zal starten.

Het geheel overziend heb ik er alle vertrouwen in dat de stichting, de daarin ondergebrachte onafhankelijke geschillencommissie en de Ombudsman Zorgverzekeringen dusdanig zullen worden toegerust dat zij hun taken met ingang van 1 januari aanstaande adequaat kunnen uitvoeren.

4.4 Wisselen van verzekeraar

Een ander aspect waarvoor aandacht is gevraagd, betreft het vereenvoudigen van de procedure bij het wisselen van verzekeraar door bijvoorbeeld gebruik te maken van één uniform formulier.

Desgevraagd wijst ZN er op dat door de invoering van de Zvw de procedure voor het afsluiten van een zorgverzekering al aanmerkelijk vereenvoudigd is. Belangrijke oorzaken daarvoor zijn de acceptatieplicht van verzekeraars en het feit dat geen toetsing meer hoeft plaats te vinden aan de voorwaarden die de Zfw stelde. ZN vraagt daarnaast begrip voor het feit dat het voor verzekeraars nagenoeg ondoenlijk is om nu nog – gelet op het vele werk dat verzekeraars moeten verrichten voor een zorgvuldige invoering van de Zvw – een dergelijk uniform formulier voor 2006 te ontwikkelen. In de uitvoeringspraktijk zal overigens de «nieuwe» verzekeraar vaak aanbieden om de verzekerde in administratieve zin behulpzaam te zijn met het opzeggen van zijn verzekering.

Dit laat onverlet dat ZN overweegt om na de invoering van de Zvw een administratiesysteem te ontwikkelen waarin de keuze van verzekerden voor een bepaalde verzekeraar wordt geregistreerd. In een dergelijk systeem zou de «nieuwe» verzekeraar bij wie de verzekeringsplichtige een zorgverzekeringsovereenkomst afsluit, de relevante informatie op enigerlei wijze doorgeven aan het hiervoor genoemde administratiesysteem. Door dit administratiesysteem te raadplegen, kan de voormalige verzekeraar van de verzekerde in kwestie vervolgens «zien» dat deze verzekerde de zorgovereenkomst bij hem opzegt. Om de aanlevering van gegevens voor dit administratiesysteem te stroomlijnen, zou een uniform formulier ontwikkeld moeten worden. Zoals uit het voorgaande blijkt, biedt een dergelijk systeem perspectief op het eenvoudig wisselen van verzekeraar door verzekerden.

5 Privacyaspecten

5.1 Algemeen

Op dit moment voert mijn departement met zowel het CBP als met ZN, de KNMG en de NPCF uitvoerig en constructief overleg over de privacyaspecten samenhangend met de Zvw. Alvorens nader in te gaan op de stand van zaken bij de verschillende onderwerpen wil ik er graag op wijzen dat thans een groot aantal waarborgen in ontwikkeling is voor de bescherming én een juist gebruik van persoonsgegevens. Daarmee ontstaat een expliciet en solide toetsingskader dat bij de Zfw nog ontbrak.

In het proces van de totstandkoming van dat toetsingskader en het maken van afspraken over het concrete gebruik van persoonsgegevens is de afgelopen maanden belangrijke voortgang geboekt. Volledigheidshalve memoreer ik hieronder de belangrijkste resultaten:

- artikel 87 Zvw biedt een wettelijke basis voor het gebruik van persoonsgegevens in de uitvoering van de Zvw. Op aandringen van het CBP komt er op basis van dit artikel een ministeriële regeling die helderheid biedt over de door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars te verstrekken gegevens;
- naar aanleiding van de advisering door het CBP en het daaropvolgend onderzoek zal de levering van dbc-gegevens aan het zogeheten DIS via «privacy enhancing technologies» (versleuteling) plaatsvinden;
- ook de risicoverevening gaat plaatsvinden met behulp van versleutelde persoonsgegevens;
- ZN heeft op basis van een met de NPCF gesloten convenant een nieuwe gedragscode bescherming persoonsgegevens zorgverzekeraars opgesteld. Een belangrijke bijlage bij de gedragscode vormt het protocol materiële controle;
- mede op aandringen van het CBP is besloten af te zien van het gebruik van persoonsgegevens bij het dbc-onderhoud;
- het CTZ en het CBP zijn voornemens een convenant te sluiten met betrekking tot het toezicht op het gebruik van persoonsgegevens;
- de betrokken partijen werken in gezamenlijk overleg aan een structurele oplossing voor het gebruik van persoonsgegevens in het kader van de dbc's;
- met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is afgesproken dat het gebruik van gegevens op de factuur in het nieuwe bekostigingsstelsel niet zal afwijken van de huidige situatie. Dat betekent dat huisartsen uitsluitend speciale verrichtingen – indien daar speciale tarieven voor bestaan – op de factuur hoeven te vermelden.

5.2 Positionering gedragscode

Tijdens de plenaire behandeling van het voorstel Zvw in de Eerste Kamer heb ik toegezegd beide Kamers te informeren over de uitkomsten van het overleg tussen ZN en het CBP over de positionering van de gedragscode.

ZN en het CBP hebben inmiddels overeenstemming bereikt over het feit dat de gedragscode wordt vormgegeven als een addendum op de bestaande Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van de Nederlandse Vereniging van Banken en het Verbond van Verzekeraars. In aanvulling op de genoemde gedragscode bevat dit addendum specifieke gedragsregels voor zorgverzekeraars. Daarmee is over de verhouding tussen de gedragscode en het addendum op de door het CBP voorgestane wijze duidelijkheid gecreëerd.

Over de inhoud van het addendum vindt thans afrondend overleg plaats tussen ZN en het CBP. Het addendum is ook aan de KNMG gezonden. Het addendum heeft betrekking op de verstrekking van persoonsgegevens aan zorgverzekeraars en op de zorgvuldige verwerking en beveiliging van de persoonsgegevens waarover de zorgverzekeraars de beschikking krijgen. Dit kan echter niet los worden gezien van de totstandkoming van de ministeriële regeling op basis van artikel 87 Zvw (zie paragraaf 5.4). Die regeling zal regelen welke persoonsgegevens ten behoeve van welk doel de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar verstrekt. De regeling en het addendum zijn nauw met elkaar verbonden. Voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde is immers van belang dat derden alleen kunnen beschikken over persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van hun taak. Die bescherming wordt zowel gerealiseerd door een grens te stellen aan de te verstrekken gegevens (de rege-

ling), als door een complementaire voorziening (gedragscode en het addendum) die bewerkstelligt dat eenmaal bevoegd ontvangen gegevens niet terecht kunnen komen bij personen of instellingen die niet gerechtigd zijn tot gegevensverwerking. Bovendien bevat het addendum op onderdelen een nadere en specifieke uitwerking van elementen van de regeling. Deze koppeling tussen regeling en addendum brengt met zich mee dat het overleg met de betrokken partijen zodanig is georganiseerd, dat er ruimte is om de beide elementen in hun onderlinge samenhang te bezien.

Ik heb er alle vertrouwen in dat alle betrokkenen ruim voor 1 januari 2006 met de gedragscode zullen hebben ingestemd.

5.3 Gegevensuitwisseling ten behoeve van de risicoverevening

In mijn vorige brief over de voortgang van de Zvw ben ik reeds uitvoerig ingegaan op de privacy-aspecten samenhangend met de gegevensuitwisseling in het kader van de risicoverevening. Hierin heb ik ook aangegeven dat ik samen met het CBP zou nagaan in hoeverre «privacy enhancing technologies» het door het CBP gesignaleerde privacyrisico voorkomen.

Ondertussen ben ik op dit punt tot overeenstemming gekomen met het CBP. Dit heeft zijn beslag gevonden in artikel 3.17 van de bijgevoegde Regeling zorgverzekering (zie bijlage 1). Zoals ook is aangegeven bij de toelichting op dit artikel, is het de bedoeling om reeds in 2006 over te gaan tot versleuteling van de verzekerdengegevens die het CVZ gebruikt voor de uitvoering van de risicoverevening. Het CBP heeft bij brief van 16 augustus 2005 aangegeven in te kunnen stemmen met de beoogde structurele situatie onder voorwaarde dat het gebruik van persoonsgegevens in de tijdelijke overgangssituatie de structurele situatie niet doorkruist¹.

De tijdelijke overgangssituatie betreft de ex ante toekenning van de bijdragen ten behoeve van het jaar 2006 waarvoor nog persoonsgegevens worden gebruikt. Het gaat hierbij om gegevens die gehanteerd worden voor de compensatie van chronische patiënten, gegevens die gehanteerd worden voor compensatie op basis van het criterium aard van het inkomen en de gegevens met betrekking tot geboortedatum, geslacht, adres en aard van het inkomen². Door in artikel 3.17 het gebruik van deze gegevens te limiteren tot de ex ante berekeningen 2006 en aan te geven dat vervolgens de persoonsgegevens dusdanig worden bewerkt dat zij niet meer tot individuele verzekerden herleidbaar zijn, is aan de eisen van het CBP voor de overgangsfase tegemoet gekomen.

5.4 Gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Over de stand van zaken betreffende de ministeriële regeling op basis van artikel 87 Zvw kan ik het volgende melden. Zoals hiervoor al is opgemerkt, wordt op dit moment wordt in constructief overleg met het CBP, de KNMG en ZN gewerkt aan de totstandkoming van een regeling die helderheid biedt over de door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars te verstrekken persoonsgegevens en de doelen die met die verstrekking gediend worden. Deze persoonsgegevens bevatten ook gegevens betreffende iemands gezondheid.

De ministeriële regeling zal daarom vanzelfsprekend de kaders die het privacyrecht stelt, meer in het bijzonder de Wbp en het medisch beroepsgeheim, voluit respecteren. Het CBP zal advies uitbrengen over de privacy-aspecten van de regeling.

Behalve de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerden is ook het perspectief dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars

¹ Brief CBP d.d. 16 augustus 2005, concept Regeling zorgverzekering, kenmerk z2005-0820.

Zie ook schema 3 van de bijlage bij de toelichting op de Regeling zorgverzekering (bijlage 1 bij deze voortgangsrapportage).

² In de eerste voortgangsrapportage van 22 juli jongstleden is opgemerkt dat de zogenoemde GAR-gegevens (gender-address-region) door het CBP niet als bestanden met privacy gevoelige informatie worden gezien; dit geldt echter alleen voor de «uitgeklede» GAR-bestanden die normaliter voor de verzekerdenramingen worden gehanteerd, en niet voor de «uitgebreide» GAR-bestanden die in 2006 eenmalig voor de koppeling met gegevens over aard van het inkomen worden gebruikt. Ook was in de eerste voortgangsrapportage abusievelijk vermeld dat naar het oordeel van het CBP verzekeraars rechtstreeks dbc-informatie van aanbieders op het laagste detailniveau (wat noodzakelijk is voor het kunnen afleiden van DKG's) mogen ontvangen mits rekening wordt gehouden met de Wet bescherming persoonsgegevens en de toepassing van technologieën ter bevordering van de privacyborging bij de zorgverzekeraars. Zoals ook bij het kopje «Gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars» is aangegeven, vindt nog overleg met het CBP plaats over op welk detailniveau dbc-informatie naar verzekeraars toe mag.

hebben bij de gegevensverstrekking van groot belang. Verstrekking van persoonsgegevens, ook die betreffende iemands gezondheid, door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars is noodzakelijk voor de uitvoering van de Zvw. Op basis van dergelijke gegevens wordt immers onder meer door de zorgverzekeraar vastgesteld of de persoon bij de zorgverzekeraar verzekerd is voor de door de betreffende zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie, en of het tarief voldoet aan de geldende regels of gemaakte afspraken. Behalve de zorgverzekeraar hebben uiteraard ook de zorgaanbieder, in verband met de bekostiging van de geboden zorg (hetzij rechtstreeks, hetzij via de verzekerde), en de verzekerde zelf hier belang bij.

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

Gezien het voorgaande is het belangrijk dat de inhoud van de regeling op een zorgvuldige wijze met het CBP, de KNMG en ZN wordt afgestemd. Ik heb er vertrouwen in dat deze afstemming op korte termijn zal worden afgerond, opdat de regeling per 1 januari aanstaande in werking kan treden. Naar verwachting zal dit onderdeel van de ministeriële regeling eind oktober 2005 in de Staatscourant geplaatst worden.

6 Risicoverevening

In de brief «Voortgang Zorgverzekeringswet» van 22 juli ben ik reeds uitgebreid ingegaan op de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem in 2006. In deze brief is geschetst welke verdeelcriteria in 2006 worden gehanteerd en in welke mate ex-post compensatiemechanismen worden ingezet. Ik wil u graag informeren over twee aspecten waarover aanvullende besluitvorming heeft plaatsgevonden, te weten: de nadere invulling van het vangnet en de invulling van de vergoeding voor uitgaven voor de no-claim. Tevens komt de voortgang van het proces van risicoverevening aan de orde.

In de hiervoor genoemde brief is kort ingegaan op het vangnet dat – in aanvulling op de reguliere compensatiemechanismen – gehanteerd wordt om de onzekerheden waarmee verzekeraars te maken krijgen, te mitigeren. In juli en augustus heeft nader overleg plaats gevonden tussen VWS, ZN en het CVZ over de technische uitwerking van dit vangnet. Hierbij is geconstateerd dat het wenselijk is eerst nacalculatie op het macro-prestatiebedrag toe te passen, voordat het vangnet wordt toegepast. Zo blijven resultaatverschillen tussen verzekeraars bestaan, ook als er afwijkingen tussen kostenramingen en kostenrealisaties optreden.

Voorts is bij de technische uitwerking gepreciseerd dat de bandbreedte van het vangnet van plus of minus € 35 wordt gedefinieerd per premieplichtige verzekerde. Bij de keuze voor deze bandbreedte is gekeken naar de spreiding in de resultaten van ziekenfondsen in 2002 en 2003. Bij de grotere ziekenfondsen – boven de 100 000 verzekerden – waarbij toevalsfluctuaties nauwelijks nog een rol spelen, bedroeg in deze jaren de spreiding in de netto-resultaten respectievelijk € 44 en € 60. Dat is duidelijk lager dan de nu overeengekomen bandbreedte van € 70. Ofwel: als de risicoverevening onder de Zvw in 2006 even goed zou werken als de risicoverevening onder de Zfw in 2002 en 2003, hoeven verzekeraars (afgezien van toevalsfluctuaties bij kleine verzekeraars) niet of nauwelijks van het vangnet gebruik te maken. De prikkels voor doelmatigheid blijven dus bestaan, terwijl tegelijkertijd de onzekerheden voor verzekeraars worden beperkt. Dit voorkomt risico-opslagen op de nominale premies.

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

De invulling van het risicovereveningssysteem in 2006 heeft ondertussen zijn weerslag gevonden in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering die 5 september jongstleden is gepubliceerd in de Staatscourant (zie ook bijlage 1). Het CVZ heeft op 8 september jongstleden beleidsregels vastgesteld waarin verdere uitwerking plaatsvindt van de verdere regelgeving op het terrein van de risicoverevening (zie bijlage 2). Daarnaast heeft het CVZ conform planning verzekeraars op 15 september jongstleden geïnformeerd over de bijdragen die zij – uitgaande van hun huidige verzekerdenpopulatie – uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen.

7 Collectieve contracten

7.1 Collectieve contracten voor werknemers bij de overheid

Tijdens de behandeling van het voorstel I&A-wet Zvw in de Tweede Kamer stelden zowel de heer Heemskerk als mevrouw Schippers vragen over het afsluiten van collectieve contracten door gemeenten voor hun werknemers.

In antwoord op de vragen van de heer Heemskerk ben ik schriftelijk uitvoerig op deze materie ingegaan.¹ Daarbij zijn onder meer de volgende aspecten aan de orde gekomen:

- de wettelijke bepaling over de «automatische overgang» van verzekerden, inclusief de publiekrechtelijk verzekerden;
- de bevoegdheid van de organen die publiekrechtelijke regelingen uitvoeren om de verzekeraar aan te wijzen die wordt opgenomen in het aanbod aan verzekerden. Op dit aanbod is de automatische overgang van toepassing;
- het voornemen van het IZA-bestuur, waaronder de VNG-vertegenwoordiging, om IZA Zorgverzekeraar N.V. aan te wijzen en om over drie jaar een collectief contract te hebben afgesloten via aanbesteding;
- de verantwoordelijkheid van het IZA-bestuur, waaronder de VNG-vertegenwoordiging, om te komen tot een zorgvuldige afweging bij de aanwijzing van een verzekeraar. De IZA heeft juridisch advies ingewonnen en op basis hiervan geconcludeerd dat de aanwijzing van IZA Zorgverzekeraar N.V. strijdig is met het mededingingsrecht noch het aanbestedingsrecht;
- het gegeven dat de uiteindelijke vormgeving van collectieve afspraken over de zorgverzekering in de sector gemeenten afhankelijk is van het overleg tussen de ambtenarenbonden en vertegenwoordigers van de gemeenten. Recent is een akkoord gesloten, waarin de sociale partners overeenkomen om per 1 januari 2006 voor een periode van drie jaar een collectief arrangement af te sluiten met IZA Zorgverzekeraar N.V. ten behoeve van hun ambtenaren en postactieven;
- de vrijheid van verzekeringsplichtigen om het aanbod voor een zorgverzekering bij IZA Zorgverzekeraar N.V. naast zich neer te leggen en zelf een zorgverzekeraar te kiezen. Deze vrijheid wordt nog eens nadrukkelijk benoemd in het akkoord dat de sociale partners voor de sector gemeenten hebben afgesloten.

Ik heb laten weten bereid te zijn om bij de VNG na te gaan of de termijn van drie jaar wellicht kan worden verkort. De VNG heeft mij hierover schriftelijk geïnformeerd en ik heb hierover tevens gesproken met de voorzitter van de VNG. De VNG is van plan te komen tot aanbesteding van

¹ Kamerstukken II, 2004/2005, 30 124, nr. 34.

een collectief ziektekostencontract. De VNG legt echter op dit moment prioriteit bij een zorgvuldige en soepele overgang naar de nieuwe zorgverzekering via de weg van de wettelijk geregelde automatische overgang, zoals die ook van toepassing is op alle andere verzekerden. Ook benadrukt de VNG dat de keuzevrijheid van individuele verzekeringsplichtigen overeind blijft om reeds eind 2005 te kiezen voor een andere zorgverzekeraar dan IZA Zorgverzekeraar N.V.

De VNG wijst erop dat een eventuele overgang van 360 000 verzekerden naar een andere verzekeraar als gevolg van aanbesteding uitvoerig technisch zorgvuldig gestalte dient te worden gegeven en bovendien de nodige werkzaamheden en voorbereidingstijd vergt van de oude en nieuwe verzekeraar. De eerstvolgende periode staat in het teken van de overgang naar de zorgverzekering. Eind 2006 zal de VNG starten met het aanbestedingstraject, dat eind 2007 moet zijn afgerond. Het jaar 2008 zal worden benut voor de voorbereiding van de overgang naar de geselecteerde verzekeraar per 1-1-2009.

Verder spelen bij de termijn van drie jaar de eisen mee die worden gesteld aan de oprichting van een nieuwe zorgverzekeraar, IZA Zorgverzekeraar N.V.. Deze eisen betreffen onder andere de solvabiliteitsopbouw en zijn mede gerelateerd aan de periode waarover IZA Zorgverzekeraar N.V. zekerheid heeft ten aanzien van het voor gemeenteamtens af te sluiten collectieve contract.

Deze argumenten overziende, acht de VNG de overgangperiode van drie jaar noodzakelijk, waarbij de daadwerkelijke aanbesteding van de collectieve verzekering al eerder plaatsvindt.

Tevens heb ik toegezegd schriftelijk terug te komen op vragen van mevrouw Schippers over de aanbesteding en het algemeen verbindend verklaren van collectieve contracten.

Met betrekking tot de vraag wanneer collectieve contracten moeten worden aanbesteed wijs ik erop dat op grond van Europese regels aanbestedingsplicht geldt indien de opdrachtgever behoort tot de overheid en de waarde van het contract uitgaat boven € 237 000 (gemeenten) of € 154 000 (Rijk). Of er sprake is van aanbestedingsplichtigheid, dient per casus te worden bekeken. Wil sprake zijn van een aanbestedingsplichtige contractuele relatie, dan moet een wederkerige overeenkomst voorliggen tussen de overheidsinstantie en de opdrachtnemer, waarin sprake is van een uitwisseling van onderlinge prestaties. Het is de vraag of daarvan sprake is in geval van een begunstigingscontract. Daarbij keuren vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers een pakket verzekeringsvoorwaarden goed, waaronder bijvoorbeeld een premiekorting, die de verzekeraar aanbiedt aan de betrokken ambtenaren. Bovendien kan de waarde van een begunstigingscontract afhankelijk zijn van een groot aantal factoren.

Voorts heeft mevrouw Schippers mij de vraag voorgelegd of een hele sector kan worden gedwongen mee te doen aan collectieve afspraken over ziektekosten via het algemeen verbindend verklaren. Het antwoord hierop luidt dat de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) een CAO-bepaling algemeen verbindend kan verklaren (AVV), waarin afspraken zijn opgenomen over ziektekosten. Een CAO-bepaling zal evenwel niet algemeen verbindend worden verklaard, indien deze afspraken bevat die in strijd zijn met de wet. Bijvoorbeeld: indien een CAO-bepaling in strijd is met de vrijheid van individuele verzekeringsplichtigen om een zorgverzekering te kiezen zoals geregeld in de Zvw, komt deze niet in aanmerking voor AVV. Evenmin zal een CAO-bepaling waarin maar één verzekeraar wordt aangewezen, algemeen verbindend worden verklaard, indien deze bepaling in strijd is met de rechtmatige belangen van derden en er geen dispensatiemogelijkheid is om desgewenst voor een andere verzekeraar te kiezen. Een AVV-besluit geldt overi-

gens – met uitzondering van bepalingen van CAO's die op fondsen betrekking hebben – voor een periode van maximaal twee jaar.

Ik wijs er op dat bij de onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden voor gemeentebambtenaren formeel geen sprake is van CAO-overleg. Een collectieve arbeidsovereenkomst regelt voornamelijk of uitsluitend arbeidsvoorwaarden die bij arbeidsovereenkomsten in acht moeten worden genomen. Werknemers in dienst van de gemeentelijke overheid hebben geen individuele arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht, maar hebben een ambtelijke status. Het AVV-instrument is gekoppeld aan CAO-bepalingen en is dan ook niet van toepassing op de gemeentelijke sector.

Nog om een andere reden is AVV niet aan de orde: de VNG vertegenwoordigt alle gemeentelijke werkgevers. De VNG is op grond van het verenigingsrecht bevoegd namens haar leden, de gemeenten, afspraken te maken met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden van het personeel in de sector. Op dit moment is een ziektekostenregeling opgenomen in de rechtspositieregeling van de sector, waaraan alle gemeenten gebonden zijn met uitzondering van de vier grote steden. De gemeenten Utrecht en Rotterdam hebben ervoor gekozen de ziektekostenregeling te volgen. Den Haag en Amsterdam hebben een eigen ziektekostenregeling. De huidige ziektekostenregelingen zullen met de invoering van de Zvw vervangen moeten worden. Inmiddels hebben de gemeenten en de vakbonden een akkoord gesloten over de arbeidsvoorwaarden, inclusief de ziektekosten. De afspraken die deze sociale partners hebben gemaakt, zijn opnieuw bindend voor alle gemeenten met uitzondering van de vier grote steden.

Tot slot vroeg mevrouw Schippers of er tijdslimieten zijn aan een contract dat wordt afgesloten voor een hele sector. Dergelijke limieten kunnen er zijn, bijvoorbeeld gerelateerd aan de duur van een collectieve arbeidsovereenkomst en kunnen bovendien worden vastgelegd met een zorgverzekeraar.

8 Verwachte koopkrachtontwikkeling 2006

8.1 Algemeen

In beide Kamers is meerdere keren aandacht gevraagd voor de inkomensgevolgen van de Zvw voor diverse bijzondere groepen. Naar aanleiding daarvan heb ik toegezegd dat het kabinet bij de presentatie van het inkomensbeeld op Prinsjesdag aandacht zal schenken aan bijzondere groepen.

In de bijlage «Inkomensbeleid» bij de begroting van het ministerie van SZW, die de Minister van SZW op Prinsjesdag naar uw Kamer heeft gestuurd, wordt ook aandacht geschonken aan een aantal bijzondere groepen zoals ambtenaren, jeugdminimumloners, Wajonggerechtigden en studenten. Hieronder zal volledigheidshalve de verwachte koopkrachtontwikkeling in 2006 voor deze groepen op beknopte wijze aan de orde komen. Daarnaast bevat de Bijlage Inkomenseffecten bij de memorie van antwoord bij het voorstel voor de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringwet (I&A-wet Zvw), die ik op 16 september naar de Eerste Kamer heb gezonden, een integraal overzicht van de verwachte koopkrachtontwikkeling voor 2006 voor de standaardcategorieën.¹ De Bijlage Inkomenseffecten is als bijlage 4² bij deze brief opgenomen.

¹ Volledigheidshalve zij opgemerkt dat deze memorie van antwoord onder embargo naar de Eerste Kamer is gestuurd vanwege de genoemde Bijlage Inkomenseffecten.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Daarnaast kunnen burgers vanaf Prinsjesdag de internetsite www.denieuwezorgverzekering.nl raadplegen waarop de inkomensgevolgen van de Zvw voor een breed scala van groepen in beeld worden gebracht. Wel benadruk ik met klem dat het niet mogelijk is om voor 16 miljoen Nederlanders de financiële gevolgen exact in kaart te brengen.

Voor bijvoorbeeld de huidige particulier verzekerden hanteer ik bij de becijferingen een *gemiddelde* particuliere premie. In de praktijk is deze premie onder andere afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde en het verzekerde pakket. Ook varieert de tegemoetkoming van de werkgever voor de particuliere ziektekostenpremies sterk. In de presentatie van voorbeeldcategorieën is noodgedwongen van dit soort verschillen geabstraheerd.

8.2 Specifieke groepen

Ambtenaren

De verwachte koopkrachtontwikkeling in 2006 voor ambtenaren is mede afhankelijk van de wijze waarop zij in 2005 verzekerd zijn voor ziektekosten en de gezinssamenstelling. De ambtenaren bij de lagere overheid en politie zijn voor hun ziektekosten meestal verzekerd op basis van de zogeheten KPZ-regelingen. De overige ambtenaren zijn particulier verzekerd en ontvangen van hun werkgever een netto vergoeding voor hun ziektekostenpremie. Voor militairen blijft het eigen stelsel bestaan.

De KPZ-regeling is een ziektekostenregeling met een premiestelling die het meeste lijkt op de premiestelling in de Zfw. Een belangrijk verschil is dat bij de KPZ-regeling iedereen (ook de hogere inkomens) verplicht verzekerd is en dat het pakket voor deze verzekering veel breder is dan dat van de Zfw. Om het huidige bredere verzekeringspakket te kunnen behouden, zullen deze groepen een aanvullende verzekering moeten afsluiten. In de beoordeling van de inkomenseffecten is hiermee rekening gehouden. Zij krijgen een aanvullende verzekering aangeboden door de rechtsopvolger van de publiekrechtelijke regelingen, zijnde de IZA Zorgverzekeraar N.V.

Ambtenaren met een particuliere ziektekostenverzekering ontvangen nu een netto vergoeding voor hun ziektekostenpremie (de interim-regeling). De interim-regeling komt te vervallen. Voor het compenseren van de negatieve inkomenseffecten van ambtenaren zijn middelen gereserveerd. De inzet van de compensatiemiddelen is onderdeel van het arbeidsvoorwaardenoverleg.

Jeugdminimumloners

Zodra jongeren 18 jaar worden, moeten zij een nominale premie voor hun zorgverzekering gaan betalen. Daarnaast betalen zij de inkomensafhankelijke bedrage over hun inkomen. Daar staat tegenover dat zij recht hebben op zorgtoeslag en profiteren van de maatregelen in het kader van het lastenverlichtingspakket voor 2006. Voor jongeren vanaf 20 jaar die werkzaam zijn tegen het minimumjeugdloon is naar verwachting tenminste sprake van koopkrachtbehoud in 2006. Voor jongeren van 18 en 19 jaar die tegen het minimumloon werken, is er sprake van een licht koopkrachtverlies.

Wajonggerechtigden

Tijdens de plenaire behandeling van het voorstel voor de I&A-wet Zvw heeft uw Kamer een motie aangenomen waarin het kabinet verzocht wordt de koopkrachtreparatie voor Wajonggerechtigden zodanig vast stellen dat de eerder gedane toezegging een duurzaam en structureel karakter zal hebben.¹ Het kabinet heeft inmiddels besloten dat Wajonggerechtigden tot 23 jaar een extra tegemoetkoming zullen ontvangen. Deze tegemoetkoming heeft een structureel karakter. Hierdoor is in 2006 naar verwachting sprake van koopkrachtbehoud voor deze groep. Voor Wajonggerechtigden van 23 jaar en ouder is ook zonder aanvullende maatregelen naar verwachting sprake van tenminste koopkrachtbehoud in 2006. Daarom is de hiervoor genoemde extra tegemoetkoming specifiek gericht op Wajonggerechtigden tot 23 jaar.

¹ Kamerstukken II, 2004/05, 30 124, nr. 31.

Studenten

Tijdens de behandeling van het genoemde wetsvoorstel is ook aandacht gevraagd voor de verandering in de ziektekosten van studenten. In het bijzonder betrof dit de verschillen in inkomenseffecten voor verschillende groepen studenten.

Alvorens hier op in te gaan, wil ik graag het volgende opmerken. Jongstleden vrijdag heb ik de memorie van antwoord bij de I&A-wet Zvw onder embargo naar de Voorzitter van de Eerste Kamer gezonden. Helaas, zo bleek na herlezing, is in die memorie van antwoord een tabel opgenomen waarin een kleine rekenfout is gemaakt. Hieronder treft u de juiste tabel aan. Ik hecht er aan te melden dat in de overige communicatie, zoals de voorbeelden op de website alsmede de micro-berekeningen die onder embargo aan de pers zijn geleverd, de juiste getallen zijn gepresenteerd.

Voor alle studenten tezamen is er gemiddeld sprake van een beperkt koopkrachtverlies. Wel verschillen de effecten voor verschillende groepen studenten. Ik zal hieronder de oorzaken van deze verschillen en de keuzes die het kabinet hierbij heeft gemaakt toelichten.

In 1998 is (bij de Herstructurering Ziekenfondswet) besloten om particulier verzekerde 65-plussers onder bepaalde voorwaarden toegang tot de Zfw te geven.¹ Om de marktverhoudingen – dat wil zeggen de verhouding tussen het aantal particulier en het aantal ziekenfondsverzekerden – niet te verstoren, is toen besloten om studenten niet langer als medeverzekerde toegang tot de ziekenfondsverzekering te geven. Vanaf die tijd zijn studenten voor hun ziektekostenverzekering aangewezen op de studentenstandaardpakketpolis (sspp). Studenten zijn indertijd (via een verhoging van de beurs) gecompenseerd voor de inkomensgevolgen die uit deze operatie voortvloeiden. Desalniettemin zijn veel studenten als uitvloeisel van een bijbaantje goedkoper verzekerd geweest via het ziekenfonds. Dit tot op heden genoten, onbedoelde voordeel leidt bij de invoering van de Zvw – wanneer alle studenten hetzelfde gaan betalen – voor deze categorie ziekenfondsverzekerde studenten tot een minder gunstig koopkrachtbeeld dan voor de particulier verzekerde studenten. Dit nadeel wordt nu niet gecompenseerd. Uitgangspunt bij de compensatie is de particulier verzekerde student. Met de introductie van de zorgverzekering voor iedereen wordt de huidige ongelijke verdeling van de kosten rechtgetrokken.

De huidige studentenstandaardpakketpolis is een goedkope verzekering. Met de introductie van een nieuw stelsel van zorgverzekeringen ontstaan dan ook inkomenseffecten voor studerenden. Deze worden grotendeels gecompenseerd via de zorgtoeslag, waar studenten ook recht op hebben. Bovendien wordt in de studiefinanciering nu in de hoogte van de aanvullende beurs een onderscheid gemaakt tussen particulier verzekerde studenten en ziekenfondsverzekerde studenten. Alleen particulier verzekerde studenten krijgen nu nog een verhoogde aanvullende beurs. Dit onderscheid in de hoogte van de aanvullende beurs vervalt per 2006. De regering heeft daarnaast besloten dat extra compensatiemiddelen nodig zijn om een acceptabel inkomensbeeld voor studenten te creëren. Zoals hiervoor al is opgemerkt, vormt de particulier verzekerde student het uitgangspunt bij de inzet van deze compensatiemiddelen. Deze extra middelen zijn ingezet voor een verhoging van de aanvullende beurs, om zo de negatieve inkomenseffecten bij particulier verzekerde studenten zoveel mogelijk te beperken. Gemiddeld gaan particulier verzekerde studenten er circa € 20 per jaar op achteruit.

Ziekenfondsverzekerde studenten zonder aanvullende beurs gaan er gemiddeld meer op achteruit. Inzet van de beschikbare middelen voor

¹ Kamerstukken II, 1997/98, 25 687, nrs. 1–2.

compensatie via de basisbeurs zou hen meer tegemoetkomen. De beschikbare middelen zouden in die situatie echter sterk verwateren, omdat deze dan over circa drie keer zoveel studenten zou worden verdeeld. Studenten met een aanvullende beurs zouden dan slechter af zijn. Gevolg zou zijn dat particulier verzekerde studenten met een aanvullende beurs minder compensatie krijgen dan nu het geval is en er daardoor een paar honderd euro op achteruit zouden gaan. Omdat particulier verzekerde studenten juist de groep vormen die het kabinet wil compenseren, is een inzet van de compensatiemiddelen in de aanvullende beurs de meest optimale. Naast de inzet van de compensatiemiddelen in de aanvullende beurs is ook de leenmogelijkheid voor studenten in de studiefinanciering vergroot. Daardoor kunnen studenten met extra kosten ook extra lenen.

Onderstaande tabel laat de koopkrachteffecten voor verschillende groepen studenten van 18 jaar en ouder zien. Studenten jonger dan 18 jaar betalen onder de Zvw geen nominale premie en zijn in de tabel niet meegenomen. In de tabel is zichtbaar dat er voor alle studenten tezamen gemiddeld sprake is van een geringe koopkrachtdaling, en dat er voor de particulier verzekerde studenten gemiddeld een beperkte kostendaling is. Ten opzichte van de cijfers die voor het reces naar uw Kamer zijn gestuurd, zien de effecten voor studenten met een bijbaantje (de ziekenfondsverzekerde student) er positiever uit. Studenten met een bijbaantje kunnen in een aantal gevallen profiteren van maatregelen in het kader van het lastenverlichtingspakket voor 2006 zoals de verhoging van de heffingskorting. Bovendien is in onderstaande berekening naast premies, omslagbijdragen, eigen risico/no-claimteruggaveregeling, zorgtoeslag en compensatie in de studiefinanciering nu ook rekening gehouden met de te betalen belasting over het werkgeversdeel van de huidige Zfw-premie én de werkgeversvergoeding voor de inkomensafhankelijke bijdrage alsmede de doorwerking daarvan in de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven.

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

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

* + = kostenstijging; - = kostendaling

8.3 Inkomensafhankelijke bijdrage

Bij de besluitvorming over het lastenverlichtingspakket voor 2006 heeft het kabinet ook de invloed van de inkomensafhankelijke bijdrage op de verwachte koopkrachtontwikkeling voor huishoudens in 2006 betrokken.

Naar aanleiding daarvan heeft het kabinet besloten om de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage te differentiëren:

- de inkomensafhankelijke bijdrage bedraagt 6,5% voor die inkomensbestanddelen waarvoor verzekeringsplichtigen een vergoeding van de werkgevers of uitkeringsinstantie ontvangen;
- de inkomensafhankelijke bijdrage bedraagt 4,4% voor die inkomensbestanddelen waarvoor verzekeringsplichtigen geen vergoeding ontvangen.¹

Mede als gevolg hiervan én als gevolg van de maatregelen in het kader van het lastenverlichtingspakket voor 2006 is voor zelfstandigen naar verwachting tenminste sprake van koopkrachtbehoud. Daarnaast ondersteunt de verlaging van de te betalen inkomensafhankelijke bijdrage over het aanvullend pensioen ook de verwachte koopkrachtontwikkeling voor AOW-gerechtigden met aanvullend pensioen. Hierdoor is ook voor AOW-gerechtigden met een aanvullend pensioen sprake van een aanvaardbaar koopkrachtbeeld.

De hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage zal worden vastgelegd in de Regeling Zorgverzekering. De betreffende bepalingen zullen naar verwachting in oktober worden gepubliceerd.

9 Voorlichting

9.1 Algemeen

Tijdens het wetgevingsoverleg over het voorstel voor de I&A-wet Zvw heb ik toegezegd dat ik uw Kamer regelmatig zal informeren over de voorlichtingscampagne voor de Zvw.

Op 4 juli is de voorlichtingscampagne over de nieuwe zorgverzekering gestart. Zoals ik in mijn brief «Voorlichting Zvw/Wet op de zorgtoeslag» van 13 juni aan uw Kamer heb gemeld, loopt de voorlichtingscampagne van juli 2005 tot mei 2006.² De campagne bestaat uit vier fasen.

Eerste fase

Het doel van de eerste fase, die medio augustus is afgerond, is het attenderen van het grote publiek op de hoofdlijnen van de komende veranderingen. In deze periode is het publiek via de massamedia er op geattendeerd dat er per 1 januari 2006 een nieuwe zorgverzekering wordt ingevoerd. Ook heb ik in de maand juli een brief met een brochure aan ieder huishouden gestuurd met een uitleg over de nieuwe zorgverzekering. Daarnaast is er een speciale campagnewebsite (www.denieuwezorgverzekering.nl) geopend en zijn er meerdere advertenties in huis-aan-huisbladen verschenen.

De Rijksvoorlichtingsdienst onderzoekt standaard de effecten van alle campagnes die plaatsvinden onder de vlag van Postbus 51. Een eerste tussenrapportage (over de periode juli en eerste helft augustus) geeft de volgende resultaten:

- de campagne heeft een hoog bereik
 - zo blijkt dat in de laatste week van de campagne (week 32) 96% van de ondervraagden één of meer uitingen van de campagne heeft gezien of gehoord (het bereik van de huis-aan-huis bezorgde brief met brochure is daarin niet meegenomen). Ook het bereik van deze brief en brochure en de artikelen in huis-aan-huisbladen zijn goed. In week 31, één week nadat de laatste regio de mailing had ontvangen, had 74% de voorgelegde brief, brochure en/of envelop gezien. Het hoge campagnebereik en de hoge herinnering van de campagne duiden erop dat de media-inzet goed is geweest;
- de boodschap (inhoud) is goed overgekomen
 - tijdens de campagne antwoordt 98% van de ondervraagden beves-

¹ Eenvoudig geformuleerd betekent dit dat over het belastbaar inkomen als zelfstandige, alphahulp, zeevarende, oorlogsgetroffene, freelancer en Vut-gerechtigde de inkomensafhankelijke bijdrage 4,4% bedraagt. Om te voorkomen dat hierdoor voor de huidige ziekenfondsverzekerde Vut-gerechtigden een aanzienlijk koopkrachtverlies zou ontstaan, bedraagt voor deze categorie de inkomensafhankelijke bijdrage 6,5% én krijgen zij een vergoeding van de uitkerende instantie op grond van artikel 46 Zvw. De inkomensafhankelijke bijdrage bedraagt eveneens 4,4% over de volgende inkomensbestanddelen: het aanvullend pensioen van AOW-gerechtigden, inkomen uit pre-pensioen, lijfrenten en stamrechtuitkeringen.

² Kamerstukken I, vergaderjaar 2004–2005, 29 762 en 29 763, L.

- tigend op de vraag of zij bekend zijn met het feit dat er een nieuwe zorgverzekering komt. Ook de kennis over de verzekeringsplicht en acceptatieplicht is hoog. De kennis over de zorgtoeslag blijft wat achter. De verwachting is dat deze kennis tijdens de campagne van de Belastingdienst over de zorgtoeslag, die medio augustus is gestart, zal stijgen;
- het aantal vragen dat binnenkomt via de telefonische hulplijn van Postbus 51 is lager dan verwacht. Dit wordt deels verklaard door het hoge aantal bezoeken aan de databank met veelgestelde vragen en antwoorden op de website *www.denieuwezorgverzekering.nl*. Een andere verklaring daarvoor is het feit dat deze database ook beschikbaar is gesteld aan intermediairen. Daarnaast is de verwachting dat er weinig vragen worden gesteld, omdat de meeste mensen wachten tot de veranderingen meer concreet worden.

Segmentatiefase (15 augustus – 1 december)

Na deze eerste «algemene» fase volgt de zogeheten segmentatiefase. In deze fase staat een inhoudelijke verdieping van de kennis over de Zvw én een doelgroep gerichte benadering centraal.

De inhoudelijke verdieping zal vooral gericht zijn op het uitleggen van de financiële gevolgen van de nieuwe zorgverzekering. In de eerste fase hier is een groeiend aantal vragen over gesteld. Op Prinsjesdag maakt het kabinet de resultaten van de besluitvorming over de verwachte gemiddelde koopkrachtontwikkeling voor 2006 bekend. Parallel daaraan zal vanaf Prinsjesdag in de campagne meer informatie over de financiële gevolgen van de nieuwe zorgverzekering worden gegeven. Ook zijn dan concrete financiële rekenvoorbeelden beschikbaar waarmee de mechanismen voor de verschillende categorieën worden uitgelegd. De belangrijkste financiële gevolgen zullen na Prinsjesdag eveneens in een aantal massamediale uitingen zoals de huis-aan-huis kranten aan de orde komen.

Gelet op de vele vragen en het belang van een goede uitleg hierover, zal ik naast de voorlichting vanuit de overheid, ook intermediaire organisaties zoals de ouderenorganisaties, patiëntenorganisaties, vakbonden en werkgeversorganisaties zo goed mogelijk faciliteren om hun leden en hun achterban adequaat te kunnen informeren over de nieuwe zorgverzekering en de financiële gevolgen daarvan.

Daarnaast is de tweede fase gericht op specifieke doelgroepen. De verwachting is dat de massamediale boodschap een aantal «moeilijk bereikbare doelgroepen», zoals (oudere) allochtonen, dak- en thuislozen, verslaafden en langdurig thuiswonende psychiatrische patiënten minder goed bereikt. Daarom wordt in overleg met de betrokken branche- en kennisorganisaties een gerichte aanpak ontwikkeld waarmee deze groepen alsnog zo goed mogelijk kunnen worden voorgelicht. In het najaar start de gerichte communicatie over de nieuwe zorgverzekering aan deze groepen.

Oriëntatiefase (1 december 2005–1 maart 2006) en reminderfase (1 maart–1 mei 2006)

Op dit moment wordt de boodschap voor de oriëntatiefase van de campagneperiode uitgewerkt. In een volgende voortgangsrapportage zal ik u daarover nader informeren.

Op basis van resultaten uit onderzoek of actuele ontwikkelingen in de markt kan behoefte ontstaan aan een reminderfase waarin nogmaals gewezen wordt op de plicht om zich voor 1 mei te verzekeren (boete). Deze fase is optioneel.

Tot slot wil ik in het kader van de voorlichting nog graag ingaan op een vraag die tijdens het wetgevingsoverleg over het voorstel van de I&A-wet Zvw in uw Kamer naar voren is gekomen. Destijds is gevraagd of het mogelijk is om met de verzekeraars af te spreken dat zij vragen over de zorgtoeslag via het keuzemenu automatisch doorverbinden met de Belastingdienst/Toeslagen. In reactie daarop heb ik opgemerkt dat verzekeraars zelf verantwoordelijk zijn voor de inrichting van hun eigen communicatie maar dat ik deze suggestie in mijn overleg met ZN aan de orde zou stellen. Hieruit is het volgende gebleken.

Naar verwachting zullen veel verzekeringsplichtigen behalve typische verzekeringsvragen ook vragen aan zorgverzekeraars stellen over andere aspecten zoals de zorgtoeslag of de inkomensafhankelijke bijdrage. Met het oog daarop heeft de Belastingdienst/Toeslagen alle verzekeraars aangeboden om een zogeheten «HIP» te worden. HIP's zijn steunpunten die verzekeringsplichtigen kunnen helpen bij het invullen van het aanvraagformulier voor de zorgtoeslag en hen kunnen informeren over de status van de zorgtoeslag aanvraag. De HIP's kunnen alle belangrijke vragen over zorgtoeslag beantwoorden. Bijna alle verzekeraars gaan een dergelijk steunpunt inrichten. Op het moment dat de cliënt vragen heeft die niet door het HIP beantwoord kunnen worden, zal de verzekeraar doorverwijzen naar de Belastingtelefoon. Het telefonisch doorverbinden van zorgverzekeraars naar de belastingtelefoon is helaas technisch niet mogelijk. Dit zou grote risico's met zich meebrengen voor de stabiliteit en daarmee voor de bereikbaarheid van de Belastingtelefoon in zijn geheel. Overigens is het rechtstreeks bellen naar de Belastingtelefoon gratis.

10 No-claim teruggaveregeling

10.1 Reactie op motie inzake vaststelling no-claim teruggaveregeling

De zorgverzekeraar keert de no-claimteruggave uit op uiterlijk 31 maart van het jaar volgende op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft. Het kan zijn dat de zorgverzekeraar op dat moment nog niet alle rekeningen heeft ontvangen van de zorg die in het voorgaande kalenderjaar aan de verzekerde is verleend. De verzekeraar kan die nagekomen rekeningen dus niet meenemen bij de vaststelling van de no-claimteruggave. Daarom is geregeld dat de zorgverzekeraar in geval van nagekomen rekeningen de no-claimteruggave uiterlijk op 31 maart van het tweede jaar volgend op het kalenderjaar waarin de zorg is verleend, kan corrigeren. Dit kan dus tot (gedeeltelijke) terugvordering van de het jaar daarvoor uitgekeerde no-claimteruggave leiden. Rekeningen van zorg die nog later bij de zorgverzekeraar worden ingediend, kunnen niet meer leiden tot bijstelling van de no-claimteruggave.

De Kamer heeft met het aannemen van de motie-Omtzigt uitgesproken tegen deze mogelijkheid van correctie en terugvordering van een uitgekeerde no-claimteruggave te zijn.¹

De correctiemogelijkheid van een uitgekeerde no-claimteruggave bestaat nu ook al in de ziekenfondsverzekering. Daarin is bij de no-claimteruggave in de Zvw niets veranderd. Dit is vastgelegd in artikel 2.19 van het Besluit zorgverzekering (Stb. 389).

Thans is niet aan te geven in hoeveel gevallen er sprake zal zijn van nagekomen rekeningen die leiden tot herziening en terugvordering van uitgekeerde no-claimteruggaven en wat dit betekent voor de uitvoering. Zoals ik in mijn reactie op deze motie heb toegezegd, zal ik dit punt daarom in

¹ Kamerstukken II, 2004/05, 30 124, nr. 30.

de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling laten meenemen. De gegevens hierover zullen in het voorjaar van 2007 beschikbaar komen. Pas als gegevens bekend zijn over het aantal gevallen waarin een uitgekeerde no-claimteruggave moet worden gecorrigeerd en teruggevorderd, is duidelijk wat de (financiële) consequenties zijn indien de mogelijkheid van correctie en terugvordering zou komen te vervallen. Voordat duidelijkheid bestaat over deze consequenties kan ik mijns inziens geen verantwoorde beslissing nemen over het laten vervallen van de correctie- en terugvorderingsmogelijkheid.

10.2 Reactie op het Nivel onderzoek

Het NIVEL heeft in april/mei van dit jaar gepeild in hoeverre de ziekenfondsverzekerden die deel uitmaken van het Consumentenpanel Gezondheidszorg op de hoogte zijn van de no-claimteruggaveregeling die per 1 januari 2005 in de Zfw is ingevoerd. Daarbij heeft het NIVEL tevens gevraagd of zij verwachten door deze no-claimteruggave minder zorg te gaan gebruiken of zorg uit te stellen. Het NIVEL doet hiervan verslag in zijn op 8 september uitgegeven factsheet. Bij de uitkomsten van het onderzoek moet worden vermeld dat deze niet zijn gebaseerd op feitelijk geobserveerde veranderingen in het gedrag van ziekenfondsverzekerden, maar op statements van het consumentenpanel van NIVEL.

Ongeveer 25% van de door het NIVEL ondervraagde ziekenfondsverzekerden blijkt niet op de hoogte te zijn van de invoering van de no-claimteruggaveregeling. Van degenen die hier wel van op de hoogte zijn, weet ongeveer de helft dat de maximum teruggaaf € 255 bedraagt. 41% van hen denkt dat huisartsenzorg meetelt voor deze regeling, dit ondanks alle aandacht in de media daarover in de herfst van 2004. Bijna 20% van de ziekenfondsverzekerden die weten hebben van de no-claimteruggaveregeling, heeft nauwelijks of heel beperkte kennis van de inhoud.

Behalve naar kennis van de no-claimteruggaveregeling heeft het NIVEL ook gevraagd of ziekenfondsverzekerden verwachten door deze regeling minder zorg te gaan gebruiken of hun zorgvraag uit te stellen. Ongeveer een derde deel denkt door de no-claimteruggaveregeling zorggebruik uit te gaan stellen of dit wellicht te doen, terwijl ongeveer een kwart denkt sowieso minder gebruik van zorg te zullen maken. Opvallend is het grote verschil in perceptie van het eigen gedrag en van het verwachte gedrag van anderen; zo denkt bijna driekwart dat andere ziekenfondsverzekerden (misschien) wel minder zorg gaan gebruiken.

Tevens geeft het NIVEL enige beschouwingen over mogelijke gedragseffecten die het gevolg zouden kunnen zijn van de no-claimteruggaveregeling. Deze beschouwingen zijn voor een deel ingegeven door het geconstateerde gebrek aan kennis over de regeling. Zo wijst het NIVEL erop dat door het gebrek aan kennis over de no-claimteruggaveregeling, de beoogde afweging over zorggebruik bij verzekerden ook wel eens kan tegenvallen. Ook geeft het NIVEL aan dat een eigen betaling het meest effectief is bij de beslissing van mensen om met een klacht al dan niet naar de huisarts te gaan. Als die eerste stap naar de huisarts eenmaal gezet is, laten de zorggebruikers zich vooral leiden door het advies van de huisarts. Na bezoek aan of verwijzing door de huisarts heeft een eigen betaling veel minder invloed op de zorgconsumptie. Ervaringen met de algemene eigen bijdrageregeling in de Zfw, zoals die in 1997 en 1998 van toepassing was, wijzen in die richting. Die eigen bijdrageregeling gold ook niet voor de huisartsenzorg en toen is weinig volume-effect geconstateerd.

In het verlengde hiervan merkt het NIVEL op dat het feit dat een aanzienlijk deel van de ziekenfondsverzekerden denkt dat de huisartsenzorg wel

meetelt voor de no-claimteruggave, wel eens zou kunnen leiden tot een groter volume-effect dan bedoeld.

Voorts geeft het NIVEL aan dat er een verschil is tussen wat mensen zeggen dat zij zullen gaan doen en het daadwerkelijke zorggebruik. Bij de evaluatie van de hiervoor genoemde eigen bijdrageregeling bleek de dat feitelijke zorgconsumptie niet significant afweek van de periode waarin die eigen bijdrageregeling niet gold.

In reactie hier op wil ik graag het volgende opmerken. Zoals ik ook in mijn brief «Doorontwikkeling eigen betalingen» heb opgemerkt, heb ik met de no-claimteruggave een eigen betaling geïntroduceerd waarin verzekerden een beroep op zorg kunnen doen zonder zich te hoeven bekommeren over de directe betaling.¹ Het publieke belang van een toegankelijke gezondheidszorg is daarmee goed gewaarborgd. Daar staat tegenover dat de prikkel om zuinig met zorg om te gaan (i.e. het remgeldeffect) minder sterk is dan in een eigen risicosysteem waarin de patiënt direct moet betalen. Of de no-claimteruggaveregeling in de praktijk leidt tot veranderingen in de zorgvraag en tot minder zorggebruik, zal moeten blijken uit de evaluatie van de regeling. Bij brief van 12 april 2005 (Kamerstukken II, 29 483, nr. 25) heb ik uw Kamer het kader en het tijdpad voor deze evaluatie aangeboden. Ik acht het aangewezen met uitspraken over volume-effecten te wachten tot de uitkomsten van deze evaluatie beschikbaar zijn. Uitspraken daarover zijn in dit stadium in hoge mate speculatief van karakter.

¹ Brief Minister van VWS aan de Voorzitter van de Eerste Kamer, MEVA/AEB/2618 611, 16 september 2005.