

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 46

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 december 2005

Ten behoeve van het Algemeen Overleg Voortgang Zorgverzekeringswet op 14 december aanstaande, informeer ik u met deze brief over de voortgang van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag.

Deze brief bevat diverse onderwerpen betreffende de Zorgverzekeringswet. De rapportage wordt afgesloten met de meest recente stand van zaken bij de invoering van de Wet op de zorgtoeslag. Gelet op de stand van zaken van de voorbereiding door verzekeraars zie ik de invoering van de Zorgverzekeringswet met vertrouwen tegemoet.

Op vrijdag 9 december zal ik u de antwoorden toesturen op de vragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar aanleiding van de derde Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet.

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

1 INLEIDING

In deze vierde Voortgangsrapportage komen de volgende onderwerpen aan de orde:

2	Voortgang invoering Zorgverzekeringswet	2
2.1	Resultaten vervolgonderzoek	2
2.2	Aanbod door verzekeraars aan verzekerden voor 16 december	5
2.3	Overzicht polissen en premies	6
3	Declaratieverkeer	7
4	Addendum bij de gedragscode	8
5	Voorlichting	9
6	Evaluatie en monitoring 2006	11
7	Overig	12
7.1	Maatschappelijke verantwoording over salarissen zorgverzekeraars	12
7.2	Overleg MKB-Nederland over positie kleine zelfstandigen	12
7.3	Financiering Zorgverzekeringswet	13
7.4	Fusies tussen grote verzekeraars	13
8	Voortgang invoering Wet op de zorgtoeslag	14

Volledigheidshalve wil ik graag het volgende opmerken. Op 6 december heb ik tijdens een spoeddebat met uw Kamer van gedachten gewisseld over de (aanvullende) verzekeringen van Nederlanders in het buitenland. De gestelde vragen over grensarbeiders, studenten, de strekking van EU-Verordening 1408/71, een centraal informatiepunt en de mogelijkheid van premiedifferentiatie zal ik zo snel mogelijk schriftelijk beantwoorden.

2 VOORTGANG INVOERING ZORGVERZEKERINGSWET

2.1 Resultaten vervolgonderzoek

Inleiding

In de tweede Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet heb ik uw Kamer geïnformeerd over het onderzoek dat PricewaterhouseCoopers (PwC) op mijn verzoek heeft verricht naar de voortgang van de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) bij zorgverzekeraars. Het doel van dit onderzoek was het vergroten van het zicht op de implementatie-inspanningen van verzekeraars, in aanvulling op de informatie die mijn departement daarover verzamelt via frequent overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en individuele verzekeraars. De hoofdconclusie van het onderzoek was dat, gelet op de kwalitatief hoogstaande voorbereiding en gemeten naar de peildatum van 1 september jongstleden, een verantwoorde invoering van de Zvw mogelijk is. Om deze verantwoorde invoering ook daadwerkelijk te realiseren, werd voortzetting van de zorgvuldige procesgang essentieel bevonden. Het onderzoek bevestigde dat alle verzekeraars zich ten zeerste inspannen om per 1 januari 2006 de Zvw te kunnen invoeren. De grote betrokkenheid van de verzekeraars bleek bovendien uit goede scores op het onderdeel projectbeheersing. Ook ten aanzien van de opleidingen en voorlichting was het beeld positief. Een gedifferentieerder beeld kwam naar voren op het onderdeel IT. PwC oordeelde dat bij geen enkele verzekeraar de IT-veranderingen het predikaat «niet haalbaar» meekregen, noch drongen de onderzoekers aan op drastische ingrepen. Wel werd bij circa 64% van de verzekeraars geoordeeld dat de nauwgezette monitoring moest

worden voorgezet en dat snelle acties op opkomende issues moesten worden georganiseerd. Bij 18% van de verzekeraars werden de IT-veranderingen haalbaar geacht, indien aandachtspunten werden opgepakt en enige risico's werden geaccepteerd.

Het onderzoek gaf 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 zijn genomen.

De stand van de invoering per medio november in beeld gebracht

De onderzoeksresultaten vormden voor mij tevens aanleiding om via een vervolgonderzoek de vinger aan de pols te houden bij de invoering van de Zvw, vooral op het punt van de IT. Wel ontving ik signalen van de zijde van verzekeraars dat zij dermate intensief bezig zijn met de Zvw-invoering, dat een vervolgonderzoek een zo gering mogelijke belasting diende op te leveren. Tegen deze achtergrond heb ik PwC verzocht een beperkt vervolgonderzoek uit te voeren dat voortbouwt op de informatie uit het eerdere onderzoek. De beoogde actualisering en aanvulling heeft zoveel mogelijk plaatsgevonden op basis van een door de verzekeraar zelf in te vullen beknopte vragenlijst. Bij deze werkwijze hoorde bovendien dat bij onduidelijkheden of door de verzekeraar aangegeven knelpunten een gesprek volgde tussen de verzekeraar en de onderzoekers. Inmiddels heeft mijn departement een brief van PwC ontvangen met de onderzoeksresultaten. Deze brief is bijgesloten met als bijlage de vragenlijst van het vervolgonderzoek (bijlage 1)¹. Hierna zal ik ingaan op de brief van PwC.

PwC merkt op dat 19 van de 20 (concerns van) zorgverzekeraars, ondanks de druk waaronder zij op dit moment staan, hun volle medewerking hebben verleend aan het vervolgonderzoek. Dit onderzoek valt uiteen in twee delen. In de eerste plaats biedt het een actueel inzicht in de mate waarin de zorgverzekeraars in staat zijn om de invoeringsactiviteiten die in 2005 moeten zijn afgerond daadwerkelijk te realiseren. In de tweede plaats biedt het een actueel inzicht in de voortgang van de voorbereiding van de activiteiten die de zorgverzekeraars vanaf 2006 moeten uitvoeren.

De voor 1 januari af te ronden werkzaamheden

Met betrekking tot de voorbereidingen tot 1 januari concludeert PwC dat de verzekeraars op schema liggen en ver gevorderd zijn. De onderzoekers geven aan dat zij hierbij in hun rapportage relatief kort stilstaan, omdat het accent ligt op de resterende risico's en aanvullende maatregelen. In het eerdere monitoronderzoek hadden alle zorgverzekeraars gepland om uiterlijk 15 december 2005 hun verzekerden een aanbod voor te leggen, maar gaven verschillende verzekeraars aan dat het tijdspad krap was. Uit de actualisering blijkt dat de zorgverzekeraars verwachten dat zij het aanbod op tijd aan hun verzekerden kunnen voorleggen. Bij het schrijven van deze rapportage hebben diverse verzekeraars al een aanbod aan hun verzekerden voorgelegd. Ook de daarop volgende verzending van de polis en het op gang brengen van de premie-incasso zal tijdig gerealiseerd kunnen worden. Daarnaast verlopen ook de voorlichtings- en opleidingsactiviteiten volgens plan.

De werkzaamheden na 1 januari

Bij de activiteiten die de zorgverzekeraars vanaf 2006 moeten uitvoeren, vormt het verwerken van in- en uitschrijvingen in de polisadministraties geen IT-knelpunt. Wel geven zorgverzekeraars en onderzoekers aan dat de

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

administratieve verwerking van overstappende verzekerden («switchers») coördinatie van en door verzekeraars vergt. Daarbij gaat het om branchebrede afspraken over de procedure en termijnen waarbinnen het terugbetalen en innen van de premies van switchers wordt gerealiseerd. Ook zijn afspraken gewenst over het statusoverzicht dat de «oude» aan de «nieuwe» verzekeraar stuurt en de wijze van verrekenen tussen verzekeraars. Gelet op deze problematiek heeft ZN inmiddels het al lopende overleg over de onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars versneld en geïntensiveerd. ZN heeft mijn departement laten weten dat hierover tijdig sluitende afspraken tussen de verzekeraars zullen zijn gemaakt.

De rapportage gaat uitgebreid in op de stand van zaken en mogelijke risico's met betrekking tot de IT-systemen die benodigd zijn voor de verwerking van claims en declaraties. De stand per medio november is dat deze systemen bij 10 verzekeraars nog niet volledig gereed waren. Omdat de – door verzekeraars – als complex beoordeelde – aanpassingen in deze periode plaatsvinden, is er nu geen stellige uitspraak mogelijk dat deze verzekeraars medio januari gereed zullen zijn. Daarbij speelde mee dat er op het moment van het onderzoek onduidelijkheid bestond over de IT-aanpassingen die voortvloeien uit het akkoord over de bekostiging van de huisartsen. Inmiddels is deze duidelijkheid wel geboden.

PwC constateert dat bij onverhoopt niet adequaat werkende IT-systemen er bij de desbetreffende verzekeraars verwerkingsachterstanden in de claimafhandeling kunnen ontstaan. Bij deze constatering moet wel de kanttekening worden geplaatst dat PwC veronderstelt dat de systemen medio januari operationeel moeten zijn. In de rapportage komt niet naar voren dat verzekeraars de declaraties die betrekking hebben op 2005 nog met de oude systemen zullen verwerken. Dit betekent dat de aangepaste systemen pas gebruikt gaan worden voor de declaraties die betrekking hebben op de Zvw. Bovendien zal de Zvw-declaratiestroom niet direct per medio januari een forse omvang kennen. De reden daarvan is dat aanbieders hun declaraties in de praktijk met enige maanden vertraging aanbieden. Voor DBC-declaraties van ziekenhuizen gaat het zelfs om vele maanden, vooral omdat DBC-declaraties pas worden ingediend nadat een DBC is afgesloten.

Verder is het zaak dat verzekeraars de voortgang en kwaliteit van de IT-aanpassingen bewaken. De onderzoekers geven aan dat dit in de praktijk ook het geval is. Bovendien geven veel verzekeraars aan dat zij noodplannen beschikbaar hebben en kunnen terugvallen op flexibel in te zetten arbeidscapaciteit voor de verwerking van declaraties. Mochten er veel verzekerden gaan switchen, dan is het volgens de onderzoekers wel de vraag of dit voldoende zal zijn om achterstanden te voorkomen.

De onderzoekers doen daarnaast een aantal aanbevelingen om te voorkomen dat verzekerden hinder ondervinden van eventuele declaratieachterstanden bij verzekeraars. Met deze aanbevelingen worden bovendien eventuele liquiditeitsproblemen voorkomen bij met name ziekenhuizen en huisartsen. In de eerste plaats gaat het om het treffen van betalingsafspraken tussen verzekeraars en aanbieders, op grond waarvan waar mogelijk declaraties rechtstreeks naar de verzekeraar gaan. Deels is dit al staande praktijk, met name ten aanzien van farmacie en hulpmiddelen. Ten aanzien van ziekenhuizen en huisartsen zijn deze afspraken in een vergaande staat van voorbereiding. Een tweede aanbeveling betreft het voorkomen van liquiditeitsproblemen bij aanbieders via bevoorschotting. Ook hierover zijn afspraken in voorbereiding tussen verzekeraars en aanbieders. In aanvulling hierop worden in lijn met het PwC-advies afspraken gemaakt door VWS, toezichthouders en verzekeraars. In de paragraaf over het declaratieverkeer wordt hier nader op ingegaan.

PwC staat verder nog stil bij het met terugwerkende kracht corrigeren van de no-claimteruggave en het vrijwillige eigen risico. Verzekeraars dienen hun verzekerden over dergelijke correcties adequaat te informeren. Dit aspect staat overigens los van de invoering van de Zvw.

Gezien de stand van zaken van de voorbereiding door verzekeraars, hun nog lopende inspanningen en de aanvullende maatregelen die getroffen worden, zie ik de invoering van de Zvw met vertrouwen tegemoet. Daarbij heb ik niet de illusie dat er geen enkel incident zal optreden. Terecht constateren de onderzoekers dat bij een dergelijk grote stelselwijziging een geheel foutloze invoering van de nieuwe administratieve processen vrijwel onmogelijk is.

2.2 Aanbod door verzekeraars aan verzekerden voor 16 december

Algemeen

Zoals in de vorige paragraaf al is opgemerkt, blijkt uit het PwC-rapport dat zorgverzekeraars verwachten dat zij tijdig het beoogde aanbod aan hun verzekerden kunnen voorleggen.

De aanbiedingen voor de zorgverzekering vloeien voort uit de door het CTZ goedgekeurde modelovereenkomsten. Dat betekent dat de aanbiedingen voor de zorgverzekering allemaal kunnen worden aangemerkt als zorgverzekeringen in de zin van de Zvw en dat de polissen de aanspraken dekken die in de Zvw zijn genoemd. Ook hebben verzekeraars in hun polis aangegeven welke kosten ten laste van de verzekerde blijven ingeval de verzekerde met een naturapolis zich wendt tot een niet-gecontracteerde aanbieder. Ook dit aspect heeft het CTZ beoordeeld. Inmiddels heeft het CTZ alle modelovereenkomsten die verzekeraars hadden voorgelegd, goedgekeurd.

Met verzekeraars is afgesproken dat zij hun verzekerden een aanbod voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering voorleggen dat zoveel mogelijk aansluit bij de verzekering die de verzekerde nu heeft. Het gaat daarbij vooral om de inhoud van de verzekering: dekt het aanbod de aanspraken die de verzekerde al had in 2005. Bij de aanbieding van de polissen door verzekeraars is vastgesteld dat twee verzekeraars aan zowel hun huidige particulier verzekerden als aan hun huidige ziekenfondsverzekerden een aanbod voorleggen met uitsluitend een naturapolis. Dat kan omdat een verzekeraar immers niet verplicht is om zowel een naturapolis als een restitutiepolis aan te bieden. De zorgverzekeraar moet in dat geval zijn verzekerden daarover goed informeren. In geval een verzekeraar uitsluitend naturapolissen aanbiedt, zullen verzekerden die een restitutiepolis willen, zich tot een andere verzekeraar moeten wenden.

Verder zij opgemerkt dat door het ruime contracteerbeleid van de verzekeraars ook voor de natura-verzekerden sprake is van een ruime keuze uit de zorgaanbieders. Hierdoor is gewaarborgd dat de natura-verzekerden hun eigen arts kunnen houden. Overigens wijs ik er op dat ook restitutiepolissen op de markt komen waarbij de zorgverzekeraar voor bepaalde zorgvormen zorgaanbieders heeft gecontracteerd.

Acceptatiebeleid zorgverzekeraars voor de aanvullende verzekering

Uit de resultaten van onderzoek dat ZN onder zijn leden heeft verricht, blijkt dat alle verzekeraars in het invoeringsjaar nieuwe verzekerden non-select zullen accepteren op hun aanvullende verzekeringen met uitzondering van uitgebreide tandheelkundige pakketten. Daarbij stellen de meeste verzekeraars als voorwaarde dat dan ook de zorgverzekering bij hen wordt afgesloten. Een deel van de verzekeraars voert overigens ook

voor de uitgebreide tandheelkundige pakketten een non-selectiebeleid indien de verzekerde kan aantonen nu al een uitgebreid pakket te hebben verzekerd.

ZN heeft ook onderzoek gedaan naar de mate waarin de aanvullende pakketten overeenkomen met de huidige aanspraken van de verzekerden. Voor de huidige ziekenfondsverzekerden is die aansluiting optimaal omdat voor deze categorie verzekerden de aanvullende producten in 2006 nagenoeg ongewijzigd blijven. Voor de huidige particulier verzekerden ligt dit iets genuanceerder. Om volledige aansluiting te krijgen met de nu vaak zeer gedifferentieerde particuliere polissen zou een groot aanbod van verschillende aanvullende producten moeten worden gerealiseerd. Dit achten de meeste zorgverzekeraars met het oog op transparantie onwenselijk. Een kleine groep van de huidige particulier verzekerden zal derhalve worden geconfronteerd met een beperkt verschil. Verzekeraars hebben aangegeven dat deze groep non-select het aanbod kan wijzigen in een door hen gewenste dekking binnen het door de verzekeraar gevoerde productassortiment. Hiermee wordt ook voor de huidige particulier verzekerden de aansluiting met de huidige verzekering gerealiseerd. Het onderzoek van ZN naar de overgang en de toets die het CTZ daarop heeft uitgevoerd, zijn bij deze brief gevoegd (bijlage 2)¹.

Collectieve contracten

In de pers verschijnen berichten over bereikte akkoorden voor collectieve ziektekostenverzekeringen. Daarbij worden regelmatig ook aantallen potentiële deelnemers genoemd. Hieruit zou de conclusie kunnen worden getrokken dat een groot deel van de verzekeringsplichtigen een collectieve ziektekostenovereenkomst afsluit. Hierbij zij bedacht dat de aantallen die in dat verband worden genoemd, vaak slechts betrekking hebben op de leden-aantallen van de betreffende organisatie. Dit zegt in principe nog niets over het werkelijke aantal verzekeringsplichtigen dat een collectieve ziektekostenverzekering afsluit. In de loop van 2006 zal het CTZ onderzoek doen naar de mate waarin daadwerkelijk sprake is van collectieve verzekering en de verleende kortingen. Naar de huidige inzichten geven verzekeraars niet zo maar een korting van 10%, maar worden er maatwerkafspraken gemaakt over de omvang. Ook vind ik het een goede ontwikkeling dat er niet alleen collectieve contracten worden gesloten voor werknemers, maar ook voor specifieke groepen als ouderen en diabetici.

2.3 Overzicht polissen en premies

Premieontwikkeling 2006

Recent zijn vrijwel alle verzekeraars met hun premies voor 2006 naar buiten gekomen. Zorgverzekeraars zullen vóór 16 december een aanbod aan hun verzekerden voorleggen. Verzekerden kunnen tot 1 maart hun ziektekostenverzekering opzeggen en hebben daarna nog tot 1 mei de tijd om een ziektekostenverzekering bij een verzekeraar af te sluiten. Pas dan is er dus een volledig beeld van de marktontwikkelingen. De meeste premies liggen duidelijk onder het niveau waar vooraf door het kabinet rekening mee was gehouden (zie tabel 1).

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Tabel 1: Premies (€ per jaar), individueel verzekerde, exclusief alle mogelijke vormen van korting

	Type polis ¹		
	Natura	Combinatie	Restitutie
Agis/Agis Pro Life	1 078,80		1 078,80
Anderzorg			990,00 ⁴
Avero Achmea		1 068,00	1 080,00
Azivo	1 089,00		
Azviz		1 071,00	
Confior	1 050,00		1 074,00
CZ	1 047,60		1 119,60
De Friesland		1 038,00	
Delta Lloyd			1 122,00 ³
DSW	1 050,00		
FBTO			1 044,00
Fortis ASR, De Amersfoortse		1 119,60	1 172,28
De Goudse	1 080,00		1 080,00
Groene Land, PWZ Achmea	1 056,00		
Interpolis	1 056,00		
IZA		1 098,00	
IZA/AZ		1 110,00	
IZZ	1 119,12		
Menzis	1 050,00		1 074,00
OHRA/OHRA Diavitaal			1 073,04 ³
ONVZ			1 119,00
OZF			1 080,00 ⁴
OZ	1 071,00	1 143,00	
PNO			1 140,00
Salland			1 062,00 ⁴
SR	1 050,00		
Trias	1 050,00		1 078,80
Univé			995,40 ²
VGZ	1 056,00		
Zilveren Kruis Achmea/Zilveren Kruis DVZ			
Achmea	1 056,00		
Z&Z	1 068,00	1 068,00	1 140,00

¹ Uitsplitsing op basis van informatie van het CTZ.

² Voor een restitutiepols met deels gecontracteerde zorg. Voor een restitutiepols zonder gecontracteerde zorg bedraagt de premie € 1055,40.

³ Restitutiepols met deels gecontacteerde zorg.

⁴ Restitutiepols met gecontacteerde zorg.

3 DECLARATIEVERKEER

De invoering van de Zvw brengt aanpassingen in het declaratieverkeer tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten met zich mee. Gelet op enerzijds de grote hoeveelheid declaraties tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars en anderzijds de nieuwe bekostigingsstructuur voor huisartsen hebben de betrokken partijen besloten tot aanvullende maatregelen.

Convenanten ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Brancheorganisaties van de ziekenhuizen en de Universitair Medische Centra zijn voornemens convenanten met ZN te sluiten. Deze convenanten zijn in voorbereiding en zullen naar verwachting de komende weken worden ondertekend. Deze convenanten beogen het elektronische berichtenverkeer zoveel mogelijk te stimuleren. Daarnaast gaat het om het maken van betalingsafspraken op grond waarvan declaraties zoveel mogelijk rechtstreeks naar zorgverzekeraars gaan. Zorgverzekeraars zorgen dan tevens voor het verrekenen van het eventuele vrijwillige eigen risico van hun verzekerden. Daarnaast zijn zorgverzekeraars voornemens om de huidige bevoorschottingsafspraken in 2006 te continueren. In het

convenant zijn ook afspraken gemaakt over het monitoren van het declaratieverkeer. Ook VWS zal een en ander gedegen monitoren en waar nodig aanbevelingen tot verbeteringen doen.

Convenanten huisartsen en zorgverzekeraars

Ook huisartsen en verzekeraars zijn bezig met het maken van afspraken rond het declaratieverkeer. Deze afspraken worden vastgelegd in een protocol. Partijen bespreken of bevoorschotten van het inschrijftarief en de modulaire vergoedingen voor de eerste twee kwartalen van 2006 een optie is. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat de huisarts zo min mogelijk financieel nadeel ondervindt in de eerste maanden van de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem. In deze periode kunnen huisartsen en verzekeraars een centraal inschrijfbestand inrichten en vullen. Dit centraal inschrijfbestand beoogt het dubbel declareren van het inschrijftarief te voorkomen. Partijen hebben zo ook langer de tijd om contracten te sluiten. Contracten vormen immers vaak de basis voor afspraken over directe declaraties tussen de huisarts en verzekeraar. Het extra half jaar kan ook gebruikt worden om de patiënten- en verzekerdenadministratie – voor zover dat nog niet het geval is – op orde te brengen. Vanaf 1 juli 2006 vindt vervolgens verrekening plaats tussen verzekeraar en huisarts. Een alternatief is dat naast het consulttarief ook het inschrijftarief en modulaire vergoedingen worden gedeclareerd.

Indien sprake is van een vrijwillig eigen risico, zal de zorgverzekeraar in principe zorg dragen voor de verrekening van het consulttarief met de verzekerde. De huisarts hoeft dit niet zelf te doen.

Op korte termijn zullen betrokken partijen landelijke afspraken maken over de wijze van declareren bij bijzondere groepen patiënten, zoals gemoedsbezwaarden, patiënten die (tijdelijk) in de AWBZ worden behandeld en militairen. Ook het declaratieverkeer tussen huisartsen en zorgverzekeraars zal worden gemonitord.

Overige aanbieders

Zoals hiervoor aan de orde kwam, brengt de invoering van de Zvw vooral aanpassingen met zich mee voor de bekostiging van huisartsen. Daarnaast zijn er mede in relatie tot de lopende invoering van DBCs afspraken gemaakt met ziekenhuizen over het betalingsverkeer. Volledigheidshalve zijn er op gewezen dat het betalingsverkeer bij hulpmiddelen en fysiotherapie al grotendeels elektronisch verloopt. Bovendien zijn over het betalingsverkeer tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars afspraken gemaakt in het kader van het experiment voor fysiotherapie.

4 ADDENDUM BIJ DE GEDRAGSCODE

Het overleg over het addendum tussen ZN, het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en VWS heeft onlangs tot overeenstemming geleid. ZN heeft het addendum ter goedkeuring aan de leden voorgelegd. ZN zal, nadat de leden met het addendum hebben ingestemd, half december samen met de Nederlandse Vereniging van Banken (NVvB) en het Verbond van Verzekeraars (VvV), het CBP verzoeken te verklaren dat het addendum in overeenstemming is met de wettelijke bepalingen betreffende de verwerking van persoonsgegevens (verklaring ex artikel 25 Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)). De zorgverzekeraars zijn, na hun instemming, met ingang van 1 januari 2006 aan het addendum gebonden.

Gezien de voorbereidende werkzaamheden is het CBP in staat in de tweede helft van december 2005 zorg te dragen voor publicatie in de Staatscourant van het ontwerpbesluit tot goedkeuring, alsmede het addendum (inclusief het protocol materiële controle), waarmee het addendum openbaar wordt.

Op grond van artikel 25, vierde lid, WBP is op de procedure van goedkeuring door het CBP afdeling 3.4 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing (de openbare voorbereidingsprocedure). Die procedure houdt in dat het CBP het ontwerpbesluit van goedkeuring openbaar maakt, waarna belanghebbenden een termijn van zes weken hebben voor het naar voren brengen van hun zienswijze. Wanneer geen zienswijzen naar voren zijn gebracht, neemt het CBP het definitieve besluit tot goedkeuring binnen vier weken na het aflopen van de zes weken-termijn. Indien er wel zienswijzen naar voren zijn gebracht, wordt de aanvrager (ZN, de NVvB en het VvV) zonodig in de gelegenheid gesteld te reageren op de naar voren gebrachte zienswijzen. Het CBP neemt in dat geval binnen zes maanden na de indiening van het verzoek (half december 2005) het definitieve besluit.

Het definitieve besluit tot goedkeuring door het CBP zal daarom niet voor 1 januari 2006 kunnen worden genomen. Voor de binding aan het addendum van de zorgverzekeraars maakt dat geen verschil, omdat zij als leden van ZN door hun instemming reeds daaraan gebonden zijn. Alle zorgverzekeraars zijn lid van ZN. Bovendien vloeit die binding voort uit de ministeriële regeling op grond van artikel 87 Zvw.

De ministeriële regeling op grond van artikel 87 Zvw, waarover het overleg met het CBP en de andere genoemde organisaties al in september tot overeenstemming heeft geleid, zal zorgverzekeraars verplichten zich bij de verwerking van op grond van deze regeling verstrekte persoonsgegevens te houden aan het addendum. De regeling kan na het definitieve CBP-besluit zodanig worden aangepast, dat wordt verwezen naar het definitief goedgekeurde addendum. De regeling, waarop thans de administratieve lastentoets plaatsvindt, zal eveneens in december worden vastgesteld en in de Staatscourant worden gepubliceerd. Concluderend kan worden vastgesteld dat bij de inwerkingtreding van de Zvw een adequaat en zorgvuldig privacy-regime zal gelden, dat in nauw overleg met de betrokken organisaties tot stand is gekomen. Hiermee is voldaan aan de motie Heemskerk.¹

5 VOORLICHTING

Algemeen

Vanaf week 40 tot week 46 is met behulp van radiospots, advertenties in de krant en door webvertising op het internet extra ingezet op de attentie op de website www.denieuwezorgverzekering.nl en op Postbus 51. Een en ander heeft mede geleid tot een blijvend hoog aantal van rond de 100 000 unieke bezoekers per week. Inmiddels hebben meer dan één miljoen mensen de site bezocht (in totaal 1,8 miljoen bezoeken). Ook de vraagafhandeling bij Postbus 51 heeft een constant niveau van circa 9 000 vragen per week (telefoon, e-mail en brief). Sinds de start van de campagne zijn ruim 100 000 telefonische vragen, 20 000 e-mailvragen en ruim 1 000 burgerbrieven afgehandeld.

De kennisbank met veelgestelde vragen en antwoorden op www.denieuwezorgverzekering.nl bevat ruim 300 vragen en antwoorden over alle aspecten van de nieuwe zorgverzekering. Deze kennisbank wordt ook gebruikt door zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere belangrijke intermediairs. Deze kennisbank is sinds de start van de campagne circa

¹ Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 23.

1,8 miljoen keer bezocht. Mensen die hun antwoord niet op internet kunnen vinden, kunnen natuurlijk altijd met Postbus 51 bellen.

Uit een recente tevredenheidsmeting blijkt dat 92,4% van de mensen de service van Postbus 51 als redelijk tot goed beoordeelt. Het feit dat ruim 98% van de telefoontjes binnen 30 seconden wordt opgenomen, draagt hier aan bij. Hoewel de service dus zeer behoorlijk is, blijkt uit de continue monitoring van de kwaliteit van de antwoorden dat deze verdere verbetering behoeft. De voorlichting over de nieuwe zorgverzekering betreft een complexe materie. De kwaliteit van de antwoorden wordt daarom verder verbeterd door begeleiding van de zogeheten call agents op de werkvloer, trainingen van deze agents en dagelijkse verbeteringen in de kennisbank die de agents gebruiken.

Tijdens de behandeling van de begroting van mijn ministerie is gevraagd of het mogelijk is om mensen binnen een halve dag terug te bellen als een vraag niet direct door Postbus 51 kan worden beantwoord. Zoals gezegd, kunnen alle veel voorkomende vragen door Postbus 51 direct worden beantwoord. Daar waar meer expertise nodig is, moet eerst het nodige uitzoekwerk worden verricht door VWS, de Belastingdienst of het CVZ. Daarna ontvangt de vragensteller per e-mail een antwoord. Dit vergt enige tijd. Het is daarom niet mogelijk mensen binnen een halve dag terug te bellen als een vraag niet direct door Postbus 51 kan worden beantwoord.

Veel vragen gaan over de financiële gevolgen van de nieuwe zorgverzekering. Op Prinsjesdag heb ik voor een aantal veel voorkomende situaties de financiële gevolgen in beeld gebracht op de website en in brochures. Inmiddels is er ook een rekenhulp op de site geplaatst waarmee mensen een indicatie kunnen krijgen van hun eigen situatie. Deze wordt zeer goed gebruikt.

Voorlichting aan moeilijk bereikbare groepen

Zoals ik al aankondigde in de derde Voortgangsrapportage Zvw is eind oktober ook het specifieke voorlichtingstraject voor moeilijk bereikbare doelgroepen gestart. Intermediaire organisaties die dagelijks contact hebben met deze groepen vervullen daarbij een zeer belangrijke rol. Intermediaire organisaties weten immers waar en hoe deze mensen het best kunnen worden bereikt. De bus die langs alle grote en middelgrote gemeenten rijdt om dak- en thuislozen voor te lichten over de nieuwe zorgverzekering en de zorgtoeslag is hier een voorbeeld van. In de eerste maanden van 2006 zal ik de voorlichting via intermediaire organisaties voortzetten.

VWS ondersteunt de activiteiten van de intermediaire organisaties met voorlichtingsmateriaal. Zo is inmiddels een nieuwe brochure gemaakt die nog eens in duidelijke bewoordingen de hoofdlijnen van de nieuwe zorgverzekering op een rij zet. De brochure is binnenkort tevens verkrijgbaar in het Frans, Duits, Engels, Spaans, Portugees, Turks en Arabisch. Het is de eerste overheidsbrochure die van de Stichting Makkelijk Lezen het keurmerk «gewone taal» heeft gekregen.

Derde campagnefase

Op 8 december start de derde campagnefase die opnieuw een Postbus 51-traject bevat. Deze fase van de campagne sluit aan bij het verzenden van het persoonlijke aanbod van de zorgverzekeraars. De boodschap van de tv-spot geeft aan dat men «er voor 1 maart uit moet zijn» (aanbod accepteren, aanbod aanpassen of overstappen) De radioboodschap besteedt aandacht aan de negatieve optie. Beide worden tot medio januari

uitgezonden. In de artikelen die in deze periode verschijnen in de huis-aan-huiskranten en op de website www.denieuwezorgverzekering.nl, zal ook aandacht worden besteed aan www.kiesBeter.nl, de website van het RIVM. Met behulp van deze site kunnen burgers de polissen van zorgverzekeraars met elkaar vergelijken. Het RIVM attendeert daarnaast ook zelf op www.kiesBeter.nl via reclame op radio en webvertising op internet.

6 EVALUATIE EN MONITORING 2006

Monitoren van de werking van de zorgverzekeringsmarkt

Tijdens het wetgevingsproces van de Zvw en de Invoering- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-wet Zvw) heb ik toegezegd bepaalde ontwikkelingen te zullen volgen, zoals op het terrein van de collectieve contracten. Ik heb bij de behandeling van de Zvw in de Eerste Kamer op 7 juni 2005 in dat verband ook een brief toegezegd waarin ik in zal gaan op het evalueren van de werking van de Zvw. Hiermee wil ik graag aan deze toezegging voldoen.

In februari van dit jaar heb ik het CTZ verzocht om – met het oog op de voorziene toekomstige Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) – in samenwerking met het College tarieven gezondheidszorg (CTG) in 2005 een marktmonitor voor de zorgverzekeringsmarkt te ontwikkelen. Op basis hiervan kan de NZa i.o. vervolgens vanaf 2006 de ontwikkelingen op deze markt monitoren. Het CTZ heeft deze zomer in samenwerking met het CTG een consultatiedocument monitoring zorgverzekeringsmarkt opgesteld. In dat document zijn de factoren benoemd die naar het oordeel van het CTZ en het CTG, op basis van een uitgebreide risicoanalyse, bijzondere aandacht behoeven. Aanvullend kunnen specifieke monitorwensen in de marktmonitor worden meegenomen.

Het consultatiedocument is inmiddels voorgelegd aan externe partijen zoals zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere deskundige partijen op het terrein van zorgverzekeringen. Het CTZ is nu bezig de reacties van deze partijen te verwerken en te komen tot een visiedocument zorgverzekeringsmarkt, dat naar verwachting op korte termijn wordt gepubliceerd. In het visiedocument wordt beschreven welke facetten van de zorgverzekeringsmarkt de NZa i.o. vanaf 2006 zal monitoren en met welke frequentie rapportage op de verschillende onderdelen mogelijk is. De NZa i.o. zal de marktmonitor (minstens) één keer per jaar uitbrengen. Op de onderdelen waar dat mogelijk en zinvol is, zoals met betrekking tot de ontwikkelingen op het terrein van de collectieve contracten en het verzekeringsaanbod in 2006, wordt medio 2006 al een tussenrapportage uitgebracht. Zoveel mogelijk zal voor de indicatoren een nulmeting in 2005 worden verricht op basis waarvan de ontwikkelingen vanaf 2006 worden gemonitord.

Ik heb het CTZ gevraagd ook de volgende onderwerpen, conform verzoeken van de Eerste en Tweede Kamer, te betrekken in zijn marktmonitor:

- Bij de behandeling van het voorstel voor de Zvw in de Tweede Kamer is een motie van het lid Heemskerk aangenomen waarin gevraagd wordt om de Kamer tweejaarlijks te informeren over de verhouding natura/restitutiepolissen, zowel landelijk als per provincie en daarbij aan te geven in hoeverre de gewenste inkoopmacht op elk van de (deel)markten nog is gegarandeerd.¹
- Ook is een motie van het Kamerlid Tonkens c.s. aangenomen waarin wordt gevraagd om twee jaar na de invoering van de Zvw te onderzoeken in hoeverre risicoselectie plaatsvindt door onder andere collec-

¹ TK, vergaderjaar 2004/05, 29 763, nr. 69.

tieve contracten en ontkoppeling van basis- en aanvullende polissen en de Kamer daarover te berichten.¹

- De Tweede Kamer heeft tevens gevraagd om in 2007 een evaluatie te geven met betrekking tot de ontwikkeling van het aantal onverzekerden, de vraag hoe gemakkelijk de overstap van de ene naar de andere verzekeraar is gegaan en welke problemen zich voorgedaan hebben bij de aanvullende verzekering.
- Bij de behandeling van het voorstel voor de Zvw in de Eerste Kamer is gevraagd om één jaar na inwerkingtreding van de Zvw aan te geven hoeveel de nominale premies zijn gaan verschillen en wat de oorzaak van eventuele verschillen is, of en op welke gronden verzekeraars consumenten weigeren voor een aanvullende verzekering, welke vergoedingen men kiest en waarom, of mensen met een smalle beurs een hoog vrijwillig eigen risico nemen en of de vrije artskeuze van patiënten in de knel is gekomen.
- Ook heb ik toegezegd het CTZ te zullen verzoeken bij de overgang naar het nieuwe stelsel er nauwlettend op toe te zien dat verzekeraars zich aan hun zorgplicht houden hetgeen een ruime contractering impliceert en te zullen volgen of verschillen in de polissen ontstaan die het gevolg zijn van verschillen in draagkracht van verzekeringsplichtigen.
- Een aantal maal is ten slotte gevraagd om de ontwikkelingen op het terrein van de collectieve contracten en mogelijke kruissubsidiëring goed te volgen.

Met betrekking tot vragen over de onverzekerdenproblematiek ontvangt u vóór de kerst een rapport. In deze rapportage zal ook worden ingegaan op de monitoring van het aantal onverzekerden.

7 OVERIG

7.1 Maatschappelijke verantwoording over salarissen zorgverzekeraars

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Zvw in de Eerste Kamer heb ik toegezegd te bevorderen dat de zorgverzekeraars de beloning van hun bestuurders in het kader van de maatschappelijke verantwoording openbaar gaan maken.

Ten aanzien hiervan wil ik graag opmerken dat ik in de Regeling Zvw een bepaling heb opgenomen dat zorgverzekeraars in hun jaarlijks uit te brengen uitvoeringsverslag Zvw opgave doen van de algemene gegevens over de honorering van directie en bestuur voor de uitvoering van de Zvw. Hiermee zijn deze gegevens openbaar.

7.2 Overleg MKB-Nederland over positie kleine zelfstandigen

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Zvw in de Eerste Kamer heb ik desgevraagd opgemerkt bereid te zijn om met MKB-Nederland te praten over de kleine zelfstandigen.

Op 24 november hebben mijn ambtenaren tijdens een voorlichtingsbijeenkomst van MKB-Nederland de Zvw en alle voor zelfstandigen relevante aspecten toegelicht. Tijdens deze bijeenkomst is onder andere aandacht geschonken aan de financiering en premies in algemene zin, de salderingsregeling, collectieve contracten en de premiegevolgen voor enkele bijzondere groepen. Ook heeft MKB-Nederland tijdens die bijeenkomst zijn informatiebrochure voor zijn leden gepresenteerd. Deze brochure wordt aan het eind van het jaar aangevuld met een overzicht van

¹ TK, vergaderjaar 2004/05, 29 763, nr. 46.

de veel gestelde vragen van leden van MKB-Nederland en de antwoorden daarop.

Daarnaast is in het kader van de voorlichting over de Zvw € 0,5 miljoen subsidie verstrekt aan de Stichting van de Arbeid (STAR). Deze stichting betaalt op zijn beurt onder andere MKB-Nederland om voorlichtingsactiviteiten uit te voeren over de Zvw. De activiteiten van MKB-Nederland zullen bestaan uit het uitgeven van de hiervoor genoemde algemene informatiebrochure voor individuele werkgevers en het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten ten behoeve van brancheorganisaties.

7.3 Financiering Zorgverzekeringswet

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel van de Zvw in de Eerste Kamer heb ik voorts toegezegd de financiering van de Zvw nogmaals aan de sociale partners toe te lichten. Mijn ambtenaren hebben in de werkgroep Sociale Zekerheid en Zorg van de STAR deze toelichting gegeven. Kort samengevat, gaat het om het volgende.

In de Zvw is vastgelegd dat de helft van de premielast wordt betaald via een nominale premie en de andere helft via een inkomensafhankelijke bijdrage. In de wet is bovendien bepaald dat werkgevers de inkomensafhankelijke bijdrage aan hun werknemers moeten vergoeden. Daarnaast zijn er andere verzekerden die zelf de inkomensafhankelijke bijdrage moeten betalen. Dat zijn bijvoorbeeld zelfstandigen en 65-plussers. De lasten voor de werkgevers in het bedrijfsleven stijgen als gevolg van de invoering van de Zvw. Dit komt omdat de vergoeding voor de inkomensafhankelijke bijdrage hoger is dan de huidige procentuele werkgeverspremie voor de Ziektenwet en de tegemoetkoming in de particuliere ziektekosten. De werkgevers worden hiervoor gecompenseerd via onder andere een verlaging van de vennootschapsbelasting en een verlaging van de arbeidsongeschiktheidspremie.

7.4 Fusies tussen grote verzekeraars

Bij de behandeling van het wetsvoorstel I&A-wet Zvw in de Tweede Kamer zijn vragen gesteld over fusies tussen verzekeraars mede in het licht van voldoende marktwerking en keuzevrijheid voor verzekerden. Tijdens het spoeddebat over de voorgenomen fusie tussen de zorgverzekeraars CZ en OZ ben ik nader ingegaan op deze aspecten en de huidige positie van de NMa. Inmiddels heeft zich de volgende ontwikkeling voorgedaan. Op 28 oktober 2005 heeft de NMa vergunning verleend voor de voorgenomen overname van OZ door CZ onder een aantal voorwaarden. Zo is onder meer bepaald dat CZ/OZ aan verzekerden in de regio Zeeland en het westen van Noord-Brabant alleen polissen aanbiedt voor de basis- en aanvullende verzekering die zij ook in de rest van Nederland aanbiedt. De gefuseerde onderneming zal aan deze verzekerden dus geen (aparte) provinciale polis aanbieden. De polis die door het grootste aantal verzekerden in Zeeland en het westen van Noord-Brabant bij CZ/OZ wordt afgenomen, zal in geheel Nederland onder de aandacht worden gebracht van alle potentiële verzekerden. Ten slotte zal CZ/OZ geen exclusieve contracten afsluiten met zorgaanbieders in de provincie Zeeland en het westen van Noord-Brabant. Met deze voorwaarden is naar de mening van de NMa voldoende gewaarborgd dat de concurrentie niet wordt beperkt. Bij zijn besluitvorming heeft de NMa rekening gehouden met het zorgbeleid van het kabinet en de invoering van de nieuwe Zvw.

8 VOORTGANG INVOERING WET OP DE ZORGTOSLAG

Op 1 december 2005 zijn 5,2 miljoen aanvraagformulieren huur- en zorgtoeslag ingediend. Degenen die voor 1 november hun aanvraag hebben ingediend, ontvangen het eerste voorschot rond 20 december. De Belastingdienst heeft een uitwijkmogelijkheid voor de betaling naar 27 december.

Het aantal foutief ingevulde formulieren bedraagt ongeveer 280 000. Dit is ongeveer 5% en wijkt niet af van de ervaringen met andere formulieren die de Belastingdienst aan burgers stuurt. De Belastingdienst heeft een vraagbrief aan de aanvrager gestuurd waarin verzocht wordt de ontbrekende gegevens in te vullen. De vragen hebben vooral betrekking op het ontbreken van een rekeningnummer waarop de zorgtoeslag kan worden uitbetaald en het ontbreken van inkomensgegevens van de aanvrager, partner of medebewoner. Inmiddels zijn er tot en met 29 november ongeveer 225 000 beantwoorde vraagbrieven ontvangen door de Belastingdienst. De Belastingdienst zal iedereen die de vraagbrief op tijd heeft beantwoord eind december het eerste voorschot uitbetalen.