
Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 114

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 september 2006

In deze achtste voortgangsrapportage informeer ik u over actuele ontwikkelingen in verband met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet.

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

In deze achtste voortgangsrapportage komen de volgende onderwerpen aan de orde:

1. Onverzekerden en wanbetalers
 - 1.1 Uitwerking aanpak wanbetalers
 - 1.2 Waarborgfonds onverzekerden
 - 1.3 Overig
2. Buitenland
 - 2.1 Voortgang werkzaamheden CVZ ten behoeve van verdragsgerechtigden
 - 2.2 Informatie aan studenten in het buitenland, wereldreizigers en boeteplichtigheid
 - 2.3 Vergoedingsregeling niet-actieve militairen met een UKW-uitkering
 - 2.4 Voorlichting aan mvv'ers over ziektekostenverzekering
 - 2.5 Wijze rapporteren «betalingsbalans» buitenland
3. Declaratieverkeer huisartsen en ziekenhuizen
4. Werking van de markt
 - 4.1 Marktmonitor
 - 4.2 Marktaandeel zorgverzekeraars
 - 4.3 Overstapservice zorgverzekeraars
 - 4.4 Achmea-administratie en «verdwenen verzekerden»
5. Overige onderwerpen
 - 5.1 50/50-mechanisme
 - 5.2 Saldo vereveningsfonds
 - 5.3 Vereveningsbijdrage en collectieve contracten patiëntenverenigingen
 - 5.4 Experiment PGB in Zvw
 - 5.5 Uitkomst overleg met verzekeraars over lijst gecontracteerde zorg
 - 5.6 Inkomensafhankelijke bijdrage zeevarenden
 - 5.7 Percentage inkomensafhankelijke bijdrage DGA

1. Onverzekerden en wanbetalers

1.1 *Uitwerking aanpak wanbetalers*

In de zevende voortgangsrapportage, die ik u bij brief van 14 juni 2006¹ heb gezonden, heb ik beschreven dat bij niet tijdige betaling van de nominale premie van de zorgverzekering de verzekerde de kans loopt om geroyeerd te worden. De betrokkene raakt onverzekerd en moet zich bij een andere zorgverzekeraar gaan verzekeren, waar het betalingspatroon zich kan herhalen met dezelfde gevolgen. Om te voorkomen dat er een zogenoemde carrousel van wanbetalers ontstaat tengevolge waarvan mensen onverzekerd raken, is een wanbetalerstraject ingezet, dat ik in hoofdlijnen heb geschetst. Het bestaat uit een pakket aan maatregelen, waarvan de stand van zaken als volgt is.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is vrijwel klaar het opstellen van het Protocol Incassotraject wanbetalers Zorgverzekering (protocol). Dit protocol bevat de incassomaatregelen die de zorgverzekeraars eerst zelf nemen (fase I) en die ze vervolgens, als de premieschuld meer bedraagt dan een bedrag ter hoogte van zes maanden premie, uitbesteden aan daartoe aangezochte incassopartners (fase II). Het protocol bevat de randvoorwaarden voor de uitvoering en stelt eisen aan de incasso-organisaties. De in het protocol vervatte maatregelen hebben tot doel het betalingsgedrag van de verzekerden in positieve zin te beïnvloeden. Het verbeteren van het betalingsgedrag wordt ook beoogd door enkele wettelijke maatregelen, waarvan ik de hoofdlijnen al heb geschetst in de zevende voortgangsrapportage. Inmiddels is daartoe een voorstel van wet opgesteld, dat is behandeld in de Ministerraad en dat wordt voorgelegd aan de Raad van State voor advies. Dit voorstel van wet zal zo spoedig mogelijk na het ontvangen van het advies van de Raad van State aan de Tweede Kamer ter behandeling worden gezonden.

Tot slot wordt gewerkt aan de realisatie van een financiële tegemoetkoming voor gedeelde premie-inkomsten via de vereveningsbijdrage. Dit zal zijn beslag krijgen in de Regeling zorgverzekering.

Met de afspraken zoals ik die nu met de zorgverzekeraars heb gemaakt, wordt een te snel royement voorkomen en blijven mensen voorlopig verzekerd van de dekking van hun zorgverzekering. De verzekeraars zullen wanbetalers maximaal aanspreken op hun betalingsverplichtingen.

1.2 *Waarborgfonds onverzekerden*

Voor de verzekerbare onverzekerden geldt dat zij voordat zij medische zorg ontvangen een verzekering kunnen sluiten bij een zorgverzekeraar. Vanwege de acceptatieplicht zal iemand vanaf het moment van aanmelding verzekerd zijn. Ook voor onverzekerbare illegalen is de financiering van medisch noodzakelijke zorg voldoende geborgd. Momenteel bestaan er twee regelingen, te weten de beleidsregel dubieuze debiteuren (voor ziekenhuizen) en het fonds van de Stichting Koppeling (voor door eerstelijnszorgaanbieders verleende zorg aan illegalen), waaruit oninbare vorderingen kunnen worden gefinancierd.

Op termijn kan het wenselijk zijn, mede met het oog op de voorgenomen wijzigingen in de ziekenhuisbekostiging, om deze regeling te stroomlijnen. Ik zal de mogelijkheden hiertoe nader onderzoeken. Daarbij zal, net als thans, het uitgangspunt blijven dat wordt voorzien in adequate financiering.

Gezien het voorgaande en de afspraken die ik heb gemaakt met ZN (bij wanbetaling geen royementen) om te voorkomen dat mensen onverzekerd raken, gaan mijn gedachten op dit moment niet uit naar de instelling van een waarborgfonds. Ook de ontwikkeling van het aantal onverzekerden vormt daarvoor geen aanleiding. In juli heb ik u de voorlopige

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 99.

rapportage van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) toegestuurd¹. Het CBS meldde daarin dat het aantal onverzekerden 182 000 bedroeg. Dit aantal onverzekerden is duidelijk lager dan het aantal in 2005 (242 000).

1.3 Overig

Monitoring

Ik heb het CBS verzocht het aantal onverzekerden te monitoren. Het in juli gepresenteerde cijfer heeft een voorlopig karakter, omdat het bestand waarmee het CBS werkt, nog niet compleet is. Het CBS verwacht dat het definitieve cijfer pas na 1 november 2006 kan worden vastgesteld.

Signalering betalingsachterstanden bij bijstandsgerechtigden

In de zesde voortgangsrapportage² heb ik aangegeven dat het Inlichtingenbureau op 1 juni 2006 technisch gereed was om de eerste signalen aan de gemeenten door te geven over betalingsachterstanden van hun bijstandsgerechtigden. Veel zorgverzekeraars moeten hun systemen nog aanpassen; op dit moment heeft één zorgverzekeraar gegevens bij het Inlichtingenbureau aangeleverd. De aanlevering zal zich stapsgewijs uitbreiden.

Subsidie moeilijk bereikbare groepen

Ten behoeve van de informatievoorziening over de Zorgverzekeringswet (Zvw) aan moeilijk bereikbare doelgroepen heb ik ter stimulering van de voorlichting aan die groepen in het najaar van 2005 en het voorjaar van 2006 subsidie verleend aan enkele organisaties. Ik heb deze organisaties opnieuw in de gelegenheid gesteld om subsidie aan te vragen. Het doel van de subsidie is het bereiken van de moeilijk bereikbare doelgroepen en daarmee te bewerkstelligen dat zij zich verzekeren en (eventueel) een zorgtoeslag aanvragen.

2. Buitenland

2.1 Voortgang werkzaamheden CVZ ten behoeve van verdragsgerechtigden

In mijn brief van 14 juni jl.³ heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken van de buitenlandactiviteiten van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Ik heb toen aangegeven dat het verwerken van grote hoeveelheden poststukken een kwestie van langere adem is en dat ik hierover periodiek overleg voer met het CVZ. Ik heb u tevens toegezegd dat ik u over de voortgang zou informeren.

Het College heeft mij medegedeeld dat de achterstand die was opgelopen bij de verwerking van poststukken die van belang zijn voor het vaststellen van het bijdragerecht, omstreeks begin augustus is ingelopen. Dit is overeenkomstig de planning die het CVZ voor ogen heeft gestaan toen mij begin juni het plan van aanpak voor de buitenlandwerkzaamheden werd gepresenteerd.

De instroom is echter nog altijd groot: wekelijks komen er nog vele duizenden brieven en formulieren binnen, waardoor de totale voorraad poststukken geleidelijk afneemt. Daarnaast is de termijn voor behandeling van de poststukken inmiddels teruggebracht naar een kortere termijn, en is ook de gemiddelde ouderdom van de te behandelen stukken teruggedrongen. Het CVZ acht de voorraad nog steeds te hoog en werkt naarstig aan efficiencyverbetering bij de verwerking van de poststukken. Het aantal e-mailberichten is van bijna 8500 gedaald naar net 1700 stuks. Voor het wegwerken van de voorraad aan overige poststukken hanteert het CVZ nog steeds de streefdatum van 1 januari 2007.

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 107.

² Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 85.

³ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 99.

2.2 Informatie aan studenten in het buitenland, wereldreizigers en boeteplichtigheid

Bij het algemeen overleg op 28 juni 2006 heb ik desgevraagd geantwoord dat ik samen met het CVZ zal bezien of de informatievoorziening over de ziektekostenverzekering van studenten (in het buitenland) helder genoeg is (geweest).

Zoals u bekend is, heeft van juli 2005 tot begin 2006 een grootschalige voorlichtingscampagne over de Zvw (en de Wet op de zorgtoeslag) plaatsgevonden. Het publiek is via de massamedia geattendeerd op de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel en de gevolgen daarvan. Daarbij is ook de speciale campagnesite (www.denieuwezorgverzekering.nl) waar mensen antwoorden kunnen vinden op vragen, onder de aandacht gebracht. Zeker van de groep studenten verwacht ik dat ze deze campagnesite hebben gevonden en de informatie hebben bekeken. Op die site is informatie opgenomen over studenten en de Zvw. Daarnaast is op de site www.consumenten.cvz.nl eveneens informatie te vinden over Nederlandse studenten die in het buitenland studeren en over buitenlandse studenten die wegens studieredenen tijdelijk in Nederland verblijven. Sinds juli 2006 is op de VWS-campagnesite een link naar die site opgenomen.

Tijdens het algemeen overleg op 28 juni 2006 heb ik toegezegd te bevorderen dat coulance zal worden betracht voor studenten die al verzekerd waren vóór 31 december 2005 en die te laat een zorgverzekering sluiten of hebben gesloten. Daarmee worden studenten tegemoetgekomen die ten tijde van de ingangsdatum van de Zvw in het buitenland een studie volgden, en die ondanks de voorlichtingscampagne niet voldoende op de hoogte waren van de verplichting om tijdig een zorgverzekering te sluiten. De bevoegdheid tot het opleggen van een boete bij het te laat afsluiten van een zorgverzekering is neergelegd bij het CVZ. Het CVZ had deze aangelegenheid al onder mijn aandacht gebracht, en is bezig de beleidsregels betreffende het opleggen van een boete bij niet tijdige aanmelding voor een zorgverzekering op dit punt aan te passen. Overigens is afgesproken te bezien of dit ook moet gelden voor mensen die bij de inwerkingtreding van de Zvw op 1 januari 2006 niet in Nederland waren en tot ten minste 1 mei 2006 in het buitenland verbleven, zoals mensen die een wereldreis maakten. Hoewel ook voor deze mensen informatie op de VWS-campagnesite is te vinden, is het ook bij deze groep mogelijk dat zij niet (voldoende) op de hoogte waren van de verplichting een zorgverzekering te sluiten.

Deze beleidsregels zijn specificeringen van de in de Zvw neergelegde algemene regel dat geen boete verschuldigd is in gevallen waarin het de verzekeringsplichtige niet kan worden verweten dat te laat een zorgverzekering is gesloten.

2.3 Vergoedingsregeling niet-actieve militairen met een UKW-uitkering

In de zevende voortgangsrapportage over de Zvw ben ik ingegaan op de positie van niet-actieve militairen met een UKW-uitkering van het Ministerie van Defensie. In het algemeen overleg van 28 juni 2006 heb ik op een vraag van het lid Smilde (CDA) aangegeven dat ik u nog nader zou informeren of de vergoedingsregeling van Defensie voor militairen in het buitenland met een UKW-uitkering, met ingang van 1 januari van dit jaar met terugwerkende kracht in werking is getreden. Ik heb dit nagevraagd bij mijn ambtgenoot van Defensie en kan u bevestigen dat dit inderdaad zo is.

2.4 Voorlichting aan mvv'ers over ziektekostenverzekering

Tijdens het algemeen overleg op 28 juni heeft het lid Omtzigt (CDA) mij gevraagd hoe vreemdelingen met een machtiging tot voorlopig verblijf (mvv) die in Nederland op een particuliere ziektekostenverzekering zijn aangewezen, daarvan op de hoogte worden gesteld. Inmiddels heb ik aan alle Nederlandse ambassades en consulaten in het buitenland informatie gezonden over het afsluiten van een dergelijke verzekering (tot het moment dat de betrokkene AWBZ-verzekerd is en een zorgverzekering moet sluiten). Ik heb de ambassades en consulaten gevraagd deze informatie te gebruiken bij het informeren van vreemdelingen die inlichtingen nodig hebben of vragen hebben over ziektekostenverzekeringen in Nederland.

Ik heb deze informatie ook toegezonden aan ZN met het verzoek de informatie door te geleiden naar hun leden, de zorgverzekeraars. Deze informatie is ook aan de Immigratie- en Naturalisatie Dienst (IND) gezonden. De IND heeft deze informatie doorgestuurd aan de Nederlandse Vereniging voor Burgerzaken met het verzoek de informatie onder de aandacht van gemeenten te brengen.

2.5 Wijze rapporteren «betalingsbalans» buitenland

Tijdens het algemeen overleg op 28 juni heb ik naar aanleiding van een vraag van het lid Heemskerk (PvdA) toegezegd na te gaan op welke manier ik aan de Kamer kan rapporteren over de «betalingsbalans» met betrekking tot het buitenland. Het gaat hierbij om de verhouding tussen de bijdragen die Nederland ontvangt van verdragsgerechtigden tegenover de bedragen die Nederland op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening of bilaterale sociale zekerheidsverdragen voor deze personen aan het buitenland betaalt. Daarbij is geopperd dat de VWS-begroting wellicht een voor de hand liggende plaats voor deze gegevens is. De ontvangen verdragsbijdragen vloeien in het Zorgverzekeringsfonds en de betalingen aan het buitenland worden ook uit dit fonds gedaan. Het CVZ, dat het Zorgverzekeringsfonds beheert, stuurt mij jaarlijks de jaarrekening van het Zorgverzekeringsfonds. Ik zal u volgend jaar in de reguliere aanbiedingsbrief bij de jaarstukken 2006 rapporteren over de betalingsbalans met betrekking tot het buitenland.

3. Declaratieverkeer huisartsen en ziekenhuizen

3.1 Declaratieverkeer huisartsen

Tijdens het kwartaaloverleg van eind juni jl. hebben partijen geconstateerd dat het declaratieverkeer steeds beter verloopt en dat de vigerende voorschotregeling derhalve per 1 juli kon worden stopgezet. Tegelijkertijd constateerden de overlegpartners dat er nog verschillende knelpunten in het declaratieverkeer moesten worden opgelost. In een gezamenlijke brief aan alle huisartsen en verzekeraars hebben de overlegpartners een overzicht van de stand van zaken gegeven. In mijn brief van 10 juli jl. bent u geïnformeerd over de stand van zaken en deze gezamenlijke brief¹. Eind september komen partijen weer bijeen.

3.2 Declaratieverkeer ziekenhuizen

Het declaratieverkeer tussen ziekenhuizen en verzekeraars verloopt in het algemeen goed, zoals ik in de vorige rapportage reeds aangaf. Niettemin wordt de task force nog steeds gevoed met (technische) aandachtspunten. Deze worden opgepakt en zonedig uitgewerkt.

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 108.

4. Werking van de markt

4.1 Marktmonitor

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) i.o. zal de werking van de zorgverzekeringsmarkt periodiek volgen. In juni 2006 heeft u de eerste monitor zorgverzekeringsmarkt ontvangen.¹ De NZa i.o. constateert in deze «tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt» dat het eerste jaar Zvw vanuit het perspectief van de consument gunstig is verlopen. Zo zijn de premies lager uitgevallen dan was verwacht, kan men in heel Nederland uit een veelheid van zorgverzekeringen kiezen en hanteren verzekeraars een ruime acceptatie bij de aanvullende ziektekostenverzekering.

De verzekerde is bereid gebleken met de voeten te stemmen: bijna één op de vijf verzekerden is van zorgverzekeraar gewisseld ten opzichte van 3% van de ziekenfondsverzekerden en 8% van de particulieren in voorgaande jaren. Deze bereidheid om over te stappen is volgens de NZa i.o. een positieve impuls geweest voor de concurrentiedruk in de markt.

De meeste verzekerden kiezen voor een polis met gecontracteerde zorg. De NZa i.o. geeft aan in 2006 nader onderzoek te verrichten naar de zorginkoop door verzekeraars. De markt voor collectieve contracten bedraagt 46% van de totale markt ten opzichte van circa 30% in 2005. Collectieve contracten vormen daarmee een belangrijke factor in het openbreken van de markt. Vooralsnog zijn er geen aanwijzingen dat verzekeraars met kortingen op collectieve contracten het sociale karakter van de Zvw aantasten. Dit najaar zal de NZa i.o. de (financiering van) kostenbesparingen van collectieve contracten nog nader onderzoeken.

Een belangrijk aandachtspunt dat de NZa i.o. aangeeft is dat de informatie over de (kwaliteit van) de ingekochte zorg door verzekeraars nog tekortschiet. Een betere informatievoorziening en doorontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is hierbij van belang. De NZa i.o. zal er op blijven aandringen dat marktpartijen beter zorgdragen voor adequate en vergelijkbare consumenteninformatie over kwaliteit van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zo nodig kan de NZa i.o. op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg nadere regels stellen.

Wanneer de NZa i.o. haar onderzoeken in het kader van het volgen van de zorgverzekeringsmarkt, waarvan er bovenstaand een aantal is genoemd, heeft afgerond, zal ik deze, zo nodig met mijn oordeel daarover, naar de beide Kamers der Staten-Generaal sturen.

4.2 Marktaandeel zorgverzekeraars

In het algemeen overleg van 28 juni heb ik de Tweede Kamer toegezegd bij de NMa nader te informeren naar de kaders die zij hanteert bij het toetsen van fusies van zorgverzekeraars. Hierover het volgende.

In recente zorgverzekeringfusiebesluiten is de NMa vooralsnog uitgegaan van één productmarkt voor zorgverzekeringen. Dat betekent dat alle producten binnen die markt een bepaalde concurrentiedruk op elkaar uitoefenen.

Aan de vraagzijde onderzoekt de NMa in hoeverre consumenten verschillende zorgverzekeringen van verschillende verzekeraars als een reëel alternatief beschouwen. Hiertoe wordt onder meer de mate van bereidheid van consumenten om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar onderzocht. Indien consumenten makkelijk kunnen en zullen overschakelen op een andere zorgverzekering, is dit een daadwerkelijk disciplinerende factor voor de zorgverzekeraars.

Naast marktaandelen van de fuserende ondernemingen, onderzoekt de NMa eveneens de positie van de concurrenten op de relevante markten, de mate van concurrentiedruk die zorgverzekeraars op elkaar uitoefenen

¹ Kamerstukken II 2005/06 29 689, nr. 101.

en de eventuele efficiëntieverbeteringen die door partijen naar voren worden gebracht.

De NMa heeft tot nu toe nog geen geografische markten voor zorgverzekeringen afgebakend en zich nog niet uitgesproken over de vraag of er op dit moment sprake is van een landelijke dan wel regionale markt. De omvang van de relevante geografische markt hangt af van de vraag in hoeverre alle in Nederland aangeboden zorgverzekeringen een reëel alternatief vormen voor een verzekerde. Hierbij speelt onder andere een rol de mate waarin individuele en collectieve verzekerden een voorkeur hebben voor een regionale verzekeraar dan wel landelijke verzekeraars. Hiertoe worden het overstapgedrag en de voorkeuren van consumenten en collectiviteiten geanalyseerd (bijvoorbeeld bepalen of consumenten voorkeur hebben voor een van oudsher grote regionale verzekeraar of niet). Ook wordt gekeken naar de concurrentiekracht van concurrenten en de mate waarin toetreding kan plaatsvinden.

Door de rol van de NMa is zodoende geborgd dat concentraties alleen plaatsvinden voor zover dat de concurrentie in de markt niet belemmert.

4.3 Overstapservice zorgverzekeraars

Recent is bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend om het wisselen van zorgverzekeraar bij wijziging van de polisvoorwaarden (premieverhoging) eenvoudiger te maken¹. Ik hoop dat de parlementaire behandeling zo'n voortvarend verloop zal hebben, dat deze vereenvoudiging al voor het jaar 2007 van kracht kan zijn. In de huidige regeling gaat een in december vanwege premieverhoging gedane opzegging in op 1 februari en moet de nieuwe verzekering op die datum ingaan. In de voorgestelde nieuwe regeling wordt een dergelijke opzegging op 1 januari van kracht. Op die datum gaat ook de nieuwe verzekering in. De verzekerde behoudt evenwel een overstaptijd tot 1 februari. Wie zich in januari aanmeldt bij een nieuwe zorgverzekeraar, is namelijk met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekerd zonder dat een boete wordt opgelegd wegens niet of te laat verzekerd zijn. Met de nieuwe regeling wordt voorkomen dat verzekerden over januari nog de verhoogde premie moeten betalen bij hun oude verzekeraar. Ook zorgt de nieuwe regeling ervoor dat de duur van de polis gelijk loopt met een kalenderjaar. Dat voorkomt onnodige administratieve uitvoeringslasten bij de berekening van de no-claimteruggave en het eigen risico. Ook de vereveningsbijdrage loopt hierdoor geheel parallel met het kalenderjaar.

Verzekeraars hebben toegezegd het overstappen te vergemakkelijken door een overstapservice die alle verzekeraars zullen bieden. De essentie van deze overstapservice is dat de nieuwe verzekeraar de opzegging bij de oude verzekeraar verzorgt, waardoor het makkelijker wordt gemaakt om over te stappen. ZN werkt met de zorgverzekeraars aan een stroomlijning van de huidige opzegservice, met de intentie deze zo flexibel mogelijk voor de verzekerden te laten verlopen. De zorgverzekeraars hebben er in een concurrerende markt – zowel in het kader van een goede dienstverlening aan de verzekerden als ter beheersing van de eigen uitvoeringslasten – zelf belang bij de overstap naar een andere zorgverzekeraar zo soepel mogelijk te laten verlopen en de daartoe geëigende maatregelen te nemen.

In dit kader hebben verzekeraars inmiddels afgesproken dat opzeggingen van de oude zorgverzekering die de nieuwe zorgverzekeraar voor 1 januari hebben bereikt, door de laatste vóór 5 januari zullen worden doorgegeven aan de oude zorgverzekeraar. De oude verzekeraar zal in dat geval de opzegging van de oude verzekering per 1 januari aanvaarden. ZN heeft aangegeven dat dit ook zal gelden ten aanzien van aanvullende verzekeringen waarvoor de verzekeraar de overstapper voor 1 januari heeft aanvaard.

¹ Kamerstukken II, 2005/06, 30 668.

Het lid Van Bommel (SP) heeft tijdens het algemeen overleg op 28 juni melding gemaakt van berichten dat Achmea oude patiëntenbestanden zou hebben gewist waardoor niet meer was na te gaan waar, en in welke mate patiënten verzekerd waren en welke rekeningen nog betaald moesten worden. Hij stelde daarbij de vraag wie er uiteindelijk opdraait voor de kosten van deze fout: zorgverleners of patiënten. Mijn reactie daarop was dat ik deze berichten niet kende, maar me erover zou laten informeren. Dat laatste heb ik gedaan. Noch op mijn departement noch bij Achmea worden de door de heer Van Bommel genoemde berichten herkend.

5. Overige onderwerpen

5.1 50/50-mechanisme

Zoals ik heb toegezegd in het algemeen overleg met uw Kamer op 28 juni jl., heeft het kabinet zich beraden over de aanpak van afwijkingen van de 50/50 verdeling tussen de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage. Vastgesteld is dat over het jaar 2006 geen sprake is van de beoogde verhouding. Dankzij de marktwerking zijn de nominale premies in 2006 veel lager uitgekomen dan eerder geraamd. Het kabinet heeft geconcludeerd dat het in 2007 rechtekken van de scheve verhouding in 2006 zou leiden tot jojo-effecten. In 2007 zou de inkomensafhankelijke bijdrage dalen en in 2008 weer stijgen. Bij de nominale premie zou er een omgekeerde beweging optreden: in 2007 een premiestijging en in 2008 een beperkte daling. Omdat dergelijke jojo-bewegingen ongewenst zijn, maar de wettelijk vastgelegde 50/50 verdeling uiteraard moet worden gehandhaafd, heeft het kabinet besloten om het corrigeren van de 50/50 verdeling uit te smeren over vier jaar. Voor de wijze waarop dit wordt toegepast verwijs ik naar de begroting 2007.

5.2 Saldo vereveningsfonds

Een eventueel in het Zorgverzekeringsfonds ontstaan saldo, dient via lagere of hogere bijdragen te worden weggewerkt. Een dergelijk saldo kan ontstaan door mee- of tegenvallers bij de inkomensafhankelijke bijdrage en door mee- of tegenvallers bij de uitgaven uit het fonds via de nacalculatie. Zorgverzekeraars zullen over 2006 een hogere bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen om te voorkomen dat zij nadeel zouden ondervinden van de onjuiste verdeling van het macroprestatiebedrag over verzekeraars. De Tweede Kamer is hierover geïnformeerd via de antwoorden op de vragen van het lid Schippers (VVD) over de berekening door het CVZ en van de leden Omtzigt en Smilde (beiden CDA) over herverdeling van gelden tussen zorgverzekeraars. Dit leidt tot een negatief saldo in het Zorgverzekeringsfonds in 2006. De inkomensafhankelijke bijdrage en de bijdrage aan de verzekeraars voor het jaar 2007 worden zodanig vastgesteld dat dit tekort in 2007 zal worden weggewerkt, waarbij de helft van het relevante bedrag zal worden opgebracht via de inkomensafhankelijke bijdrage en de andere helft via de nominale premie. Het in de begroting 2007 voorziene saldo van het Zorgverzekeringsfonds is daarnaast het resultaat van ramingen van de inkomensafhankelijke bijdragen en ramingen van de zorguitgaven die leiden tot nacalculatie. Deze beide ramingen laten thans een tegenvaller zien. Beide ramingen zijn echter zeer voorlopig. Doordat in 2006 de Zvw is ingevoerd en door de doorwerking van dbc's is het doortrekken van trends uit het verleden niet goed mogelijk. Ook zijn er nog geen realisatiecijfers beschikbaar op basis waarvan een goede inschatting van beide posten te maken is. Daarom is besloten om het op grond hiervan voorziene negatieve saldo 2006 in het

Zorgverzekeringsfonds niet al in 2007 weg te werken, maar eerst betere cijfers af te wachten die gebaseerd zijn op realisatiecijfers.

5.3 Vereveningsbijdrage en collectieve contracten patiëntenverenigingen

In de zevende voortgangsrapportage heb ik u uitgebreid geïnformeerd over de mogelijke maatregelen in het risicovereveningssysteem om zo goed mogelijk te compenseren voor de hogere kosten van chronisch zieke verzekerden, zoals het opnemen van zeldzame chronische en psychische aandoeningen in het risicovereveningssysteem. Tijdens de bespreking hiervan bij het algemeen overleg op 28 juni jl. hebt u aangegeven dat hogericoverevening een oplossing kan betekenen voor een kleine groep chronisch zieke verzekerden. Ik heb toegezegd naar de mogelijkheid van hogericoverevening te laten kijken. Ik bericht u dat het niet mogelijk is om in het risicovereveningsmodel 2007 daar al rekening mee te houden, omdat er nog veel vragen met betrekking tot hogericoverevening zijn. Bij hogericoverevening mogen verzekeraars van tevoren verzekerden aanwijzen die zij willen poolen. Een voorbeeld van een dergelijke vraag is op welke wijze een eerlijk aantal te poolen verzekerden per verzekeraar bepaald wordt. Deze vraag is vooral interessant als risicoprofielen van verzekeraars sterk van elkaar verschillen. Uitgaan van een vast percentage te poolen verzekerden is dan niet billijk. Ik heb de werkgroep onderzoek risicoverevening wel verzocht in het onderzoeksprogramma ten behoeve van de risicoverevening 2008 te onderzoeken of de systematiek van hogericoverevening al dan niet dient te worden meegenomen in de risicovereveningssystematiek 2008. Volgend jaar, als wordt gerapporteerd over de opzet van de risicovereveningssystematiek 2008, zal ik u nader op dit punt informeren.

5.4 Experiment PGB in Zvw

Tijdens het VAO over de pakketmaatregelen Zvw van 21 juni 2006 is door het lid Schippers een motie ingediend (Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 149). In deze motie wordt de regering verzocht naast onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ook onderdelen van andere vormen van chronische zorg onderdeel te laten uitmaken van het experiment persoonsgebonden budget (pgb) op grond van de Zvw. In reactie daarop heb ik mijn brief van 27 juni 2006 aangegeven waarom ik het experiment heb beperkt tot de ggz (Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 156).

In het algemeen overleg over de voortgang Zvw van 28 juni 2006 heeft mevrouw Schippers opgemerkt dat het vreemd is dat er zoveel wordt overlegd maar dat er toch een groot gat blijft in de informatie die bij overlegpartners en het ministerie aanwezig is.

De motie-Schippers is op 7 juli 2006 door de Tweede Kamer aanvaard. In verband daarmee heeft het kabinet zich beraden of er goede mogelijkheden zijn het experiment uit te breiden. Het kabinet is tot de conclusie gekomen dat het zinvol zou zijn bij wijze van experiment een pgb mogelijk te maken voor een doelgroep die een scala aan hulpmiddelen (duurzame gebruiksartikelen) nodig heeft én voor wie die hulpmiddelen bij voorkeur de enige (of belangrijkste) behoefte aan zorg vormen. Verder zou zo'n groep moeten bestaan uit een relatief groot deel jonge verzekerden die graag een eigen keuze maakt. De doelgroep visueel gehandicapten (met name blinden) voldoet het best aan deze kenmerken. Een persoon met een ernstige visuele beperking (blind of vrijwel blind) kan voor rekening van de zorgverzekering een combinatie van hulpmiddelen zoals computer in- en uitvoerapparatuur (braille), gesproken boek (daisy-speler), blindengeleidehond en mobiliteitshulpmiddelen (taststok) verstrekt of vergoed krijgen. Deze personen bezoeken vaak een gespecialiseerd centrum of

instituut, waar de indicatiestelling, te weten de objectieve beoordeling van de hulpmiddelenbehoefte, goed kan worden onderbouwd ter vaststelling van de hoogte van het pgb. Op grond van deze overwegingen heeft het kabinet besloten met dit besluit ook een experiment voor hulpmiddelenzorg mogelijk te maken voor zover het gaat om op grond van artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen hulpmiddelen die de verzekerde nodig heeft ter compensatie van een ernstige visuele beperking. De hulpmiddelen die daarvoor in de Regeling zorgverzekering zijn omschreven zijn oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteits-hulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiellesapparatuur en geleidehonden.

Op 28 augustus 2006 is met Per Saldo overlegd over het voornemen van het kabinet de motie-Schippers uit te voeren. Dit overleg is constructief verlopen. Per Saldo is positief over de keuze het experiment voor het pgb met hulpmiddelenzorg uit te breiden. Voor Per Saldo is van belang dat het experiment aan gaat tonen dat een pgb meerwaarde heeft boven restitutie achteraf. Daarom mag er geen te beperkte uitleg van zorgverzekeraars zijn. Het pgb moet innovatie mogelijk maken.

Besproken is dat het makkelijker moet zijn een andere uitvoering van een hulpmiddel in te kopen, mits dit hulpmiddel dezelfde functie vervult als het hulpmiddel waarvoor de verzekerde is geïndiceerd. Ook is voorstelbaar dat, als een verzekerde een pgb vraagt voor diverse hulpmiddelen waarvoor hij gezien zijn visuele beperking geïndiceerd is, hij de besteding van het totale pgb-bedrag zelf kan invullen. Zo zou hij bijvoorbeeld een goedkopere brailleleesregel kunnen inkopen en een duurdere geleidestok met sonar. In totaal krijgt hij echter geen hoger budget dan bij restitutie zou worden vergoed. Besteedt een verzekerde meer dan het toegekende budget, dan komen de meerkosten voor eigen rekening.

Naast Per Saldo heb ik ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, ZN, de NZa i.o. en het CVZ per brief op de hoogte gesteld van uitbreiding van het experiment pgb met hulpmiddelen.

Het kabinet deelt de mening van Per Saldo dat het pgb meerwaarde moet hebben boven restitutie. Ik acht dan ook van belang dat zorgverzekeraars een zodanige invulling aan het pgb geven dat kan blijken of het pgb meerwaarde heeft boven restitutie. Ik zal verder de NZa i.o. vragen het pgb goed te volgen en mij daarover te rapporteren in het kader van de monitor Zvw.

5.5 Uitkomst overleg met zorgverzekeraars over lijst gecontracteerde zorg

Preferentiebeleid van verzekeraars ten aanzien van geneesmiddelen of ten aanzien van gecontracteerde zorg brengt met zich mee dat verzekerden niet alleen bij het afsluiten van de verzekering kennis moeten hebben van de geneesmiddelen die vergoed worden en de aanbieders die gecontracteerd zijn, maar ook dat zij worden geïnformeerd over veranderingen die hierin in de loop van het jaar kunnen optreden. De belangrijkste vraag hierbij is hoe een adequate informatievoorziening aan verzekerden kan samengaan met een minimum aan administratieve lasten voor zowel verzekeraars als verzekerden. De NZa i.o. hanteert de lijn dat zorgverzekeraars hun verzekerden in ieder geval actief moeten attenderen op handen zijnde wijzigingen. Dit kan beknopt en in de vorm van persoonlijke brieven maar ook via een nieuwsbrief of een magazine die alle verzekerden bereikt. Om de administratieve last te beperken kan de zorgverzekeraar de verzekerde bij deze attendering voor gewenste detailinformatie verwijzen naar een website of een telefoonnummer. Het louter en alleen publiceren van de wijzigingen op de website, dus zonder actieve attendering, is niet voldoende.

5.6 Inkomensafhankelijke bijdrage zeevarenden

In de zevende voortgangrapportage over de Zvw heb ik u meegedeeld dat ik laat bekijken of er aanleiding is om vanaf 2007 voor zeevarenden een lager percentage inkomensafhankelijke bijdrage dan 4,4 vast te stellen. Er zijn daarover diverse gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de werkgevers van zeevarenden, en met de ministeries van Verkeer en Waterstaat en Financiën.

Uit overleg met het ministerie van Verkeer en Waterstaat is naar voren gekomen dat Nederland naar verwachting binnen twee jaar een nieuw internationaal verdrag (Maritime Labour Convention 2006) beoogt te ratificeren en implementeren. In dat kader zullen de te treffen wettelijke voorzieningen worden gezien, waarbij ook wordt gekeken hoe andere landen omgaan met de redersverplichting. Er zijn landen waar een zeevarende net als iedereen volledig onder het ziektekostenstelsel valt en waar hij eenzelfde bijdrage betaalt. De reder kan de zorgkosten die uit zijn redersverplichting voortvloeien, vervolgens declareren bij de zorgverzekeraar. In andere landen wordt het onderscheid in land- en zeedagen toegepast met daaraan gekoppeld een onderscheid in bijdragepercentage; nul voor zeedagen en volledig voor landdagen. Omdat er een nieuw internationaal verdrag tot stand is gekomen, heeft de regeling voor 2007 en 2008 een tijdelijk karakter. Met de implementatie van het nieuwe verdrag kan de positie van zeevarenden structureel, en rekening houdend met het stelsel, geregeld worden.

Relevant is dat de reder met de redersverplichting een deel van het risico op zorgkosten overneemt van de zorgverzekeraar. Op grond hiervan is een korting op de inkomensafhankelijke bijdrage of op de nominale premie van de zeevarende gerechtvaardigd. Aangezien er voor gekozen is de nominale (reken)premie voor iedereen die een zelfde variant van een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar heeft gesloten, gelijk te houden, is alleen een korting op het percentage inkomensafhankelijke bijdrage mogelijk.

Om te meten welk deel van de kosten van zeevarenden vergoed wordt op grond van de redersverplichting, is aan vertegenwoordigers van het Platform Maritiem verzocht inzicht te geven in de kosten die scheepseigenaren/rompbevrachters op het terrein van de gezondheidszorg op grond van wettelijke regels moeten maken. De door de reders aangeleverde cijfers maken aannemelijk dat de ondernemers in de maritieme sectoren op grond van hun (wettelijk opgelegde) redersverplichting bij benadering 50% van de kosten van gezondheidszorg voor zeelieden voor hun rekening nemen. Ook valt hieruit af te leiden dat deze rederskosten in de buurt komen van een inkomensafhankelijke bijdrage van 6,5%. Het is daarom redelijk de inkomensafhankelijke bijdrage voor zeevarenden met ingang van 2007 vast te stellen op 0%. Het resterende risico op zorgkosten kan de zorgverzekeraar waar de zeevarende zich inschrijft, dekken met de door hem in rekening gebrachte nominale premie (inclusief no-claim). Ik zal de Regeling zorgverzekering op dit punt wijzigen. Uit oogpunt van risicosolidariteit is het wel gewenst dat de zeevarende meeloopt in de risicoverevening. Aangezien de zeevarende een nominale premie voor zijn zorgverzekering betaalt, komt hij, net als elke andere verzekerde, in aanmerking voor zorgtoeslag.

Mevrouw Schippers heeft tijdens het algemeen overleg over de Zvw van 27 april 2006 de mogelijkheid aangedragen om een oplossing via de fiscaliteit te zoeken. Over dit punt heb ik overleg gevoerd met het ministerie van Financiën. Daaruit is gebleken dat er geen reële mogelijkheden zijn een oplossing te bereiken in de fiscaliteit.

5.7 Percentage inkomensafhankelijke bijdrage DGA

Besloten is dat de directeur-grotaandeelhouder gaat vallen onder het verlaagde tarief van de inkomensafhankelijke bijdrage. Tijdens het algemeen overleg op 27 april 2006 over de voortgang van de Zvw¹ is de Kamer hierover geïnformeerd. Bij die gelegenheid is ook gemeld dat zou worden gezien of het mogelijk zou zijn om dit per 1 januari 2007 te laten ingaan, maar dat dit misschien niet zou lukken. Uit nader onderzoek van de Belastingdienst is inderdaad gebleken dat het niet mogelijk is om deze systeemwijziging per 2007 door te voeren. Daarom zal voor 2007 een alternatieve lastenverlichting voor de doelgroep worden gegeven. Hierover wordt de Kamer geïnformeerd in het Belastingplan.

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 92.