

BIJLAGE 1: BRIEF AAN MENZIS

Menzis
Voorzitter Raad van Bestuur
mr. R.H.L.M. van Boxtel
Postbus 40165
8004 DD ZWOLLE

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
PTZ-2584013	drs. T. Livius MPA	070-3405958	10 mei 2005
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Invoering Zorgverzekeringswet			

Geachte heer Van Boxtel,

Op 13 december jl. heeft u een opiniestuk onder de aandacht gebracht van de Vaste Kamercommissie voor VWS. Tijdens het debat met de Tweede Kamer over de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag heeft de heer Bakker mij verzocht te reageren op dit stuk. Hierbij voldoe ik aan dit verzoek. Een afschrift van deze brief zal ik doen toekomen aan de voorzitter van de Tweede Kamer.

In uw stuk wijst u op de gereguleerde marktwerking als fundament van de zorgverzekering, via concurrentie tussen zorgverzekeraars op basis van de polissen en premies en via onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en –aanbieders. Ook wijst u op de keuzevrijheid voor verzekerden als tweede fundament van de zorgverzekering. Vervolgens spreekt u de zorg uit dat deze twee fundamenten zich niet goed tot elkaar verhouden, omdat de Zorgverzekeringswet de functie van zorginkoper van de zorgverzekeraar wel mogelijk maakt, maar deze niet waarborgt.

U gaat vervolgens in het bijzonder in op het loslaten van de verplichting om contracten te sluiten tussen zorgverleners en zorgverzekeraars en u wijst daarbij op huisartsen, fysiotherapeuten en andere zorgverleners. U spreekt de vrees uit dat het invoeren van contracteervrijheid een beperking vormt van de mogelijkheden van zorgverzekeraars om kwalitatief goede en betaalbare zorg in te kopen, zeker wanneer er sprake is van schaarste aan zorgverleners. Contracteervrijheid zou dan ook voorzichtig ingevoerd moeten worden in markten waar dit kan.

In reactie hierop wil ik graag het volgende opmerken. Artikel 12 van de Zorgverzekeringswet maakt het mogelijk om bij algemene maatregel van bestuur ter bescherming van het algemeen belang vormen van zorg of overige diensten aan te wijzen die de zorgverzekeraar slechts verstrekt of vergoedt indien tussen hem en de aanbieder een overeenkomst over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs is gesloten, dan wel indien de aanbieder bij hem in dienst is. Tevens kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden

aangewezen waarvoor de zorgverzekeraar met iedere instelling die binnen zijn werkgebied is gelegen of waarvan zijn verzekerden naar verwachting regelmatig gebruik zullen maken, op haar verzoek een overeenkomst sluit. Een vergelijkbare verplichting kan worden opgelegd aan de instelling. Dit wordt ook wel de (omgekeerde) contracteerplicht genoemd.

Het is inderdaad zo dat ik vooralsnog niet van plan ben deze delegatiebepalingen te gebruiken. Deze afweging heeft zorgvuldig plaatsgevonden, mede in het licht van mogelijke consequenties voor de ontwikkeling van de zorguitgaven. Een belangrijke overweging is dat er sprake is van een privaatrechtelijke verzekering, waarbij de overheid terughoudendheid dient te betrachten bij het opstellen van nadere regelgeving. Ik wijs erop dat vanuit de verzekeraarswereld, waaronder door Zorgverzekeraars Nederland, op terughoudendheid in dezen is aangedrongen, mede met het oog op de restitutiepraktijk in het huidige particuliere verzekeraarssegment en de administratieve last van de in de Ziekenfondswet opgenomen plicht in het gehele werkgebied zorg in natura aan te bieden. Door het contracteren van zorgaanbieders niet meer op te leggen, kunnen verzekeraars besluiten verzekerden vrij tussen zorgaanbieders te laten kiezen in die gevallen, waarin contracteren ondoelmatig zou zijn. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn indien in een provincie van het werkgebied slechts weinig verzekerden wonen.

Verder wil ik er graag op wijzen dat het laten vervallen van de (omgekeerde) contracteerplicht vooral een verruiming betekent voor het zo geheten A-segment van de ziekenhuismarkt. Immers, voor individuele beroepsbeoefenaren geldt deze vrijheid al veel langer en ook voor het B-segment van de ziekenhuismarkt is de (omgekeerde) contracteerplicht inmiddels losgelaten. Bovendien leidt de invoering van de Zorgverzekeringswet niet tot een wijziging van de prijsregulering op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg. Dit betekent onder meer dat voor 90% van de ziekenhuisproductie per 1 januari 2006 nog gewoon sprake zal zijn van prijsregulering. Ik heb de Tweede Kamer laten weten de prijsderegulering slechts geleidelijk en weloverwogen te zullen uitbreiden. Tot slot wijs ik op de oprichting van de Zorgautoriteit, die zal waken over de werking van de markten in de zorg.

U noemt nog een tweede reden die maakt dat de Zorgverzekeringswet de functie van zorginkoper van de zorgverzekeraar onvoldoende zou waarborgen. Daarbij wijst u op een toezegging mijnerzijds dat een polis op grond waarvan de verzekerde zijn zorg van gecontracteerde zorgaanbieders dient te betrekken, ontbonden mag worden door de verzekerde, indien er met wezenlijke zorgaanbieders geen contract bestaat. Het voorgenomen beleid onder de Zvw heb ik toegelicht aan de Tweede Kamer in de nota naar aanleiding van het verslag op de Zvw.¹ Onder de Zvw heeft een verzekerde het recht om de zorgverzekeringsovereenkomst op te zeggen, indien de zorgverzekeraar, zonder dat regelgeving van de overheid daartoe aanleiding geeft, de invulling van het verzekeringspakket ten nadele van de verzekerde wijzigt. De verzekerde dient daarbij wel de eisen van redelijkheid en billijkheid in acht te nemen. Nadere concretisering van deze eisen zal plaatsvinden in de praktijk door rechterlijke toetsing. Op voorhand valt aan te

¹ Kamerstukken II 2005/05, 29 763, nr. 7, p.37.

geven dat het moet gaan om een voor de desbetreffende verzekerde wezenlijke wijziging van de zorgverzekeringsovereenkomst. Zo zal, indien de verzekerde krachtens de overeenkomst voor een bepaalde vorm van zorg naar vele zorgaanbieders mag, louter het vervangen van één van die zorgaanbieders door een nieuwe onvoldoende grond zijn voor opzegging. Dat kan anders liggen indien de verzekerde voor die vorm van zorg slechts naar twee zorgaanbieders mag, of het bijvoorbeeld gaat om een arts waarbij de verzekerde op dat moment in behandeling is dan wel een huisarts waarmee de verzekerde al jaren is verbonden. Gelet op de eisen van redelijkheid en billijkheid lijkt de kans klein dat verzekerden gedurende het contractjaar in groten getale hun zorgverzekeringsovereenkomst zullen opzeggen.

Tot slot vreest u prijsverhogingen als gevolg van de door het amendement-Schippers mogelijk gemaakte restitutie van kosten bij een niet-gecontracteerde zorgverlener. Ziekenhuizen die een té hoge prijs vragen, krijgen wellicht geen contract met de zorgverzekeraar, maar kunnen naar uw mening de verzekerde toch een rekening sturen met de hoge prijs. U stelt dat een verzekeraar weliswaar aan de betaling van de rekening voorwaarden mag verbinden, maar onmogelijk aan de verzekerde kan uitleggen dat deze bepaalde kosten voor eigen rekening moet nemen. Het amendement-Schippers heeft betrekking op de Ziekenfondswet. Uw opiniestuk richt zich op de behandeling van de Zorgverzekeringswet. Daarop concentreer ik dan ook mijn beantwoording. Onder de Zorgverzekeringswet is de vertaling van het amendement-Schippers gezien in het licht van de keuze die een verzekeringsplichtige heeft uit natura- en restitutiepólissen. Sluit een burger, bijvoorbeeld omdat daar een aantrekkelijke premie tegenover staat, een zorgverzekering volgens welke hij zorg dient te betrekken van door zijn verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, dan kan worden beargumenteerd dat zijn verzekeraar niet hoeft te betalen indien hij desalniettemin naar een andere zorgaanbieder is gegaan. Met het oog op keuzeruimte voor de verzekerde regelt artikel 13 van de Zvw dat de verzekeraar toch tot een prestatie - te weten: vergoeding van de rekening - gehouden is indien de verzekerde, ondanks het uitgangspunt in zijn zorgverzekeringsovereenkomst, naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wil. Het ligt in de rede dat de vergoeding dan niet volledig hoeft te zijn. Zou deze wel volledig moeten zijn, dan zou het aanbieden van zorgverzekeringen met gecontracteerde zorg inderdaad geen zin meer hebben, met als gevolg dat het tegenwicht dat zorgverzekeraars door middel van hun inkoopcontracten aan zorgaanbieders kunnen geven, niet tot stand zou komen. Ik verwacht dat Menzis en andere zorgverzekeraars goed in staat zullen zijn om aan hun verzekerden uit te leggen welke polissen worden aangeboden en wat de bijbehorende mogelijkheden en verplichtingen zijn.

Ik spreek mijn verwachting uit dat ik met deze brief uw zorgen heb kunnen wegnemen. Rest mij u te danken voor de steun die u in uw nota uitspreekt.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,

Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

BIJLAGE 2: GELIJK SPEELVELD ZORGVERZEKERAARS

1. Over de gelijkheid van het speelveld bij maatschappelijke ondernemingen en ondernemingen met winstoogmerk

Bij de stemmingen over de Zvw op 21 december 2004 aanvaardde uw Kamer de motie van de leden Omtzigt (CDA) en Bakker (D66) waarin de regering wordt verzocht vóór de behandeling van de I&A-wet Zvw met een voorstel te komen waarmee een gelijk speelveld wordt gecreëerd tussen maatschappelijke ondernemingen en ondernemingen met winstoogmerk.² Hieronder is verondersteld dat de genoemde motie betrekking heeft op zorgverzekeraars.

Het begrip ‘gelijk speelveld’ is voor meerdere uitleg vatbaar.³ Het kan gaan om een gelijk speelveld in termen van regels of een gelijk speelveld in termen van uitkomsten. Hieronder wordt uitgegaan van een gelijk speelveld in termen van regels. Een van de doelstellingen van het nieuwe verzekeringsstelsel is immers dat zorgverzekeraars concurreren om de gunst van verzekerden. Het verwachte resultaat van zorgverzekeraars is afhankelijk van de uitkomst van die concurrentie om de gunst van verzekerden.

Bij dit gelijke speelveld is het niet de bedoeling om alle ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars die als zorgverzekeraar willen doorgaan in een exact gelijke uitgangspositie te brengen. Daarnaast is het niet mogelijk om nu alle benodigde maatregelen te bepalen voor een gelijk speelveld in de toekomst, omdat de eindsituatie zal afwijken van de huidige situatie. Wel dienen bestaande ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars levensvatbaar aan de introductie van het nieuwe verzekeringsstelsel te kunnen beginnen.

Voor de beoordeling van de vraag of de bestaande ziektekostenverzekeraars levensvatbaar aan de uitvoering van de Zvw kunnen beginnen, is het niet doorslaggevend of het gaat om maatschappelijke ondernemingen of ondernemingen die met winstoogmerk opereren.⁴

Aan het opereren met een winstoogmerk zijn voor zorgverzekeraars immers diverse aspecten verbonden. Een belangrijk voordeel is dat zorgverzekeraars die streven naar uitkeerbare winst gemakkelijker risicodragend kapitaal kunnen aantrekken. Dit kan op zijn beurt weer investeringen in de zorg bevorderen. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars met winstoogmerk vennootschapsbelasting verschuldigd zijn (tenzij de behaalde winst wordt aangewend voor instellingen ten bate van de volksgezondheid). Dat deze aspecten niet zonder meer in de richting van het een of het ander wijzen, blijkt ook uit de gemaakte keuzen terzake van de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars:

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29763 nr. 53.

³ Centraal Planbureau, Equal rules or equal opportunities? Demystifying level playing field, oktober 2003.

⁴ In zijn ontwerpadvies over ondernemerschap in de publieke dienstverlening (februari 2005) hanteert de Sociaal Economische Raad de term ‘maatschappelijke ondernemingen’ bewust niet, om de suggestie te vermijden dat een bepaalde rechtsvorm in het bijzonder geschikt zou zijn voor aanbieders van diensten van publiek belang.

ongeveer 2/3 van de particuliere ziektekostenverzekeraars opereert met winstoogmerk en circa 1/3 opereert zonder winstoogmerk.⁵ Het onderscheid tussen maatschappelijke ondernemingen en op winst gerichte ondernemingen is voor de discussie over gelijk speelveld dus minder relevant. Daarom zal hieronder vooral worden gezien of bij de inwerkingtreding van de Zvw sprake is van een gelijk speelveld tussen voormalige ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars op andere, mogelijke relevante aspecten.

Paragraaf 2 bevat een beknopte schets van de relatie tussen regulering gericht op de borging van de publieke belangen in de Zvw en een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. In paragraaf 3 komen vervolgens de startposities van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars aan de orde. Paragraaf 4 bevat tot slot de belangrijkste conclusies.

2. Relatie borging publieke belangen en gelijk speelveld

De introductie van marktprikkels in het zorgstelsel vereist dat de overheid de randvoorwaarden vastlegt en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op systeemniveau bewaakt. De borging van deze belangen is in de context van de beoogde concurrentie immers niet vanzelfsprekend. Er zal in meer of mindere mate regulering en toezicht nodig zijn. Bij zorgverzekeraars is vooral de regulering gericht op financiële toegankelijkheid en doelmatigheid van belang. De regelgeving bij en het toezicht op kwaliteit – het derde publiek belang – zijn primair gekoppeld aan de zorgaanbieders.⁶ Bij de beoordeling van de vraag of er een gelijk speelveld is tussen de verschillende zorgverzekeraars, is dus vooral de regulering gericht op financiële toegankelijkheid en doelmatigheid van belang.

Om een voor alle Nederlanders gelijke toegang tot de gezondheidszorg te kunnen waarborgen voorziet de Zvw in een aantal plichten waar zorgverzekeraars aan moeten voldoen.⁷ Het wettelijk voorgeschreven verzekerde pakket, de acceptatieplicht, de verplichting om voor één polis dezelfde nominale premie in rekening te brengen ongeacht de kenmerken van de verzekerden en de verplichte deelname aan het risicovereveningsfonds zijn de belangrijkste. Deze verplichtingen zijn niet alleen van belang voor de (financiële) toegankelijkheid, maar ook voor de doelmatigheid. Door de genoemde wettelijke plichten zijn er voor zorgverzekeraars marktprikkels voor het doelmatig contracteren, organiseren en verlenen van zorg. Dat is, naast serviceverlening, het terrein waarop zorgverzekeraars zich het duidelijkst van elkaar kunnen onderscheiden en langs welke weg zij een aantrekkelijke premie kunnen vaststellen.

⁵ Ziekenfondsen zijn verplicht om zonder winstoogmerk te opereren.

⁶ Dit laat uiteraard onverlet dat indien zorgverzekeraars polissen met gecontracteerde zorg aanbieden, zij bij hun contracteerbeleid de kwaliteit van de geleverde zorg door zorgaanbieders laten meewegen.

⁷ Het begrip toegankelijkheid wordt hier belicht vanuit de verzekeringskant van het zorgstelsel. Er is ook nog een toegankelijkheidsdimensie vanuit het aanbod (voldoende beschikbaarheid). Van deze dimensie van toegankelijkheid wordt hier geabstraheerd.

Omdat de genoemde verplichtingen voor alle (binnenlandse én buitenlandse) zorgverzekeraars in gelijke mate gelden, is in dit opzicht sprake van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars.

3. Startpositie zorgverzekeraars

Het voorgaande laat onverlet dat de uitgangspositie van de huidige ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars op onderdelen van elkaar verschillen:

- a. Omvang van het aantal verzekerden
- b. Landelijke versus regionale marktorientatie
- c. Wel of niet deel uitmaken van een multi-brancheorganisatie
- d. Wel of geen ervaring met zorginkoop
- e. Verschil in distributiekanaal
- f. Specialisatie in collectieve contracten
- g. Mate van solvabiliteit (omvang reserves)
- h. Risicoprofiel verzekerdenbestand

Deze verschillen kunnen bij de overgang leiden tot verschillen in premiestelling en serviceverlening. Hieronder zullen deze verschillen op beknopte wijze worden toegelicht. Volledigheidshalve zullen daarbij ook de huidige publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars aan de orde komen.

3a Omvang van het aantal verzekerden

Onderstaande tabel laat zien dat er thans aanzienlijke verschillen zijn in de omvang van het aantal verzekerden van ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars.

Tabel 1: Ziektekostenverzekeraars uitgesplitst naar grootteklassen, cijfers 2004

	Aantal verzekerden				totaal
	<100.000	>100.000 en <500.000	>500.000 en <1.000.000	>1.000.000	
Ziekenfondsen	7	7	5	3	22 ¹
Particulier	18	10	2	1	31
Publiekrechtelijk		2	1		3
Totaal	25	19	8	4	56

Bron: VWS op basis van gegevens CVZ.

¹ Inclusief AZVZ (het Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden).

Voor ziektekostenverzekeraars geldt dat zij vaak in concernverband aan elkaar gelieerd zijn (zie tabel 2).

Tabel 2: Marktaandelen (in termen van aantallen verzekerden) in concernverband, cijfers 2004

	Aandeel
5 grote concerns	71,7%
4 middelgrote concerns	15,7%
3 ziekenfondsen met een kleine particuliere portefeuille	8,9%
2 ziekenfondsen	1,5%
6 particuliere ziektekostenverzekeraars	0,6%
2 publiekrechtelijk	1,6%

Bron: VWS op basis van gegevens CVZ.

3b Landelijke versus regionale oriëntatie

Er zijn kleine, regionaal geconcentreerde ziektekostenverzekeraars en er zijn grote, landelijk werkende ziektekostenverzekeraars (zowel ziekenfondsen als particulier). Andersom zijn er ook grote, regionaal geconcentreerde ziektekostenverzekeraars en kleine, landelijk werkende ziektekostenverzekeraars (ziekenfondsen en particulier). Onderstaande tabel geeft weer welke concerns in welke regio concentraties hebben. De aangegeven concentraties vallen samen met de oorspronkelijke werkgebieden van de genoemde ziekenfondsen. Bij particuliere ziektekostenverzekeraars is er vaak minder sprake van regionale concentratie. De publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars werken landelijk.

Tabel 3: Zorgverzekeraars met regionale concentratie

Concern -Zorgverzekeraar ¹	Regionale concentratie
VGZ VGZ Trias	Nijmegen, Tilburg, Den Bosch, Noord-Limburg Midden-Holland, Dordrecht
Achmea Groene Land-PWZ Zilveren Kruis	Drenthe, West Overijssel, Flevoland, Zaanstreek/Waterland Kennemerland, Rotterdam
CZ CZ	Zeeland, Eindhoven, Zuid-Limburg
Menzis Geové Amicon	Groningen Twente, Zuid Gelderland
Agis Agis	Utrecht, Almere, 't Gooi, Amsterdam, Noord Gelderland
Univé	Noord Noord-Holland
Delta Lloyd/OHRA Delta Lloyd/OHRA	Haaglanden
OZ	Zuid-Hollandse eilanden, Breda e.o.
Fortis DSW	Delft, Schieland
Zorg & Zekerheid	Amstel- en Meerlanden, Leiden
De Friesland	Friesland
Azivo	Haaglanden
Salland	Deventer

Bron: Vektis in Themadossier Gezondheidszorg, NRC Handelsblad.

¹ De vetgedrukte namen geven de namen van concerns weer en de niet -vetgedrukte namen de namen van ziektekostenverzekeraars.

3c Wel of niet deel uitmaken van een multi-brancheorganisatie

Multi-brancheorganisaties zijn concerns die behalve ziektekostenverzekeringen ook andere schade- en levensverzekeringen verkopen en vaak ook een eigen bank, arbodienst en

reïntegratiebedrijf bezitten. Het is voor multi-brancheorganisaties eenvoudiger om verzekeringen af te sluiten dan voor zogeheten ‘stand alone’ verzekeraars. Een ziektekostenverzekeraar die onderdeel is van een multi-brancheorganisatie kan voor het afsluiten van ziektekostenverzekeringen immers gebruik maken van de relatie die de verzekerde al met een van de andere binnen het concern opererende verzekeraars heeft. Voor het afsluiten van collectieve contracten in met name het midden- en kleinbedrijf, is het in één organisatie aanwezig zijn van zowel een verzuim- of inkomensverzekeraar als een ziektekostenverzekeraar een pré. Particuliere ziektekostenverzekeraars maken vaker deel uit van multi-brancheorganisaties dan ziekenfondsen.

3d Wel of geen ervaring met zorginkoop

Ziekenfondsen hebben de verplichting er voor te zorgen dat hun verzekerden hun aanspraken op zorg ook daadwerkelijk waar kunnen maken. Ziekenfondsen moeten daarom zorg voor hun verzekerden inkopen. Particuliere ziektekostenverzekeraars hebben daarentegen niet de verplichting om zorg voor hun verzekerden te contracteren. Zij vergoeden de kosten van de genoten zorg van hun verzekerden. Ziekenfondsen zijn daardoor gewend te werken met naturapolissen. Particuliere ziektekostenverzekeraars werken vooral met restitutiepolissen. Dit geldt ook voor publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. Zij werken met restitutiepolissen en kopen zelf geen zorg in. Er zijn overigens ook ziektekostenverzekeraars die een deel van hun zorginkoop gezamenlijk oppakken. Voorbeelden daarvan zijn Multizorg en de Vereniging van Regionale Zorgverzekeraars.

3e Verschil in distributiekanaal

Particuliere ziektekostenverzekeraars werken in vergelijking met ziekenfondsen vaker met intermediairs (bemiddelaars). Maar ook binnen particuliere ziektekostenverzekeraars zijn er verschillen. Er zijn particuliere ziektekostenverzekeraars die vooral via direct writing werken en particuliere ziektekostenverzekeraars die met intermediairs werken.⁸ Er is een ontwikkeling gaande waarbij vrijwel alle ziektekostenverzekeraars zowel via direct writing als met intermediairs werken. Werknemers bij gemeenten, provincies en politie zijn verplicht verzekerd via publiekrechtelijke verzekeraars. Publiekrechtelijke verzekeraars hoeven dus geen ziektekostenpolissen te ‘verkopen’. Deze ziektekostenverzekeraars bieden overigens aan gezinsleden die niet onder de publiekrechtelijke regeling vallen, vergelijkbare private ziektekostenpolissen aan.

3f Specialisatie in collectieve contracten

Particuliere ziektekostenverzekeraars werken in vergelijking met ziekenfondsen vaker met collectieve contracten. De bewegingsvrijheid van ziekenfondsen op dit terrein is beperkt tot de aanvullende verzekering, terwijl de particuliere ziektekostenverzekeraars het basispakket en aanvullend pakket in één collectief arrangement kunnen gieten. Afgezien van de inhoud van de collectieve contracten is het percentage ziekenfondsverzekerden dat deelneemt aan een collectief contract beduidend kleiner dan het percentage particulier verzekerden (zie

⁸ Direct writing wil zeggen dat de verzekeraar direct, via internet, telefoon of brieven, met de (aspirant-)verzekerde communiceert.

onderstaande tabel). Publiekrechtelijke verzekeraars onderhandelen met potentiële deelnemers over het wel of niet deelnemen aan de publiekrechtelijke regeling. Deze deelnames kunnen gezien worden als collectieve contracten.

Tabel 4: Percentage verzekerden met een collectief contract, cijfers 2003

	Percentage verzekerden met collectief contract
Particulier	54,9%
Ziekenfondsen	11,3%

Bron: Vektis, Zorgmonitor, Jaarboek 2004

3g *Mate van solvabiliteit (omvang reserves)*

In de Zvw geldt voor alle zorgverzekeraars dezelfde minimaal vereiste solvabiliteit van 8 procent van de gemiddelde totale schade over de afgelopen drie jaar. De huidige solvabiliteitseisen voor ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke verzekeraars lopen uiteen. De ziekenfondsen kennen een vereiste minimum solvabiliteitseis van ongeveer 5,6 procent van de totale schade. Particuliere ziektekostenverzekeraars dienen ongeveer 24 procent van de totale schade aan solvabiliteit aan te houden. Voor de WTZ-schade geldt overigens een eis van 8 procent van de schade. Voor publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars gelden geen eisen, maar de besturen proberen tussen de 10 en 20 procent van de schade aan solvabiliteit aan te houden.

Al met al betekent dit dat de startpositie van de verschillende toetredende uitvoerders in de Zvw aanzienlijk kunnen verschillen. Naast het verschil in eisen blijken ziekenfondsen slechts een beperkte mate van oversolvabiliteit te kennen. Particuliere ziektekostenverzekeraars daarentegen beschikken vaak over een aanzienlijke oversolvabiliteit.

Op basis van voorlopige cijfers over 2004 blijkt dat voor ziekenfondsen een solvabiliteitseis in de Zvw geldt van €1,3 miljard. In totaal kennen ziekenfondsen dan nog een oversolvabiliteit van circa €400 miljoen. Particulieren zullen op basis van cijfers 2003 een solvabiliteitseis van ongeveer €500 miljoen kennen. Dit betekent dat ze per 1 januari 2006 een oversolvabiliteit van €2,5 miljard hebben.

3h *Risicoprofiel verzekerdenbestand*

Ziekenfondsen zijn wettelijk verplicht iedereen die aan de wettelijke eisen voldoet te accepteren en iedereen dezelfde nominale premie in rekening te brengen. Particuliere ziektekostenverzekeraars hebben daarentegen (met uitzondering van de WTZ) geen acceptatieplicht en kunnen de premies van hun polissen afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekerden vaststellen.

Gegeven deze verschillen ligt het in de rede te veronderstellen dat het risicoprofiel van de verzekerden van ziekenfondsen afwijkt van dat van particuliere ziektekostenverzekeraars. Dit blijkt ook uit tabel 5: ziekenfondsen hebben relatief meer uitkeringsgerechtigden en

65-plussers (dit zijn vaak mensen met een ongunstig risicoprofiel) in hun verzekerdenbestanden dan particuliere ziektekostenverzekeraars. De betreffende percentages liggen duidelijk hoger dan het landelijke percentage Zfw-verzekerden (63,8%).

Tabel 5: Risicoprofiel ziekenfondsen, aantallen 2004

	Zfw-verzekerd	Niet Zfw –verzekerd	Totaal
Uitkeringsgerechtigden WW, ABW/IOAW/IOAZ/WIK	91,7%	8,3%	100%
Arbeidsongeschikten:	82,0%	18,0%	100%
Personen van 65 jaar en ouder:	70,9%	29,1%	100%
Totaal	63,8%	36,2%	100%

Bron: VWS op basis van gegevens van het CVZ en het CBS.

¹ De cijfers in deze kolom betreffen zowel mensen die via een particuliere ziektekostenverzekeraars verzekerd zijn als via publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. Daarbij kan worden opgemerkt dat publiekrechtelijke verzekerden die een uitkering gaan ontvangen in de regel publiekrechtelijk verzekerd blijven.

4 Eventuele gevolgen verschillen in startpositie voor gelijke speelveld zorgverzekeraars

Uit de vorige paragraaf is gebleken dat ziektekostenverzekeraars op diverse punten van elkaar verschillen. In deze paragraaf staat de vraag centraal of de geconstateerde verschillen van belang zijn voor het gelijke speelveld van zorgverzekeraars. Afhankelijk van het onderwerp is bij de beantwoording van deze vraag een van de onderstaande aspecten van belang:

- Biedt de Zvw zorgverzekeraars de mogelijkheid om eigen keuzes te maken ten aanzien van de wijze waarop zij de Zvw willen uitvoeren? Indien deze vraag bevestigend kan worden beantwoord, dan is het betreffende onderwerp niet van belang voor het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars.
- Vormen de verplichtingen uit de Zvw een belemmering voor zorgverzekeraars om de Zvw op succesvolle wijze uit te voeren? Indien deze vraag bevestigd kan worden beantwoord, dan is het betreffende onderwerp wel van invloed op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars.

Omvang van het aantal verzekerden en landelijke versus regionale marktorientatie

Zorgverzekeraars met meer dan 850.000 verzekerden in hun portefeuille zijn op grond van de Zvw verplicht om landelijk te werken. Zorgverzekeraars met minder dan 850.000 verzekerden mogen desgewenst hun werkgebied beperken tot één of meer hele provincies. Hierdoor — en door de hieronder te bespreken keuzevrijheid ten aanzien van de invulling van de zorgplicht — kunnen kleine, vaak hoofdzakelijk regionaal actieve, ziekenfondsen hun werkzaamheden als zorgverzekeraar continueren en desgewenst geleidelijk uitbreiden. Deze bepaling beperkt tevens het gevaar van monopolievorming binnen één provincie, omdat zij de toetreding van nieuwe zorgverzekeraars vergemakkelijkt. Deze nieuwe toetreders kunnen als luis in de pels van eventuele dominante zorgverzekeraars optreden. De omvang van het aantal verzekerden en de marktorientatie van zorgverzekeraars kunnen daarom niet als een ongelijkheid van het speelveld voor zorgverzekeraars worden aangemerkt.

Wel of niet deel uitmaken van een multi-brancheorganisatie

Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 dient een verzekeraar, en dus ook een zorgverzekeraar, de rechtsvorm te hebben van een onderlinge waarborgmaatschappij, de naamloze vennootschap of de Europese vennootschap. Voor het overige stelt de wetgever geen eisen aan de vorm waarin een zorgverzekeraar zijn bedrijf uitoefent. Zorgverzekeraars mogen dus zelf bepalen of zij als 'stand alone' verzekeraar willen opereren of dat zij onderdeel uitmaken van een multi-brancheorganisatie. Het wel of niet deel uit maken van een multi-brancheorganisatie is daarom niet van invloed op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars.

Wel of geen ervaring met zorginkoop

Zorgverzekeraars kennen op grond van de Zvw een zorgplicht. Zorgverzekeraars kunnen op twee manieren aan deze zorgplicht voldoen, namelijk door het contracteren van zorg of door het restitueren van de kosten van genoten zorg. Omdat zorgverzekeraars zelf mogen kiezen op welke wijze zij aan hun zorgplicht voldoen, is het wel of geen ervaring hebben met zorginkoop is daarom niet van invloed op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars.

Verskil in distributiekanaal

De Zvw legt geen enkele verplichting aan zorgverzekeraars op ten aanzien van de wijze waarop overeenkomsten met verzekeringsplichtigen afgesloten dienen te worden. Zorgverzekeraars mogen dus zelf bepalen of zij overeenkomsten willen afsluiten via direct writing of via intermediairs of via een combinatie van beiden. Het verschil in distributiekanaal is daarom evenmin van invloed op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars.

Specialisatie in collectieve contracten

De Zvw voorziet in de mogelijkheid dat zorgverzekeraars collectieve contracten aanbieden. De korting op collectieve contracten mag maximaal 10% van de nominale premie bedragen. Zorgverzekeraars mogen zelf bepalen of zij collectieve contracten willen aanbieden en, met inachtneming van de hiervoor genoemde maximale korting, tegen welke korting. Gegeven deze keuzevrijheid is de specialisatie in collectieve contracten niet van invloed op het gelijke speelveld.

Mate van solvabiliteit (omvang reserves)

Met de inwerkingtreding van de Zvw gelden voor alle zorgverzekeraars dezelfde solvabiliteitseisen. Zorgverzekeraars moeten namelijk ongeveer 8 procent van de schade als solvabiliteitsmarge aanhouden. Deze eisen zijn hoger dan de solvabiliteitseisen op grond van de Zfw maar lager dan de eisen die gelden voor particuliere ziektekostenverzekeraars. Ondanks het feit dat ziekenfondsen de opgebouwde wettelijke reserve bij de inwerkingtreding van de Zvw mogen inbrengen mits ze deze zonder winst oogmerk uitvoeren, betekent dit dat particuliere ziektekostenverzekeraars bij de inwerkingtreding een grotere financiële buffer zullen hebben dan ziekenfondsen. Een

beperkt aantal ziekenfondsen zullen zoals het zich nu laat aanzien slechts net voldoende vermogen hebben om (direct) aan de zwaardere vermogenseisen te voldoen.

Deze verschillen in de solvabiliteit van de huidige ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars zouden tot een ongelijkheid van het speelveld kunnen leiden. De reden daarvan is dat voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars met een hogere dan wettelijke vereiste solvabiliteit polissen met een lagere premie dan voormalige ziekenfondsen zouden kunnen aanbieden. Dit zal in de praktijk naar verwachting echter nauwelijks voorkomen en wel om de volgende redenen. In de eerste plaats is een daling van de reserves van een zorgverzekeraar voor DNB vaak al een signaal om alert te zijn en de verzekeraar in kwestie te wijzen op de insolventierisico's voor de langere termijn. Naar verwachting zullen zorgverzekeraars een premiebeleid voeren dat in overeenstemming is met de voor de langere termijn benodigde reserves. Bovendien geldt dat veel particuliere verzekeraars in een concern met andere verzekeraars en/of banken zijn gelieerd aan ziekenfondsen. DNB houdt op concerns groepstoezicht om te waarborgen dat de soliditeit van deze concerns gewaarborgd is. Dit betekent dat de financiële sterke onderdelen van concerns (in dit geval de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars), bijvoorbeeld door het verstrekken van achtergestelde leningen, verplicht zijn om de financiële minder sterke onderdelen van het betreffende concern (bijvoorbeeld de voormalige ziekenfondsen) te ondersteunen. Verder ziet de NMa er op toe dat zorgverzekeraars geen misbruik maken van een eventuele economische machtspositie.

Risicoprofiel verzekerdenbestand

Zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren zijn net als de huidige ziekenfondsen wettelijk verplicht iedereen die aan de wettelijke eisen voldoet, te accepteren. Deze verplichting kan tot een ongelijk speelveld leiden als de huidige verschillen in het risicoprofiel van de verzekeringsportefeuilles van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars blijven bestaan doordat de meeste verzekerden bij de inwerkingtreding van de Zvw het aanbod van hun huidige verzekeraar accepteren. Om dit te voorkomen wordt evenwel een risicovereveningssysteem toegepast. Dit systeem, dat vergelijkbaar is met het vereveningssysteem in de huidige Zfw, verevent de verschillen in gezondheidsrisico van verzekerden. Door de risicoverevening zijn huidige én toekomstige verschillen in risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille van zorgverzekeraars niet van invloed op het gelijke speelveld.

5 Samenvatting

Uit het voorgaande is gebleken dat de huidige ziekenfondsen en particuliere verzekeraars op diverse punten van elkaar verschillen. Van een aantal punten, te weten de omvang van het aantal verzekerden, landelijke versus regionale marktoriëntatie, wel of niet deel uitmaken van een multi-brancheorganisatie, wel of geen ervaring met zorginkoop, verschil in distributiekanaal en specialisatie in collectieve contracten is gebleken dat de

bestaande verschillen niet van invloed zijn op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars. De Zvw is zo opgezet dat alle type zorgverzekeraars een eerlijke kans hebben om hun bedrijf te continueren.

Bij twee aspecten, te weten de mate van solvabiliteit en het risicoprofiel van het verzekerdenbestand kunnen de verschillen wel van invloed zijn op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars. Indien voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars hun premies zodanig laag vaststellen dat hun reserves dalen, zal DNB de betrokken verzekeraars wijzen op de insolventierisico's van een dergelijke handelwijze voor de langere termijn. Naar verwachting zullen zorgverzekeraars een premiebeleid voeren dat in overeenstemming is met de voor de langere termijn benodigde reserves. Bovendien geldt dat veel particuliere verzekeraars in een concern met andere verzekeraars en/of banken zijn gelieerd aan ziekenfondsen. Vanwege het groepstoezicht van de DNB zijn financiële sterke onderdelen van concerns (in dit geval de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars) verplicht om de financiële minder sterke onderdelen van het betreffende concern (bijvoorbeeld de voormalige ziekenfondsen) te ondersteunen. Verder ziet de NMa er op toe dat zorgverzekeraars geen misbruik maken van een eventuele economische machtspositie. Daarnaast heeft het kabinet besloten om een risicovereveningssysteem toe te passen om bestaande en toekomstige verschillen in het risicoprofiel van de verzekerden te verevenen.

BIJLAGE 3: Gevolgen van de ZVW en de WZT voor de administratieve lasten van burgers en bedrijfsleven en de uitvoeringskosten van de overheid

Bij de stemmingen over de Zvw op 21 december 2004 aanvaardde de Tweede Kamer de motie van de leden Schippers (VVD), Omtzigt (CDA) en Bakker (D66) over de reductie van administratieve lasten.⁹ De motie verzocht aan te geven wat de administratieve lasten zijn voor burgers, verzekeraars en de overheid in het huidige en het nieuwe stelsel.

Definitie administratieve lasten

Volgens de door het kabinet gekozen definitie gaat het bij administratieve lasten om de kosten van burgers en bedrijven om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Bij administratieve lasten maakt het niet uit of de informatie ook al voor eigen of ander gebruik wordt verzameld en gebruikt. Het gaat om alle administratieve kosten: bestuderen van regelgeving, verzamelen, bewerken, registreren, kennisnemen, versturen en bewaren van gegevens, inclusief kosten van verplichte accountantsonderzoeken en dergelijke.

Voor de in de motie aangegeven administratieve lasten van de overheid zijn de kosten van uitvoeringsorganen genomen.

Reikwijdte van deze rapportage

De huidige administratieve lasten en uitvoeringskosten voortvloeiend uit de Zfw en WTZ, zoals berekend in de 0-metingen per 2002 voor bedrijven en burgers vormen het vertrekpunt voor de analyse. Deze nulmetingen zijn gecorrigeerd voor de wijzigingen die in 2004 en 2005 zijn doorgevoerd zoals de no-claimteruggaveregeling, het afschaffen van machtigingen en van de model-overeenkomst.¹⁰ Bezien is welke lasten en uitvoeringskosten door invoering van de Zvw per 1 januari 2006 verdwijnen, verminderen danwel erbij komen of toenemen. De navolgende tabellen bevatten alleen de structurele lasteneffecten. Incidentele lasten komen in de toelichting op de tabellen aan de orde.

⁹ Tweede Kamer, 2004-2005, 29 763, nr. 55.

¹⁰ Met 'machtigingen' worden bedoeld de procedurele toegangsvoorwaarden zoals die gelden (of hebben gegolden) voor diverse verstrekkingen in de zorg. Met 'modelovereenkomsten' worden de modelovereenkomsten in de Zfw en AWBZ in het kader van het overeenkomstenstelsel tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders bedoeld.

1. Administratieve lasten voor burgers

1.1 Zorgverzekeringswet

Tabel 1: Ontwikkeling administratieve lasten door invoering van de Zvw vanaf 2006

Totale tijdsbesteding in uren x 1.0000	Lasten Zvw (en Wzt)	Afname lasten in Zvw	Nieuwe of extra lasten in Zvw	Lasten in Zvw
Geen overstap meer tussen Zfw en particuliere verzekering	240	- 240		
Melding van wisseling van werkgever	823	- 823		
Inschrijving voor de nieuwe zorgverzekering	68		82	150
Ontvangen en kennisnemen van zorgpolis	74	-74	1.333	1.333
Eigen bijdrage vervoer en hulpmiddelen	966		484	1.450
No claim	739		369	1.108
Overig	581	-539	150	192
Totaal	3.491	-1.676	2.418	4.233
Aantal Zfw en Zvw-verzekerden in mln.	10,2			16,0
Administratieve lasten per verzekerde in minuten	20,5			15,9
Procentuele afname van lasten per verzekerde				22%

Door invoering van de Zvw zullen voor de burgers effecten optreden in administratieve lasten. Deze effecten hebben deels een incidenteel en deels een structureel karakter. In de bovenstaande tabel staan alleen de *structurele effecten* beschreven:

- Een van de doelstellingen van de Zvw is een einde te maken aan de gedwongen overstap van danwel naar de Zfw waarmee nu veel burgers te maken hebben als gevolg van verandering van inkomen. Met de Zvw komt een einde aan het verzekerdenverkeer tussen beide verzekeringsvormen als gevolg van het passeren van de loongrens. Het gaat hier om ongeveer 480.000 in- en uitschrijvingen op jaarbasis. Voor verzekerden die hiermee te maken krijgen, betreft het een forse reductie in tijdsbesteding.
- Ziekentfondsverzekerden moeten nu een wisseling van werkgever melden bij hun verzekeraar. Deze verplichting vervalt bij de Zvw.
- De administratieve lasten van de inschrijving voor nieuwe deelnemers aan de verzekering nemen structureel toe doordat de reikwijdte van de Zvw groter is dan die van de Zfw.
- Zorgverzekerders zullen, anders dan in de Zfw, ieder jaar een zorgpolis toezenden aan hun verzekerden. Verzekerden worden hier geacht kennis van te nemen en deze te archiveren. Ook dit is een administratieve last, zij het per verzekerde naar verwachting een beperkte. Door het grote aantal verzekerden is de 'macrolast' in uren evenwel groot. Nu is de verplichting tot het verstrekken van een polis er alleen voor de groep verzekerden die onder de (op te heffen) WTZ vallen.
- Zowel de huidige Zfw als de Zvw kennen een eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer en hulpmiddelen. In dat kader ontvangt de verzekerde een factuur voor een eigen bijdrage. De administratieve lasten nemen op dit punt toe, omdat ook particulier verzekerden onder de Zvw gaan vallen.

- Voor de Zfw bestaat de no-claimteruggaveregeling al vanaf 2005; de lasten van deze regeling (kennisnemen en bewaren van het bericht van de verzekeraar) nemen toe door het grotere bereik van de Zvw.
- Ten slotte is er nog een categorie 'overig' met diverse minder vaak voorkomende informatieverplichtingen in de Zfw waaraan administratieve lasten verbonden zijn, zoals het aanvragen van een verklaring van verzekerd zijn of het indienen van een bezwaarschrift. Deze bepalingen blijven voor een deel bestaan en verdwijnen deels.

Het totaal aantal uren administratieve lasten neemt door de Zvw toe, maar uitgedrukt per verzekerde dalen de lasten met gemiddeld 22%.

Los van deze administratieve lasten in enge zin treedt er naar verwachting ook een verbetering in tijdsbesteding op voor degenen die nu een particuliere polis (waaronder de WTZ-polissen) hebben. Deze verzekerden ontvangen en betalen nu vaak zelf de facturen van zorgverleners en declareren deze vervolgens bij hun verzekeraar'. Formeel (volgens de definitie) zijn dat geen administratieve lasten, maar burgers zullen dat wel als zodanig ervaren. De verwachting is dat de meeste verzekeraars en de zorgaanbieders zullen afspreken dat bij invoering van de Zvw, zorgaanbieders facturen voor houders van restitutiepolissen zullen sturen naar de verzekeraar van betrokkenen, en niet naar de verzekerde zelf. De verzekeraar betaalt vervolgens de factuur aan de zorgaanbieder, bericht de verzekerde periodiek over de uitgevoerde betalingen en int zo nodig bij de verzekerde het eventuele eigen risico. Particuliere verzekerden kunnen straks kiezen voor een naturapolis, waardoor ze sowieso niet met facturen te maken krijgen. Kiezen ze voor een restitutiepolis dan zal de 'afhandelingslast' rond facturen lager zijn dan nu het geval is.

Er zijn ook *incidentele lasten*. Alle Nederlandse ingezetenen zullen begin 2006 een verzekeringsovereenkomst met een verzekeraar moeten afsluiten. Verzekeraars zullen dit proces zo soepel mogelijk laten verlopen door verzekerden een aanbod te doen voor de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering dat zoveel mogelijk aansluit bij de dekking van hun huidige verzekering. Deze eenmalige tijdsbesteding (kennisnemen van verandering in verzekering en de aangeboden polis en het accepteren van het aanbod door bijvoorbeeld het ondertekenen en verzenden van de acceptgiro of het geven van een machtiging voor een automatische incasso) wordt geschat op 1 uur per burger.¹¹

1.2 Wet op de Zorgtoeslag

De wet op de Zorgtoeslag zorgt voor een stijging van de administratieve lasten voor burgers. De aanvraagprocedure is evenwel laagdrempelig en het formulier wordt in begrijpelijke taal gesteld en toegelicht. De dienst Toeslagen van de Belastingdienst zal aan zoveel mogelijk huishoudens uit de doelgroep een formulier toezenden, waarop al zoveel mogelijk gegevens zijn ingevuld. Het betrokken huishouden zal dit formulier beoordelen, zo nodig aanvullen of wijzigen en vervolgens insturen. Daarnaast zal een deel van de doelgroep zelf een formulier moeten aanvragen, invullen en insturen. De

¹¹ Dit betreft de zogeheten 'negatieve optie'. Deze optie, die de voorkeur van verzekeraars heeft, wordt thans nog nader uitgewerkt.

lasten zullen dus tussen huishoudens zeer uiteenlopen, maar de gemiddelde last van de eerste aanvraag voor 2006 schatten we op ruim 25 minuten per huishouden. De lasten in latere jaren zijn lager doordat de dienst Toeslagen in meer gevallen een compleet ingevuld aanvraagformulier zal toezenden en er meer digitale uitwisseling van formulieren zal zijn. Voor een deel kan de zorgtoeslag automatisch toegekend gaan worden. Wat de gemiddelde tijdsbesteding structureel zal zijn, kan nu nog niet worden aangegeven.

2. Administratieve lasten voor zorgverzekeraars

Tabel 2: Ontwikkeling van de administratieve lasten voor zorgverzekeraars door de Zvw vanaf 2006

In miljoenen euro's	Lasten Zfw/Wtz ultimo 2005	Afname lasten door Zvw	Nieuwe of extra lasten in Zvw	Totaal Lasten in Zvw
Overeenkomsten, verzekerdenadministratie, verevening, no claim	85	- 54	57	88
Controletaak ziekenfondsen	33	- 33		
Declaratieverkeer *)	340	- 340		
Overig	24	- 14	1	10
Totaal	482	- 441	58	98
Procentuele afname				80%
*) Het hier genoemde bedrag is het totaal aan lasten voor zowel verzekeraars als zorgaanbieders. Het aandeel hierin voor zorgverzekeraars is niet precies aan te geven. Hiervoor loopt nog nader onderzoek.				

De Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving bevatten veel minder regels dan de Zfw met onderliggende regelingen. Deregulering is een van de doelen van de nieuwe wet. Veel van deze deregulering gaat ook gepaard met vermindering van administratieve lasten. Dit resulteert, zoals blijkt uit de tabel in een daling van lasten voor verzekeraars met 80%. Dat wil overigens niet zeggen dat de feitelijke lasten voor verzekeraars bij het verdwijnen van een wettelijke informatieverplichting ook altijd navenant dalen; veel van de Zfw-regels hebben betrekking op processen die in het verkeer tussen aanbieders en verzekeraars noodzakelijk blijven, zoals het sluiten van overeenkomsten. Partijen zijn in de toekomst vrij om processen en transacties zelf vorm te geven zonder regels of bepalingen van de overheid.¹²

Naast het neerwaartse effect van deregulering treedt een opwaarts volume-effect op, omdat het aantal verzekerden en aantal verzekeraars toeneemt in de Zvw ten opzichte van de Zfw.

Toelichting bij verschillende regels in de tabel:

¹² In de berekening is rekening gehouden met een verzekerdenpopulatie van 16 miljoen verzekerden. Het aantal zorgverzekeraars wordt geschat op 42. Er is bij de raming van het aantal verzekeraars rekening gehouden met onderlinge samenwerkingsverbanden of met concerns.

- Door het afschaffen van de contracteerplicht vindt een lastenvermindering ten opzichte van de Zfw/Wtz met €37 miljoen plaats (dit is inclusief de lasten bij zorgaanbieders). Het inschrijvingsbesluit Zfw verdwijnt, maar daarvoor in de plaats bevat de Zvw zelf voorschriften over de verzekerdenadministratie. De gegevens in deze administratie worden mede gebruikt voor de verevening. In combinatie met het volume-effect van een toename van het aantal verzekerden nemen de administratieve lasten op dit punt met €33 miljoen toe. De lasten die samenhangen met verantwoording en toezicht blijven, ondanks de toename van het aantal verzekerden en het aantal verzekeraars, door de deregulering op hetzelfde niveau (€22 miljoen). De no-claim teruggaveregeling zorgt voor een toename van de administratieve lasten met €4,5 miljoen doordat deze regeling voor meer verzekerden gaat gelden. Per saldo nemen de huidige administratieve lasten Zfw/Wtz die samenhangen met bovenstaande punten met €3 miljoen toe.
Zorgverzekeraars krijgen los van deze structurele effecten te maken met eenmalige inschrijvingslasten in 2006. Ervan uitgaande dat de meeste inschrijvingen zullen plaatsvinden in het verlengde van al bestaande verzekeringsrelaties tussen verzekeraars en verzekerden, zullen deze eenmalige lasten beperkt kunnen blijven.
- De controle op verzekeringsgerechtigheid door ziekenfondsen vervalt en daarmee vervallen de specifieke lasten op dit terrein. Hiermee wordt een vermindering bereikt van €33 miljoen.
- De toekomstige Zvw bevat geen bepalingen meer die het declaratieverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar regelen. De daarmee verbonden lasten ter grootte van €340 miljoen voor verzekeraars en aanbieders samen), zoals berekend in de 0-meting administratieve lasten van VWS, vervallen daardoor. De uitvoeringskosten die zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken in het kader van de declaraties Zfw, worden door het project declaratiecasus verminderd met €91 miljoen. Dit project beoogt een voor 100% digitaal declaratieverkeer met een foutenpercentage van slechts 1%. Het resterende deel van €249 miljoen blijft voor verzekeraars en zorgaanbieders bestaan als transactiekosten, een marktlast. Momenteel wordt overigens de lastenverlichting als gevolg van het project declaratiecasus van een meer actuele raming voorzien.
- Onder de post overige vallen enkele kleinere mutaties. Door toename van het aantal verzekerden nemen de administratieve lasten van enkele meer bescheiden informatieverplichtingen toe van €0,7 naar €1,4 miljoen. Een bedrag aan administratieve lasten ter grootte van €12 miljoen verdwijnt omdat het besluit hulpverlening door trombosediensten niet meer terugkomt in de Zvw.
Achterliggende reden hiervoor is dat deze zorgverlening in de Zvw valt onder geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Deze is opgenomen in de zorgpolis/verzekeringsovereenkomst. Ten slotte is er nog een vermindering met €2 miljoen die wordt gerealiseerd door een vereenvoudiging van de verwijskaartsystematiek binnen academische ziekenhuizen.

3. Uitvoeringskosten overheid

Tabel 3: Ontwikkeling structurele uitvoeringskosten overheid door invoering Zvw in 2006

In mln. euro's	Huidige kosten	Toe- of afname	Toekomstige kosten
CVZ en CTZ/ZA	28,7	p.m.	28,7
SUO	2,7	- 2,7	0
Belastingdienst/UWV premie-inning	11,6	7,1	18,7
Belastingdienst zorgtoeslag	0	72,6	72,6
Totaal	43,0		109,0

De uitvoeringskosten van het huidige stelsel betreffen de Zfw, de WTZ en de Wet MOOZ. Het gaat daarbij om de kosten van:

- het CVZ, voorzover gerelateerd aan de Zfw;
- het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), voorzover gerelateerd aan de Zfw;
- de Stichting uitvoering omslagregeling (Suo);
- de UWV, voor wat betreft de inning van de Zfw-premie;
- de Belastingdienst, voor wat betreft de inning van de Zfw-premie in het kader van de inkomstenbelasting
- de Sociale Verzekeringsbank (SVB) voor wat betreft de inning van de inkomensafhankelijke Zfw-premie van AOW-gerechtigden

Het overzicht van uitvoeringskosten van het nieuwe stelsel, dus vanaf 1 januari 2006, heeft betrekking op de Zvw en de Wzt. Ten opzichte van de uitvoering in 2005 treden de volgende veranderingen op:

- het CTZ is onderdeel van de NZa;
- de Suo verdwijnt na afwikkeling van alle kosten van het oude stelsel;
- de Belastingdienst zal in plaats van de UWV de inkomensafhankelijke bijdrage gaan innen en afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Hierna volgt een beeld van de kostenontwikkeling per uitvoeringsinstantie. Van de specifieke uitvoeringskosten van de SVB in dit kader zijn geen gegevens beschikbaar.

CVZ en CTZ

In 2004 maakte het CVZ voor de uitvoering van de Zfw in totaal €24,3 miljoen aan kosten (inclusief onderzoek en dienstencentrum CVZ/CTZ). We gaan ervan uit dat de kosten in 2005 ongeveer op hetzelfde niveau zullen liggen. Het CVZ zal de volgende jaren gaan inkrimpen, maar de precieze gevolgen voor de kosten zijn nog niet aan te geven.

Het CTZ maakt in 2005 voor een bedrag van €4,4 miljoen kosten in het kader van het toezicht op de Zfw. Het CTZ gaat samen met het College Tarieven Gezondheidszorg op in de NZa. Dat levert integratievoordelen op. Aan de andere kant neemt het aantal

verzekeraars en verzekerden in het kader van de Zvw toe. Vooral nog gaan we uit van het huidige kostenniveau voor de toekomst.

Suo

De Suo is belast met de uitvoering van de WTZ 1998 en de MOOZ. Bij de inwerkingtreding van de Zvw worden de WTZ 1998 en de MOOZ ingetrokken. De Suo heeft daarmee geen rol meer in het nieuwe zorgstelsel. De Suo is naar verwachting nog tot 1-1-2009 belast met de afwikkeling van kosten en werkzaamheden. De uitvoeringskosten van het Suo bedragen €2,7 miljoen. Na de afwikkeling zullen deze kosten in 2009 naar 0 dalen.

Premieheffing

De UWV int de procentuele premie Zfw voor werkgevers en draagt de inkomsten af aan de Algemene Kas van het CVZ. Met de invoering van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) is geregeld dat de premie van de werknemersverzekeringen net als de volksverzekeringen per 1 januari 2006 door de Belastingdienst wordt geheven. Voor de Zvw is dat bij de Invoeringswet Wfsv (eveneens per 1-1-2006) geregeld. Voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw is aangesloten bij de heffingssystematiek van de Wfsv. De door de Belastingdienst geïnde bijdrage wordt gestort in het Zorgverzekeringsfonds.

Deze integratie van belasting- en premie-inning levert voor werkgevers een forse administratieve lastenverlichting op. Zoals in de memorie van toelichting bij de Wfsv (Tweede Kamer 2003-2004, 29 529, nr. 3) is aangegeven, is de beperking van de administratieve lasten voor het bedrijfsleven als gevolg van de wijziging van de heffing van de premie ziekenfondsverzekering niet afzonderlijk tot uitdrukking gebracht in de Wfsv, omdat een specificatie van deze kostenbesparing, specifiek voor de ziekenfondsverzekering, vanwege de verwevenheid met de premieheffing van andere wetten niet is te geven.

Er is ook sprake van een structurele kostenbesparing bij de uitvoeringsorganisaties als gevolg van de Wet administratieve lastenverlichting en vereenvoudiging in socialeverzekeringswetten en de samenwerking UWV en Belastingdienst van in totaal € 156 miljoen, maar welk bedrag in dat kader zou kunnen worden toegerekend aan Zfw of Zvw is onbekend. Bij de huidige kosten is in de tabel meegenomen het bedrag dat de UWV overdraagt aan de Belastingdienst in verband met de kosten van inning van de Zfw-premie en de kosten die de belastingdienst nu al maakt voor de premie-inning voor de Zfw in het kader van de inkomstenbelasting. Vanaf 2006 treden verschillende effecten op: een grotere doelgroep en vereenvoudiging van de heffing. Per saldo stijgen de uitvoeringskosten met €7 miljoen.

Zorgtoeslag

De Wet op de zorgtoeslag wordt uitgevoerd door de Belastingdienst Toeslagen in overeenstemming met de regels van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen.

De uitvoeringskosten van deze regeling die worden gemaakt door de Belastingdienst
Toeslagen bedragen vanaf 2006 jaarlijks €72,6 miljoen.

BIJLAGE 4: AANPASSINGEN IN HET BZA NAAR AANLEIDING VAN CVZ-RAPPORT

1. CVZ stelt voor de vervanging van ‘psychiatrische aandoening’ door ‘psychische stoornis’, ongedaan te maken, omdat psychische stoornis ruimer is en om discussie over interpretatie te voorkomen. Dit voorstel neem ik over. Bij nader inzien is dit beter omdat ook in artikel 14 van het wetsvoorstel Zvw deze term is gebruikt.
2. De functiegerichte omschrijvingen AWBZ en Zvw sluiten niet naadloos op elkaar aan. Er is geen garantie, zo stelt het CVZ, dat wat in de ene wet wordt uitgesloten naadloos wordt overgenomen in de andere wet. Het CVZ doet geen suggesties om de naden volledig aan elkaar aan te sluiten. Dat kan ook niet gezien het verschil in verantwoordelijkheden in beide wetten. Het CVZ stelt niettemin in hoofdstuk 6 van zijn rapport dat met inachtneming van enkele kleine aanpassingen de conceptbesluiten een goede afbakening bewerkstelligen.
3. Het CVZ heeft geen opmerkingen over de huishoudelijke en persoonlijke verzorging en verpleging.
4. Het CVZ gaat akkoord met het niet overhevelen van ondersteunende begeleiding naar de GGZ omdat deze zorg niet aangrijpt bij de aandoening. Om afwentelings- en uitvoeringsproblemen te voorkomen, beveelt het CVZ wel aan in het BZA te regelen dat verzekerden die ten laste van de Zvw in een instelling verblijven geen ondersteunende begeleiding uit de AWBZ kunnen krijgen. Verblijf ten laste van de Zvw omvat namelijk een integraal multidisciplinair zorgaanbod waar ook begeleiding in zit. Dit voorstel van het CVZ neem ik over.
5. Het CVZ stelt voor de omschrijving van activerende begeleiding gericht op voorkoming van verergering van gedragsproblemen uit te breiden naar de andere in de bepaling genoemde groepen. Dit betekent dat de bepaling als volgt komt te luiden: Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap. Dit voorstel van het CVZ neem ik eveneens over.
6. Het CVZ wijst er verder op dat het onderscheid tussen ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling problematisch is. In de GGZ, zo stelt het CVZ, is in ieder geval geen onderscheid gemaakt tussen activerende begeleiding en behandeling. Dat beide activiteiten in de Zvw onder ‘geneeskundige zorg’ gebracht zijn, sluit volgens het CVZ aan bij de praktijk en bij de omschrijving van geneeskundige zorg. Verder stelt het CVZ dat er geen gegevens zijn over indicaties op het gebied van de GGZ, omdat die niet worden afgegeven. Het is dus niet bekend of en in hoeverre verzekerden naast behandeling afzonderlijk zijn geïndiceerd voor activerende begeleiding. Alleen als verzekerden een PGB willen ontvangen, vragen zij voor bepaling van de hoogte van het bedrag een indicatiebesluit van het indicatieorgaan. In alle andere gevallen wordt zorg geleverd op verwijzing van de huisarts.

7. Het CVZ deelt mijn mening dat het zelf inkopen van een op de aandoening gerichte therapie niet aan de orde kan zijn. Het CVZ wijst er daarbij op dat het CVZ al in de monitor van 26 augustus 2004 heeft voorgesteld om de activerende begeleiding uit het PGB te halen, omdat deze zorg uit kwalitatief oogpunt door toegelaten aanbieders moet worden geleverd. Een standpunt hierop wordt ingenomen nadat het onderzoek naar activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding en behandeling dat het CVZ op dit moment op verzoek van de Staatssecretaris verricht, en ook het onderzoek naar de kwaliteit van de zorg die met deze functies wordt aangeboden, zijn afgerond. Het rapport over het eerste deel wordt eind augustus 2005 verwacht, het rapport over het onderzoek naar de kwaliteit aan het eind van het jaar.
8. Het CVZ vindt de voorgestelde formulering voor ‘voortgezet verblijf’ niet duidelijk. Het gaat hier om het verblijf langer dan één jaar in aansluiting op het verblijf dat ten laste van de Zvw komt. In overleg met onder meer het CVZ zal ik opnieuw naar deze omschrijving kijken en komen tot een duidelijkere omschrijving. Ik zal voor de intramurale geneeskundige GGZ in ieder geval tot uitdrukking brengen dat de verzekerde recht heeft op verblijf in combinatie met de andere AWBZ-functies, voor zover de verzekerde daarop is aangewezen.
9. Het CVZ ziet een probleem voor verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven en een integrale behandeling behoeven mede in verband met een psychiatrische behandeling. Binnen instellingen voor zowel de doelgroep verstandelijk gehandicapten als de doelgroep verpleging en verzorging verblijven verzekerden met een zogenaamde dubbele diagnose. Binnen deze sectoren bestaan er specifieke behandelunits voor deze doelgroepen. Deze integrale behandeling moet mogelijk zijn, ook na de overheveling. Het CVZ adviseert dit te regelen in het kader van de AWBZ. Een mogelijke oplossing ziet het CVZ in regeling in artikel 15 BZA. Inhoudelijk zijn de Staatssecretaris en ik het eens met het CVZ. De vraag is of dit nog geregeld moet worden of dat dat al uit het BZA voortvloeit. Als het geregeld moet worden is de vraag of artikel 15 BZA de juiste plek is. We zullen dit in overleg met het CVZ verder bekijken.
10. Het CVZ maakt ook opmerkingen over de forensische zorg. In verband met de motie Van Beeten c.s. ben ik op dit moment in overleg met de Minister van Justitie over de forensische zorg en de beste financieringsregeling daarvoor.¹³

¹³ Kamerstukken I 2003/04, 28 979, E.