

Vergaderjaar 2004–2005

29 762

Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag)

29 763

Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)

Nr. 15

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 december 2004

Hierbij bied ik u aan de toegezegde schriftelijke antwoorden op vragen over het wetsvoorstel voor de Zorgverzekeringswet en het wetsvoorstel voor de Wet op de Zorgtoeslag die tijdens het wetgevingsoverleg op 29 november jongstleden zijn gesteld.

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

1. Inleiding

Hieronder worden de vragen beantwoord die tijdens het wetgevings-overleg zijn gesteld. Daarbij komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde:

- Opzeggen polis (paragraaf 2)
- PGB's inclusief een reactie op NPCF-voorstel (paragraaf 3)
- Gemoedsbezwaarden (paragraaf 4)
- Onverzekerden (paragraaf 5)
- Risicovereveningsstelsel (paragraaf 6)
- Werkgeverslasten op mesoniveau (paragraaf 7)
- Gedelegeerde regelgeving (paragraaf 8)
- Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (paragraaf 9)
- Inkomensgevolgen specifieke groepen (paragraaf 10)
- Inkomensgevolgen Wajong-gerechtigden, minimumloners jonger dan 23 jaar en studenten (paragraaf 11)
- Koopkracht ambtenaren (paragraaf 12)
- Buitenlandsituaties bij de zorgtoeslag (paragraaf 13)
- Artikelen voorstel Zorgverzekeringswet (paragraaf 14)
- Reactie amendementen 10, 14, 15, 17, 18 en 25 bij het voorstel Zorgverzekeringswet (paragraaf 15)

2. Opzeggen polis

De leden van de fracties van GL en de PvdA hebben de vraag gesteld of de verzekerde het contract met de zorgverzekeraar kan opzeggen wanneer de zorgverzekeraar zijn overeenkomst met een hulpverlener bij wie de verzekerde onder behandeling was, beëindigt. Ik heb opgemerkt dat dit vooral afhangt van de vraag of de betreffende behandelaar behoort tot de kern van het door de zorgverzekeraar gecontacteerde zorgaanbod. Ik heb toegezegd dat ik dit nader zou toelichten.

Bij deze vraag gaat het om de situatie dat een zorgverzekeraar in de loop van het verzekeringsjaar een overeenkomst met een aanbieder opzegt. Deze situatie zal naar verwachting in de praktijk slechts zelden voorkomen. Wil de rechter tussentijdse opzegging rechtvaardigen, dan zal er sprake moeten zijn van een bijzondere grond, zoals ernstige tekortkoming in de zorgverlening door de aanbieder. Ook als opzegging van het contract rechtmatig is bevonden, betekent dit voor de verzekerde nog niet dat hij niet langer van de diensten van de betreffende aanbieder gebruik kan maken. De zorgverzekeraar kan toestaan dat hij de behandeling afmaakt. Daarnaast heeft de rechter tot nu toe vaak, vooral als er sprake was van een bijzondere en langdurige vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de aanbieder, de verzekerde in bescherming genomen. Ik verwacht niet dat de rechter bij de Zorgverzekeringswet anders zal oordelen. De verzekerde kan overigens ook, als zijn zorgverzekeraar niet bereid is toe te staan dat de verzekerde zijn behandeling afmaakt na opzegging van het contract, kiezen voor restitutie met toepassing van artikel 13, derde lid, van de Zorgverzekeringswet. Mochten bovengeschetste mogelijkheden geen soelaas bieden, dan kan de verzekerde uiteindelijk aanleiding vinden om zijn overeenkomst met zijn zorgverzekeraar tussentijds op te zeggen. De rechter zal in die situatie vooral toetsen aan het overeenkomstenrecht zoals dat in het Burgerlijk Wetboek is geregeld. Daarbij zijn dan, zoals hierboven aangegeven, twee aspecten van belang: de duur van de behandelrelatie en de aard van de hulpverleningsrelatie. Hoewel het niet eenvoudig is om langs deze twee aspecten de kern van het zorgaanbod exact te definiëren, zal het vooral gaan om geneeskundige zorg, waaronder de zorg in het kader van de GGZ. Bij zorgvormen zoals de hulpmiddelenzorg en de farmaceutische zorg, zal niet snel sprake zijn van een dergelijke relatie.

3. PGB's inclusief een reactie op NPCF-voorstel

De leden van de PvdA-fractie hebben mij gevraagd een reactie te geven op de wens van de NPCF om ook in de Zorgverzekeringswet een persoonsgebondenbudget (PGB) mogelijk te maken. De leden van de VVD-fractie vragen of met de overheveling van de kortdurende GGZ ook zorgvormen in de zorgverzekering komen die nu door middel van een persoonsgebonden budget (PGB) worden gefinancierd. Ten slotte vraagt de VVD-fractie hoe de relatie met PGB voor hulp- en geneesmiddelen is.

De staatssecretaris heeft in de aan uw Kamer aangeboden beleidsbrief «het PGB gewogen» (DVVO/ZV-U-2537831) aangegeven dat het als gevolg van de overheveling van de extramurale GGZ naar de Zvw voor mensen met een psychiatrische aandoening niet langer mogelijk zal zijn om voor alle functies waarvoor dat nu mogelijk is een PGB te verkrijgen. Momenteel wordt onderzocht voor welke functies dit zal gelden, zo is in genoemde brief aangegeven. Voor de functies die niet naar de Zorgverzekeringswet worden overgeheveld blijft in ieder geval de mogelijkheid van PGB onder de AWBZ bestaan. Uitgaande van overheveling van de huishoudelijke verzorging in het kader van de wetsvoorstel Wet Maatschappelijke Ondersteuning zullen onder de AWBZ naar de huidige inzichten de persoonlijke verzorging en de begeleiding die niet plaatsvindt in het kader van geneeskundige zorg als functies blijven bestaan. Voor de zorg die onder de Zorgverzekeringswet verzekerd wordt kan, zoals ik ook reeds heb gemeld in de Nota naar aanleiding van het verslag, de mogelijkheid van restitutie naar verwachting een geschikt alternatief vormen voor het PGB. Daarnaast is er ook voor mensen die een naturopolis kiezen een uitwijkmogelijkheid naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Voor de functie behandeling ontstaat onder de Zvw een ruimere keuze. Voor die functie is immers thans onder de AWBZ geen PGB mogelijk, terwijl er onder de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid van restitutie komt.

De stelling van de NPCF dat er bij restitutie geen directe betaalrelatie is, is in zijn algemeenheid niet juist. Er zijn twee mogelijkheden. Of de verzekerde betaalt de kosten van de genoten zorg en declareert deze vervolgens bij zijn verzekeraar. Of de zorgverzekeraar spreekt met de verzekerde af dat de zorgverlener de kosten van de verleende zorg direct bij de verzekeraar declareert. Dit betekent dat de verzekerde door zijn keuze voor de zorgverlener invloed kan uitoefenen op het aanbod van zorg. Met restitutie kunnen verzekerden zich dus rechtstreeks op de markt begeven en bepaalde zorg op een goede manier inkopen. Zij kunnen daarin door de verzekeraar worden gesteund door een grote mate van flexibiliteit in de financiële afhandeling van kosten.

Voor hulpmiddelen is het nut van het PGB onderzocht. Het CVZ heeft op basis van enkele pilots geconstateerd dat een PGB geen toegevoegde waarde heeft bij hulpmiddelen. De reden voor de pilots was te onderzoeken of er meer keuzevrijheid mogelijk was. Die keuzevrijheid van verzekerden is bij restitutie evengoed te bereiken, zo was de conclusie van het CVZ. Een PGB is voor de verzekerde in dit geval veel bewerklijker omdat hij zich moet verantwoorden over besteding van het vooraf toegekende budget. Het indienen van de rekening van de hulpverlener van zijn eigen keuze heeft dat probleem niet.

4. Gemoedsbezwaarden

De SGP-fractie heeft gevraagd om gemoedsbezwaarden in aanmerking te laten komen voor de zorgtoeslag. Ik heb toegezegd daar nog eens over te willen nadenken, evenals over de suggestie om de vervangende belasting te bestemmen voor een gebonden spaarrekening.

Ik wil deze voorstellen niet alleen op hun eigen merites beoordelen, maar ook plaatsen binnen het geheel aan faciliteiten die met de invoering van de Zorgverzekeringswet wordt geboden, zowel aan degenen die tegen iedere vorm van verzekering bezwaren hebben als aan hen die gewetensbezwaren hebben tegen bepaalde in het pakket opgenomen zorgvormen.

Ik begin met de problematiek van degenen die bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekeren. Zoals de SGP-fractie ook heeft opgemerkt, ben ik in dezen de toezegging van het eervorige kabinet nagekomen door de regeling die thans voor ziekenfondsverzekerden geldt, straks open te stellen voor iedereen die onder de Zorgverzekeringswet verzekeringsplichtig is. Naar analogie van de Ziekenfondswet (Zfw) is bepaald dat gemoedsbezwaren alleen worden gehonoreerd als zij zowel voor de AWBZ als voor de Zorgverzekeringswet gelden. Ook onder de Zorgverzekeringswet bestaat, net als bij de Zfw, de verplichting tot het betalen van een vervangende belasting ter hoogte van de wettelijke inkomensafhankelijke bijdrage. Hier ontstaat een financieel voordeel voor de huidige ziekenfondsverzekerden, doordat het inkomensafhankelijke deel van de financiering van de Zorgverzekeringswet lager is dan dat van de Zfw. Ik zie geen aanleiding dit voordeel verder te vergroten door degenen die een beroep doen op de regeling gemoedsbezwaarden voor een zorgtoeslag in aanmerking te laten komen. Ik zou dat ook een oneigenlijk gebruik van de zorgtoeslag vinden. De zorgtoeslag regelt immers een tegemoetkoming voor de kosten van de nominale premie, en die wordt niet betrokken bij de bepaling van de premie vervangende belasting.

Met betrekking tot het voorstel van de SGP-fractie voor een gebonden spaarrekening wordt mogelijk nog een amendement ingediend. De SGP-fractie gaf reeds aan dat dit een zeer ingewikkelde kwestie is. Ik deel dat oordeel. Ik vermoed dat het niet goed doenlijk zal blijken te zijn een en ander zo in te richten dat voldoende tegemoet wordt gekomen aan de eisen die daaraan moeten worden gesteld, zonder dat bij wijze van spreken de Zorgverzekeringswet in het klein wordt nagebouwd.

Dan wil ik ingaan op de uitsluiting van zorgvormen van de dekking van verzekeringspolissen, in dit verband ook wel «prolifepolissen» genoemd. Een reactie op amendement nr. 21, dat – vrij vertaald – vraagt om aan de uitsluiting van bepaalde zorgvormen van de verzekeringsdekking ook premieconsequenties te mogen verbinden, heb ik tijdens het debat al gegeven. In de Zorgverzekeringswet wordt een wettelijke basis gegeven aan het uitsluiten van de verzekeringsdekking van zorgvormen die door de verzekerde als controversieel worden aangemerkt. Deze uitzondering is uniek in de sociale verzekering, en bestond ook niet in de Zfw. Het voeren van prolifepolissen is dus wel degelijk mogelijk, sterker nog, deze komen voor het wettelijk verzekerde pakket nu ook binnen bereik van de huidige ziekenfondsverzekerden.

De leden van de fracties van de Christen Unie en de SGP vragen mij nu te bewerkstelligen dat voor de aldus buiten de zorgverzekering gehouden zorgvormen geen nominale premie behoeft te worden betaald door de betrokkenen. In de Nota naar aanleiding van het verslag heb ik reeds aangegeven dat de overheid niet in de positie dient te komen dat zij de ernst van gewetensbezwaren gaat wegen en beoordelen. Daarom is in artikel 11 Zorgverzekeringswet geregeld dat de verzekeringnemer welk onderdeel van het pakket dan ook kan laten uitsluiten, zonder dat getoetst wordt of aan die uitsluiting werkelijk gewetensbezwaren ten grondslag

liggen. Indien tegenover de uitsluiting echter een premiereductie zou mogen staan, zou het te aantrekkelijk worden om die vormen van zorg waaraan men naar eigen inschatting (voorlopig) geen behoefte heeft, uit te laten sluiten, ook al heeft men helemaal geen gewetensbezwaren tegen die zorg.

Ik zou het, mede gelet op het in financiële zin verwaarloosbare beslag van de verstrekkingen die de fracties van Christen Unie en SGP vermoedelijk als controversieel zullen aanmerken, betreuren als deze fracties om deze reden de in de wet geboden tegemoetkoming als onvoldoende zouden beschouwen. Uit berichtgeving van een zorgverzekeraar die zich specialiseert in profifepolissen begrijp ik overigens dat er in de markt wel degelijk goede mogelijkheden worden gezien voor het voeren van een actief beleid gericht op dergelijke polissen, zonder dat daarbij een premiekorting wordt geboden.

Alles overziende meen ik, in aanmerking nemende dat het hier gaat om de invoering van een verplichte verzekering voor de gehele bevolking, dat onder de Zorgverzekeringswet voldoende mogelijkheden zijn geschapen om diegenen tegemoet te komen die zich vanwege gemoedsbezwaren niet of onvoldoende kunnen verenigen met deze wetgeving. Teneinde aan deze mogelijkheden nog een modaliteit toe te voegen ben ik desgevraagd bereid om te onderzoeken of de Zvw-premieervangende belasting, die in het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet het zorgverzekeringsfonds toekomt, in plaats daarvan dezelfde bestemming zou kunnen krijgen als de AWBZ-premieervangende belasting.

5. Onverzekerden

De leden van de CDA- en de VVD-fractie hebben gevraagd waarom het kabinet er niet voor heeft gekozen om gegevenbestanden te koppelen zodat het aantal mensen dat niet verzekerd is zo gering mogelijk blijft.

Net als bij de Zorgverzekeringswet het geval zal zijn, moeten mensen zich ook in het huidige verzekeringsstelsel tot een ziektekostenverzekeraar wenden om hun recht op zorg te materialiseren of om een overeenkomst af te sluiten. Ziekenfondsverzekerden zijn nu weliswaar van rechtswege verzekerd maar moeten zich bij een ziekenfonds inschrijven om recht te hebben op zorg indien dat nodig is. Mensen die op een particuliere ziektekostenverzekering zijn aangewezen, zijn nu zelfs niet verplicht zich te verzekeren, maar doen dat in het algemeen wel. Ik verwacht daarom niet dat er in het nieuwe stelsel problemen zullen ontstaan.

Daar komt bij dat zorgverzekeraars, in aanvulling op een uitgebreide voorlichtingscampagne die door de overheid wordt opgezet, ruim voor de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet hun verzekerden informeren over het nieuwe verzekeringsstelsel. Verzekeraars zullen hun verzekerden tevens informeren over de polissen die zij in het kader van de Zorgverzekeringswet zullen aanbieden en welke daarvan het meest overeenkomt met de verzekering die de betrokken verzekerde op dat moment heeft. Voor verzekerden zal de meest met hun bestaande verzekering overeenkomende zorgverzekeringspolis gaan gelden tenzij de verzekerde expliciet laat weten dat hij voor een andere polis of een andere verzekeraar kiest. Indien een verzekeraar niet voornemens is de Zorgverzekeringswet te gaan uitvoeren, zal hij zijn verzekerden hiervan op de hoogte stellen en hen verwijzen naar andere verzekeringsmogelijkheden. Op deze manier kan worden voorkomen dat bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet mensen min of meer onbewust onverzekerd raken. Ik wil hierbij overigens benadrukken dat indien dat mensen niet verwijtbaar niet verzekerd zijn, er ook geen boete aan deze mensen zal worden opgelegd.

Gelet op het bovenstaande ben ik van mening dat het koppelen van gegevensbestanden niet nodig is. Daar komt bij dat het koppelen van gegevensbestanden als zodanig onvoldoende is om te voorkomen dat mensen onverzekerd raken. Na identificatie van de mensen die onverzekerd zijn, zullen deze mensen immers allemaal actief benaderd moeten worden om hun te bewegen om zich alsnog te verzekeren. Gegeven de uitgebreide voorlichtingscampagne en de wijze waarop verzekeraars hun verzekerden gaan informeren vergt dit een disproportionele inzet van mensen en middelen.

6. Risicovereveningssysteem

Verschillende fracties hebben vragen gesteld over het beoogde risicovereveningssysteem.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de resultaten van een onderzoek die ten grondslag liggen aan de antwoorden in de Nota naar aanleiding van het verslag op vragen over de verklaringskracht van het vereveningsmodel en de reductie van de variantie door hogekostenverevening. Voor de goede orde zij er op gewezen dat er geen rapport als zodanig maar een rekenmodel beschikbaar is. Er zal op korte termijn een toelichting bij dit rekenmodel worden geschreven waarbij tevens zal worden ingegaan op de verklaringskracht van het model en de verklaringskracht van de HKV. Ik zal deze toelichting inclusief het rekenmodel in de loop van de volgende week naar de Tweede Kamer sturen.

De leden van de CDA-fractie vragen of het risicovereveningssysteem na twee en vijf jaar door internationale experts geëvalueerd kan worden. Ik onderken het belang van periodieke evaluatie en neem het voorstel van de CDA-fractie graag over. Overigens wordt het Nederlandse risicovereveningssysteem al enige jaren in wetenschappelijke kring besproken. In dit overleg participeren deskundigen uit vijf landen die, vanuit een vergelijkbaar zorgstelsel, werken met vormen van risicoverevening. Daarnaast acht ik, in antwoord op een vraag van de VVD-fractie over een jaarlijkse evaluatie van de werking van het systeem, de bijdrage aan het behalen van de beleidsdoelen en het borgen van de randvoorwaarden, van groot belang. Op dit moment vindt reeds jaarlijks een evaluatie van de werking van het budgetteringsmodel plaats door het College van Zorgverzekeringen.

Compensatie van chronisch zieke verzekerden

Leden van verschillende fracties hebben vragen gesteld over de compensatie van chronisch zieken. De compensatie van chronisch zieken in het risicovereveningssysteem is geoperationaliseerd in de verdeelcriteria Farmaceutische KostenGroepen (FKG's) en Diagnose KostenGroepen (DKG's).¹ De leden van de CDA-fractie vragen een uitgebreide toelichting op deze twee criteria. Het reeds toegezonden concept van de algemene maatregel van bestuur gaat hier uitgebreid op in.

Het criterium FKG is een gezondheidsvariabele die inzicht geeft in de voor die verzekerde te verwachten kosten, gebaseerd op het geneesmiddelengebruik in het verleden. Verzekerden worden daartoe ingedeeld naar FKG-klasse. Hierbij wordt een indelingstabel gehanteerd van geneesmiddelen die worden voorgeschreven en die direct gekoppeld zijn aan verschillende FKG's. Alleen chronische gebruikers van een relevant geneesmiddel worden ingedeeld in één van de onderscheiden FKG's. Op dit moment zijn er twaalf FKG's in het verdeelmodel voor de ziekenfondsen. De gewichten zijn gebaseerd op verwachte vervolgcosten van verzekerden ingedeeld in de betreffende FKG. De GL-fractie heeft gevraagd of met de FKG's (en DKG's) ook rekening wordt gehouden met

¹ Zie bijlage 1 voor de samenstelling en toeslagen van de DKG's en DKG.

aanverwante risico's. De gewichten die aan de FKG's (en DKG's) worden gekoppeld zijn gebaseerd op alle voorspelbare vervolgcosten, dus ook op kosten die betrekking hebben op aanverwante risico's. Bij de bepaling van de gewichten wordt met behulp van statistische methoden rekening gehouden met de samenhang tussen de verschillende verdeelcriteria in het vereveningsmodel. Zo wordt bij het gewicht voor oudere verzekerden rekening gehouden met het feit dat ouderen relatief vaak aan chronische ziekten lijden en daardoor voor een toeslag op grond van FKG's en/of DKG's in aanmerking komen. Voorbeelden van FKG's betreffen epilepsie (met een opslag van circa € 1 300), reuma (opslag van circa € 2 500), diabetes type 1 (opslag van ruim € 3 100) en HIV (met een opslag van ruim € 10 000). In de bijlage is de huidige lijst van FKG's opgenomen.

Het criterium DKG is een gezondheidsvariabele, die inzicht geeft in de voor die verzekerde te verwachten kosten, gebaseerd op het zorggebruik in ziekenhuizen in het verleden. Het idee achter dit criterium is dat verzekerden die in het afgelopen jaar met bepaalde diagnoses zijn opgenomen in een ziekenhuis, het jaar erop gemiddeld hogere (vervolg)kosten hebben. Zorgverzekeraars worden hiervoor extra gecompenseerd. Uitgesloten zijn diagnoses die een incidenteel karakter hebben (zoals beenbreuken). Het DKG-criterium bestaat uit dertien aandoeningengroepen, die in de Zorgverzekeringswet geïdentificeerd worden op grond van informatie over DBC's. Deze DBC's zijn samengevoegd op basis van klinische homogeniteit. Alleen die diagnosegroepen waarvan door een groep medische deskundigen is vastgesteld dat zij eenduidig wijzen op de aanwezigheid van ernstige, chronische aandoeningen, zijn bij dit criterium betrokken. Onder de DKG's vallen in totaal ongeveer zeventig groepen van diagnoses. Voorbeelden van DKG's zijn borstkanker (met een toeslag van ruim € 2 100), aandoeningen van centrale zenuwstelsel en chemotherapie (toeslag van bijna € 4 800) en hemodialyse (met een toeslag van circa € 13 600). In de bijlage is de huidige lijst van DKG's opgenomen.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het risicovereveningssysteem nooit perfect is en er altijd een specifieke groep chronisch zieken is waarvoor het systeem niet voldoende compenseert. In het risicovereveningssysteem wordt met FKG's en DKG's rekening gehouden met veel specifieke veelvoorkomende groepen chronisch zieken. Alleen al om uitvoeringstechnische redenen kan echter inderdaad nooit met alle weinig voorkomende chronische ziekten apart rekening worden gehouden. Voor de dure zeldzame vormen van chronische ziekten waarvoor in het ex-ante risicovereveningssysteem geen FKG's en DKG's zijn opgenomen bestaat echter de hogekostencompensatie. De hogekostencompensatie beoogt tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars. Dus ook deze groep chronisch zieken vormt voor een verzekeraar een acceptabel verzekeringsrisico.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het risicovereveningssysteem chronisch zieken juist extra aantrekkelijk kan maken voor zorgverzekeraars. Theoretisch is het mogelijk om beleidsmatig te sturen met het risicovereveningsmodel door de gewichten voor chronisch zieken hoger vast te stellen dan de parameters die volgen uit de statistische analyses. Ik acht dit niet gewenst vanwege het beoogde doel van het risicovereveningssysteem om op objectieve wijze gewichten vast te stellen zodat de normatieve vergoeding aansluit bij de verwachte kosten. Kortom, om elke verzekerde even aantrekkelijk te maken voor een zorgverzekeraar. Het is dus niet de bedoeling om via het risicovereveningssysteem bepaalde verzekerden extra aantrekkelijk te maken. Overigens zijn er voor zorgverzekeraars meer mogelijkheden om kosten te besparen op «dure» verzekerden met chronische ziekten (bijvoorbeeld met behulp

van «disease management programs») dan op «goedkope» verzekerden. Zorgverzekeraars hebben dan ook een financiële prikkel om zich door goede zorgsturing te richten op chronisch zieken. Het risicovereveningssysteem draagt in belangrijke mate bij aan een aanzienlijke reductie van de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars. Ook vanuit dit oogpunt acht ik een objectief systeem zonder arbitraire elementen of mogelijkheden van (politieke) sturing, essentieel.

De CDA-fractie wil graag met een voorbeeld meer inzicht krijgen in de wijze waarop het risicovereveningssysteem uitwerkt voor chronisch zieken.

Voor het voorbeeld neem ik als uitgangspunt een chronisch zieke verzekerde met de volgende kenmerken:

- man, 62 jaar;
- arbeidsongeschikt;
- langdurig insulinegebruik i.v.m. diabetes type I;
- ziekenhuisopname i.v.m. acuut hartinfarct;
- woonachtig in de Schilderswijk te Den Haag.

Voor deze verzekerde geldt de volgende normatieve vergoeding (op basis van cijfers 2005):

- basisbedrag o.b.v. leeftijd/geslacht: € 1 542
- toeslag i.v.m. arbeidsongeschiktheid: € 582
- toeslag i.v.m. FKG diabetes: € 3 127
- toeslag i.v.m. DKG acuut hartinfarct: € 2 108
- toeslag i.v.m. regio-cluster 1: € 49

De totale normatieve vergoeding voor deze specifieke chronisch zieke verzekerde bedraagt dus € 7408.

Vergelijk ik deze verzekerde met dezelfde kenmerken maar niet chronisch ziek en in loondienst dan bedraagt de totale normatieve vergoeding € 1037. Deze is als volgt opgebouwd:

- basisbedrag o.b.v. leeftijd/geslacht: € 1 542
- afslag i.v.m. loondienst: € - 290
- afslag i.v.m. geen FKG: € - 179
- afslag i.v.m. geen DKG: € - 85
- toeslag i.v.m. regio-cluster 1: € 49

Overige verdeelcriteria

De leden van de CDA-fractie hebben ook een toelichting gevraagd op de zorginhoudelijke aspecten van het verdeelcriterium woongebieden en uitkeringsstatus. Naast bovengenoemde criteria FKG's en DKG's kent het beoogde risicovereveningssysteem de verdeelcriteria «regio» en «aard van het inkomen». Ik ga eerst nader in op het criterium «regio».

Alle verzekerden worden ingedeeld naar 10 clusters postcodegebieden. Aan ieder cluster wordt een gewicht gekoppeld, bijvoorbeeld voor een verzekerde in cluster 1 (onder andere de Bijlmer of de Schilderswijk) ontvangt een verzekeraar € 49 extra, voor een verzekerde in cluster 9 (onder andere Bloemendaal) geldt een afslag van € 54. De clustering vindt plaats met een statistisch model dat op postcode niveau verschillen verklaart tussen de normatieve vergoeding en de werkelijke kosten met behulp van indicatoren voor verschillen in zorgaanbod die door zorgverzekeraars op korte termijn niet te beïnvloeden zijn (zoals afstand tot ziekenhuis, aantal bedden verpleeghuis of ziekenhuis), sociaal economische omstandigheden (zoals aandeel niet-westerse allochtonen, alleenstaanden, lage inkomens) en resterende gezondheidsverschillen (zoals mortaliteit).

In tegenstelling tot de huidige Zfw bestaat in de Zorgverzekeringswet geen relatie tussen de uitkeringsstatus en verzekeringsgerechtigheid. De administratie van zorgverzekeraars bevat in de Zorgverzekeringswet dan ook geen gegevens over de uitkeringsstatus. Uit jarenlang onderzoek komt echter naar voren dat verzekerden met bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering aanmerkelijk hogere kosten kennen dan verzekerden die niet van een uitkering afhankelijk zijn. Kennelijk is de oorzaak van de uitkering ook een oorzaak voor hogere zorgkosten. Bij de toepassing van het criterium «aard van het inkomen» wordt daarom per zorgverzekeraar ondermeer rekening gehouden met het aantal verzekerden dat afhankelijk is van verschillende soorten uitkeringen. Deze informatie heeft een zorgverzekeraar niet meer. Operationalisering van dit verdeelkenmerk zal dus plaats moeten vinden aan de hand van externe bronnen, zoals het CBS en de UWV. Nadere invulling van dit verdeelkenmerk zal worden gegeven bij ministeriële regeling.

Ex-post compensatiemechanismen

De VVD-fractie wil graag de garantie dat ex-post mechanismen eindig zijn en vraagt samen met de CDA-fractie om een afbouwtraject van deze ex-post mechanismen, in het bijzonder generieke verevening. Ik onderscheid in het risicovereveningssysteem drie soorten ex-post compensatie: hogekostencompensatie, generieke verevening en nacalculatie. Mijn streven is deze compensatiemechanismen zo min mogelijk in te zetten. Ik ben namelijk van mening dat deze mechanismen de prikkels tot kostenbeheersing verminderen en wil deze ex-post compensatiemechanismen betrekken bij de wetenschappelijke evaluaties van het risicovereveningssysteem. Hierbij heeft afbouw van generieke verevening prioriteit. Generieke verevening wordt gebruikt om mogelijke onvolkomenheden in de verdelende werking van het risicovereveningsmodel te beïnvloeden. Het betreft een verrekening tussen verzekeraars van verschillen tussen kosten en de normatieve bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. De totale vergoeding vanuit het Zorgverzekeringsfonds blijft daarbij gelijk. Ondanks mijn voornemen tot snelle afbouw moet ik voor de korte termijn nog aan enige ex-post compensatie vasthouden. Door de beperkte gegevens over de verbrede doelgroep, veranderingen in de bekostiging van het zorgaanbod en overheveling van curatieve GGZ van de AWBZ naar het 2e compartiment, blijft er vooralsnog namelijk sprake van onvolkomenheden in de verdelende werking van het risicovereveningsmodel. Een specifiek afbouwtraject van de drie ex-post compensatiemechanismen met een concrete deadline kan ik u gezien het bovenstaande niet bieden.

Overigens ben ik van mening dat altijd een vorm van hogekostencompensatie dient te bestaan om tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars. Deze ongelijke verdeling kan samenhangen met onvoorspelbare zaken zoals ongelukken, maar ook met hele dure, incidentele vormen van (een op zich goed te normeren) chronische ziekte, die niet ondervangen worden door FKG's en DKG's. Hogekostencompensatie kan worden vormgegeven via verevening van hoge kosten boven een bepaald drempelbedrag of via nacalculatie bij het Zorgverzekeringsfonds van hoge kosten. De leden van de CDA-fractie vragen of deze hogekostencompensatie door verzekeraars zelf wordt geregeld. Dit ex-post compensatie-mechanisme wordt niet door verzekeraars zelf geregeld, maar is integraal onderdeel van het risicovereveningssysteem.

Oordeel Europese Commissie

De PvdA-fractie vraagt wanneer er meer duidelijkheid komt over het oordeel van de Europese Commissie over het vereveningsfonds. Ik heb begin november de uitgewerkte vereveningsregeling ter notificatie aange-

meld bij de Europese Commissie inzake staatssteun. De toegezegde beantwoordingstermijn bedraagt twee maanden. Ik verwacht in januari 2005 uitsluitel van de commissie. Overigens geeft het gevoerde pre-notificatie-overleg met de Commissie mij geen reden tot zorg over de goede afloop. Ik ga er vanuit dat er geen sprake is van staatssteun, want de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds is een redelijke vergoeding aan zorgverzekeraars voor de acceptatieplicht, ook van slechte risico's. Het risicovereveningssysteem is noodzakelijk om de toegang tot sociale zorgverzekering te waarborgen. Een recente beschikking van de Europese Commissie over risicoverevening in het Ierse private verzekeringsstelsel bevestigt mijn verwachting dat risicoverevening niet als staatssteun zal worden aangemerkt.

7. Werkgeverslasten op meso-niveau

De leden van de PvdA- en de VVD-fractie hebben om een nadere toelichting op de mutatie van de werkgeverslasten gevraagd. Op macroniveau blijven werkgevers in het nieuwe zorgstelsel ongeveer hetzelfde betalen als in het huidige stelsel. Op sectoraal niveau en microniveau (individuele werkgevers) kunnen echter wel lastenverschuivingen optreden.

Het totale netto-effect van de lastenverschuiving is afhankelijk van een aantal zaken:

1. Het aantal ziekenfondsverzekerden respectievelijk particulier verzekerden in een bedrijf c.q. sector
2. Het gemiddelde loonniveau van deze werknemers
3. De huidige CAO-afspraken over vergoeding voor particulier verzekerden
4. Eventueel nieuwe CAO afspraken hierover met ingang van 1 januari 2006
5. De hoeveelheid meeverzekerde familieleden waarvoor een werkgever ook vergoeding betaalt.

Uit deze lijst van relevante factoren volgt dat de effecten per sector (door uiteenlopende CAO-afspraken), maar ook op bedrijfsniveau (door samenstelling van het personeel en hun familie) kunnen verschillen.

Ter indicatie van de sectorale effecten wordt in onderstaande tabel een (globale) raming gegeven van de mutatie van de werkgeversbijdrage tussen het huidige en het nieuwe stelsel op basis van onderzoek uit 2002.¹ Op basis van dit onderzoek is met de volgende uitgangspunten gerekend:

- Bij berekening van de werkgeversbijdrage in het huidige stelsel is er van uitgegaan dat de werkgever in verband met meeverzekerde huishoudleden een werkgeverstegemoetkoming geeft voor gemiddeld 1,6 persoon per huishouden.
- Bij de werkgeverslasten uit hoofde van de ZFW betalen werkgevers gemiddeld circa 70% van de maximale premie per werknemer, omdat niet alle ziekenfondsverzekerden een inkomen op het niveau van de premiegrens verdienen.

¹ SEO, Werkgeversbijdrage particuliere ziektekostenverzekering, Amsterdam, 2002.

Tabel 1: Mutaties werkgeversbijdrage ZFW en particulier verzekerden

	Werkgevers- last als perc ziektekosten oud	Werkgevers- last als perc ziektekosten nieuw	Mutatie premielast totaal als perc. totale loonsom
Textiel-, kleding en papierindustrie	63%	51%	- 1,2%
Gezondheids- en welzijnszorg	56%	49%	- 0,7%
Financiële instellingen	57%	53%	- 0,5%
Cultuur en overige dienstverlening	55%	50%	- 0,5%
Detailhandel	50%	48%	- 0,3%
Horeca	50%	48%	- 0,3%
Bouwnijverheid	52%	51%	- 0,2%
Groothandel en reparatie	52%	51%	- 0,2%
Voedings- en genotmiddelenindustrie	52%	51%	- 0,1%
Metaal-, machine- en overige industrie	52%	51%	- 0,1%
(Petro-) chemische industrie	52%	53%	0,1%
Transport, opslag en communicatie	47%	51%	0,4%
Landbouw, visserij en delfstoffenwinning	45%	49%	0,5%
Nutsbedrijven	52%	56%	0,5%
Zakelijke dienstverlening	45%	51%	0,7%
GEMIDDELD/TOTAAL	51%	50%	- 0,1%

De tabel toont allereerst twee kolommen die aangeven welk deel van de ziektekosten door de werkgever wordt bekostigd, in de huidige situatie en na invoering van de Zorgverzekeringswet. In de laatste kolom wordt aangegeven hoe groot de mutatie in de werkgeversbijdrage wordt verondersteld als percentage van de totale loonsom.

Het effect dat optreedt, is een combinatie van enerzijds het feit dat werkgevers minder premie gaan betalen voor voormalig ziekenfondsverzekerden (de procentuele premie daalt voor deze groep van 6,75% naar 5,96%) en anderzijds het feit dat zij ook voor de huidige particulier verzekerden een procentuele premie gaan betalen. In de laatste kolom staat de mutatie uitgedrukt als percentage van de loonkosten. Uit de tabel blijkt dat de totale werkgeverslasten in de meeste sectoren in het nieuwe stelsel ongeveer evenveel bedragen als in het huidige stelsel. In totaal gaan werkgevers licht minder bijdragen dan nu het geval is (1%-punt). Dit is het equivalent van de daling van de werkgeverlasten die naar voren komt in de tabel op pagina 76 van de Nota naar aanleiding van het verslag.

Al met al loopt de mutatie in de premielast per sector uiteen van -1,2% daling tot +0,7% stijging. Voor zover sectoren er op achteruitgaan komt dit ten dele omdat deze sectoren in het huidige stelsel minder aan werkgeversbijdragen betalen dan in andere sectoren gebruikelijk is.

8. Gedelegeerde regelgeving

De CDA-fractie heeft gevraagd om een overzicht van de gedelegeerde regelgeving die voortvloeit uit het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet. Het betreffende overzicht is opgenomen in bijlage 2 bij deze brief. Een concept van de uitwerking van de delegatiebepalingen over de te verzekeren prestaties, de no-claim teruggave en de vereveningsbijdrage heeft uw Kamer ontvangen als bijlage bij de Nota van het verslag. Ook uit het oogpunt van bestrijding van de administratieve lastendruk is bij het opstellen van het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet zo terughoudend mogelijk omgegaan met het stellen van nadere regels. Ongeveer de helft van de nadere regels en ministeriële regelingen betreft zogenoemde kan-bepalingen, waarvan pas gebruik wordt gemaakt indien een bepaalde situatie zich (onverhoopt) voordoet en het beleidsmatig noodzakelijk wordt geacht daarop in te grijpen.

9. Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet

De CDA-fractie heeft gevraagd naar de contouren van de Invoerings- en Aanpassingswet.

De overgang van het bestaande naar het nieuwe verzekeringsstelsel dient uiteraard zorgvuldig te gebeuren. Om dit te bewerkstelligen wordt in de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet een aantal zaken geregeld. Zoals ik al heb aangegeven is de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet overwegend technisch van aard. Hieronder volgt een globale duiding van de onderwerpen die in deze wet aan de orde komen:

- Geregeld wordt welke wet- en regelgeving door de invoering van de Zorgverzekeringswet zal vervallen. Dit betreft de thans bestaande ziektekostenverzekeringen; de Zfw, de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) en de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ), alsmede de daaraan gerelateerde lagere regelgeving. Ook de financiële afwikkeling van deze wet- en regelgeving wordt in de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet geregeld: najijlfecten Zfw, Wet MOOZ en Wtz 1998.
- Regelgeving voor zover deze noodzakelijk is om overgangsbeleid te ondersteunen.¹ In ieder geval zal geregeld worden dat een particuliere ziektekostenverzekering van rechtswege eindigt voor zover de dekking ervan gelijk is aan de dekking van een ten behoeve van de verzekerde gesloten zorgverzekering.
- De werkzaamheden van de ziekenfondsen zullen ophouden te bestaan. De wet voorziet er in dat ziekenfondsen de overgang kunnen maken naar zorgverzekeraar, zowel in juridisch als in financieel opzicht.
- De ziekenfondsen die besluiten tot uitvoering van de Zorgverzekeringswet kunnen de inmiddels opgebouwde wettelijke reserve inbrengen bij de start van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is dat het inbrengen van bestaande wettelijke reserves alleen kan zolang de betreffende ziekenfondsen ervoor kiezen de Zorgverzekeringswet zonder winstoogmerk uit te voeren. Indien bij de start van de zorgverzekering of binnen tien jaar daarna alsnog wordt gekozen voor uitvoering van de zorgverzekering met winstoogmerk, dan wel het bedrijf wordt beëindigd, moeten de oude wettelijke reserves worden afgerekend. In de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet zal dit wettelijk worden geregeld.
- Door het verdwijnen van de Wtz 1998 zullen ook de werkzaamheden van de Stichting Uitvoering Omslagregelingen worden afgebouwd. De wet voorziet in deze afwikkeling.
- De Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) zal op een aantal punten aanpassing behoeven. Dit betreft het toezicht en de overgangsregelingen op het terrein van subsidies en PGB. Aangezien de vrijwillige AWBZ-verzekering in de bestaande vorm niet langer noodzakelijk is, wordt hiervoor voorzien in een overgangsregeling.
- Bij CAO wordt de tegemoetkoming die de werknemer van de werkgever ontvangt inzake ziektekosten geregeld. Het kabinet heeft de sociale partners gevraagd om te voorkomen dat werkgevers met ingang van 2006 zowel een tegemoetkoming aan werknemers betalen op grond van lopende CAO-afspraken als een vergoeding voor de door de werknemers te betalen inkomensafhankelijke premie. Indien de sociale partners onverhoopt een dergelijke afspraak niet maken, kan in de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet worden geregeld dat de verplichte betaling van de werkgeversbijdrage ingevolge de Zorgverzekeringswet in mindering wordt gebracht op de bestaande CAO-verplichtingen.
- Voor het overige regelt de wet een aanzienlijk aantal technische wijzigingen in allerlei andere wetten en andere socialeverzekeringswetten.

¹ Met overgangsbeleid is bedoeld de overgang van de ziekenfondsverzekering, de ambtelijke regelingen en de particuliere verzekering naar een zorgverzekering.

Zo dient bijvoorbeeld op vele plaatsen de aanduiding «Ziekenfondswet» gewijzigd te worden in «Zorgverzekeringswet». Het systeem van de socialeverzekeringswetten zal geen inhoudelijke wijziging ondergaan als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet.

10. Inkomensgevolgen specifieke groepen

De PvdA-fractie heeft inzicht gevraagd in de inkomensgevolgen van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag voor specifieke groepen. Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik graag naar bijlage 3.

11. Inkomensgevolgen Wajonggerechtigden, minimumloners jonger dan 23 jaar en studenten

De PvdA-fractie heeft gevraagd te kijken naar de inkomenseffecten als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet voor mensen tussen de 18 en 23 jaar met een minimumloon en de groep met een Wajonguitkering. De inkomenseffecten zijn voor hen groter omdat zij niet het volledige minimumloon of een (daaraan gerelateerde) volledige Wajonguitkering hebben. Omdat de zorgtoeslag is gebaseerd op het volledige minimumloon ontvangen zij relatief minder zorgtoeslag.

Tabel Inkomenseffecten invoering Zvw minimumjeugdloon en wajong (euro per jaar)

Leeftijd	18 jaar	19 jaar	20 jaar	21 jaar	22 jaar	23 jaar
<i>Minimumjeugdloon</i> inkomenseffect in proc.	- 2,8%	- 2,1%	- 1,3%	- 0,7%	- 0,1%	0,5%
<i>Wajong</i> - inkomenseffect in proc.	- 0,8%	- 0,8%	- 0,8%	- 0,8%	- 0,8%	- 0,8%

Minimumjeugdloon

De 18- en 19-jarigen met een minimumjeugdloon hebben als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet te maken met extra inkomenseffecten ten opzichte van andere groepen. Deze inkomenseffecten zijn tijdelijk. De 18-jarige met een minimumloon heeft in elk geval perspectief op inkomensverbetering: zodra hij 19 jaar wordt ondervindt hij een positieve inkomensverbetering van ruim 10%. Het kabinet wil desalniettemin bezien of en zo ja op welke wijze compensatie kan worden vormgegeven. De juridische houdbaarheid en budgettaire consequenties dienen daarbij nader te worden afgewogen. De positie van deze groep zal ook worden betrokken bij de nadere afweging die op basis van het verwachte koopkrachtbeeld voor 2006 zal worden gemaakt.

Wajonggerechtigden

Het inkomenseffect als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet bedraagt voor een Wajonggerechtigde van 23 jaar en ouder - 0,8%. Voor een kleine groep Wajonggerechtigden onder de 23 jaar zou zonder aanvullende compensatie het inkomenseffect groter zijn. Met specifieke compensatie gericht op Wajonggerechtigden onder de 23 jaar blijft het inkomenseffect voor deze groep beperkt. Over de praktische invulling wordt nog met betrokken uitvoerders gesproken. Ook de positie van Wajonggerechtigden zal opnieuw worden bezien bij de nadere afweging op basis van het verwachte koopkrachtbeeld 2006.

Studenten

De inkomenseffecten voor studenten als gevolg van de invoering van het stelsel zijn mede afhankelijk van hun eventuele inkomsten uit arbeid of anderszins. Dat is niet voor alle studenten hetzelfde. Sommigen werken

gedurende het hele jaar part-time terwijl anderen slechts een deel van het jaar werken. Het ministerie van OCW heeft een budget van € 33 miljoen beschikbaar ter voorkoming van ongewenste inkomenseffecten bij studenten. Het ministerie van OCW zal nader bezien het beschikbare budget wordt ingezet.

12. Koopkracht ambtenaren

De PvdA-fractie heeft inzicht gevraagd in de inkomensgevolgen van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag voor ambtenaren.

De werknemers in de overheidssectoren zijn ongeacht de hoogte van hun looninkomen uitgesloten van deelname aan de Zfw.¹ Daarom hebben overheidssectoren andere ziektekostenregelingen. Deze kunnen globaal ingedeeld worden in «interim» en «publiekrechtelijke» regelingen. Door deze gevarieerde uitgangssituatie zijn de inkomenseffecten van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag per overheidssector verschillend en wijken deze effecten bovendien af van de gemiddelde effecten voor werknemers in de marktsector.

Door de invoering van de Zorgverzekeringswet vervallen uiteraard de ziektekostenregelingen in de overheidssector en daarmee ook de daarmee samenhangende werkgeversvergoedingen. Hierdoor vallen budgettaire middelen vrij bij de werkgevers in die sectoren. U zult begrijpen dat ik met het oog op de komende CAO-onderhandelingen bij de overheid thans geen exacte bedragen kan noemen. Deze middelen kunnen worden ingezet voor de compensatie van de inkomenseffecten van werknemers in de overheidssectoren. De totale inkomenseffecten voor werknemers in de overheidssector wijken gemiddeld in negatieve zin 0,4% af van de gemiddelde inkomenseffecten voor werknemers in de marktsector.² Met specifieke compensatie kan een vergelijkbaar beeld als in de markt gerealiseerd worden.

13. Buitenlandsituaties bij de zorgtoeslag

De VVD-fractie heeft gevraagd of in het buitenland wonende Nederlanders die op grond van de Zorgverzekeringswet verzekerd zijn en zorgtoeslag aanvragen, deze zorgtoeslag ook krijgen als ze niet in Nederland belastingplichtig zijn. Een AWBZ-verzekerde die buiten Nederland woonachtig is, is verzekeringsplichtig ingevolge de Zorgverzekeringswet. Indien hij een zorgverzekering heeft gesloten komt hij in beginsel ook in aanmerking voor een zorgtoeslag. Voor zover de betrokkene inkomen in Nederland verwerft, is dat inkomen bij de belastingdienst bekend omdat over dat inkomen premie volksverzekeringen, waar onder de AWBZ, en de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet wordt geheven. Bij betrokkene zal worden gevraagd of hij nog andere inkomsten geniet. Betrokkene geeft dit zelf op. Vervolgens kan zonodig verificatie van zijn inkomen plaats vinden in het woonland.

14. Artikelen voorstel Zorgverzekeringswet

In het wetgevingsoverleg heb ik toegezegd meer technische vragen over de Zorgverzekeringswet voor zover ik die niet mondeling beantwoord heb, schriftelijk te beantwoorden.

Artikel 6, tweede lid

De PvdA-fractie heeft gevraagd of een verzekerde bij verhuizing zijn zorgverzekering zou kunnen behouden. Het antwoord op deze vraag is dat dat kan indien de verzekerde verhuist naar een provincie waarin zijn zorg-

¹ De overheid kent de volgende sectoren: onderwijs, rechterlijke macht, politie, defensie, rijk, gemeenten, provincies, waterschappen en academische ziekenhuizen.

² Met totale inkomenseffecten zijn hier bedoeld de inkomenseffecten van de invoering van de Zorgverzekeringswet inclusief de compensatie via de zorgtoeslag en de fiscale compensatie.

verzekeraar dezelfde zorgpolis aanbiedt. Het kan echter niet indien de verzekerde verhuist naar een provincie waarin zijn zorgverzekeraar niet werkt (dat kan overigens alleen het geval zijn als de verzekeraar minder dan 850 000 verzekerden heeft), of waarin deze slechts andere zorgpolissen aanbiedt. Dat is het gevolg van het feit dat «kleine» zorgverzekeraars per provincie mogen werken, en van het feit dat alle verzekeraars per provincie een andere set modelovereenkomsten mogen aanbieden. Ik verwacht overigens dat veel zorgverzekeraars hun modelovereenkomsten in meerdere provincies tegelijk zullen aanbieden en dat de situatie waar de PvdA-fractie op doelt in de praktijk niet zo vaak zal voorkomen.

artikel 11 en het Besluit zorgverzekering

De SP-fractie heeft gevraagd waarom zorg die nodig is ten gevolge van atoomkernreacties of terrorisme buiten de dekking van de zorgverzekering zal blijven. Daarover wil ik graag het volgende opmerken. Zorg ten gevolge van atoomkernreacties valt, indien het gaat om een ongeluk, binnen de dekking. Indien de atoomkernreactie echter het gevolg is van een oorlogshandeling of een terroristische actie, valt deze buiten de dekking (in geval van een terroristische actie overigens slechts voor zover de Minister van Financiën dat heeft bepaald). Op grond van de artikelen 64, tweede lid, en 89, tweede lid, van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 en op grond van de Noodwet financieel verkeer geldt namelijk dat schaden ten gevolge van oorlogsmolest of – voor zover de minister van Financiën dat heeft bepaald – terrorisme buiten de dekking van schadeverzekeringen vallen. Dit principe van algemeen verzekeringsrecht geldt, nu de zorgverzekeraars private verzekeraars zijn, ook voor de zorgverzekeraars. Overigens bevat de Zorgverzekeringswet wel de mogelijkheid om zorgbehoeften in geval van oorlogsmolest of terrorisme langs andere weg – dus buiten de zorgverzekering om – te lenigen: de artikelen 55 en 39, tweede lid, onderdeel d, regelen dat in dat geval vanuit het Zorgverzekeringsfonds gelden beschikbaar kunnen worden gesteld.

artikel 11

De CDA-fractie wil graag weten waar de verzekerde zijn rechten aan ontleent, aan de amvb of aan de polisvoorwaarden. In reactie daarop wil ik opmerken dat de verzekerde zijn rechten zal ontleenen aan zijn zorgverzekeringsovereenkomst, zoals neergelegd in zijn zorgpolis. Als de wetgever wijzigingen in het te verzekeren pakket aanbrengt, zal de zorgverzekeraar die in zijn polissen dienen te verwerken. Doet de zorgverzekeraar dat niet, dan wordt hij jegens de verzekerde schadeplichtig, terwijl hij bovendien niet in aanmerking komt voor de vereveningsbijdrage en een boete van het CTZ kan krijgen. Voorts kan het CTZ in dit geval met behulp van een aanwijzing of een last onder dwangsom afdwingen dat de polissen alsnog aan het wettelijke pakket worden aangepast.

artikel 11, derde lid

De SP-fractie wil weten of in de amvb op grond van artikel 11, derde lid, van de Zorgverzekeringswet – dat wil zeggen: in het Besluit zorgverzekering – ook wordt geregeld wat er gebeurt indien een zorgverzekeraar weigert voor rekening van de verzekering zorg te (laten) verstrekken, dan wel weigert een rekening te vergoeden. Dit zal niet in het Besluit worden geregeld, omdat het al bij de wet is geregeld, te weten in artikel 113 van de Zorgverzekeringswet, in de Wet op de rechterlijke organisatie en in het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Bij de door de SP-fractie bedoelde geschillen kan een verzekerde eerst naar een onafhankelijke instantie (art. 113 van de Zorgverzekeringswet) en vervolgens in drie instanties naar de burgerlijke rechter.¹ Overigens verwacht ik dat de zorgverzekeraars zelf een interne heroverwegingsprocedure zullen vorm-

¹ Deze drie instanties zijn:

* in eerste aanleg: kantonrechter of rechtbank;

* hoger beroep: gerechtshof;

* cassatie: Hoge Raad.

geven, die aan de benadering van de onafhankelijke instantie vooraf kan gaan. Zowel bij een initiële weigering als – uitgebreider – in de heroverwegingsfase, zal de zorgverzekeraar zijn besluit tegenover de verzekerde dienen te motiveren. Hetzelfde geldt indien het komt tot voorlegging aan de onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter. Zonder motivering van zijn beslissing maakt de zorgverzekeraar bij die instantie of de rechter namelijk geen enkele kans.

artikel 13

De CDA-fractie heeft gevraagd in welke gevallen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is, wil de verzekerde, in afwijking van zijn zorgpolis, zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder mogen halen.

Op grond van artikel 13 kan een verzekerde die krachtens zijn zorgpolis is aangewezen op gecontracteerde zorgaanbieders, zich desondanks wenden tot zorgaanbieders waarmee zijn zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft afgesloten. De verzekerde heeft dan recht op vergoeding van kosten. Aan dit recht kan de zorgverzekeraar geen toestemmingsvereisten verbinden.

artikel 18

De CDA-fractie heeft gevraagd of ook andere groepen dan werknemers gebruik kunnen maken van collectiviteiten. De in artikel 18 van het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet bedoelde collectiviteiten kunnen uitdrukkelijk ook andere personen dan werknemers betreffen. Voor de redenen daarvoor verwijs ik gaarne naar het artikelsgewijze deel van de memorie van toelichting.

artikel 18, vierde lid

De PvdA-fractie vraagt wat de voorhang is bij de amvb op grond van artikel 18. In aansluiting op datgene wat ik hierover tijdens het wetgevingsoverleg heb opgemerkt, kan ik inmiddels met zekerheid bevestigen, dat in het wetsvoorstel niet voorzien is in voorhang van een eventuele amvb op grond van dit artikel.

artikel 20

De CDA-fractie vraagt hoe hoog de te verlenen korting bij een eigen risico naar verwachting zal zijn. Zorgverzekeraars mogen zelf de premiekorting bij de vijf staffels eigen risico bepalen. Tijdens het wetgevingsoverleg heb ik daarbij al aangegeven, dat het niet zo zal zijn dat een eigen risico van € 500 zal leiden tot een jaarlijkse premiekorting van € 500. De premiekorting zal lager zijn. De risicoverevening heeft wat dit betreft een matigend effect. De CDA-fractie stelt terecht, dat een verzekerde die in een bepaald jaar een eigen risico heeft, in het jaar daarop kan kiezen voor een verzekering met een lager eigen risico of zonder eigen risico. Echter, de verzekeraar mag wel een wachttijd van hoogstens een jaar instellen. Gedurende die wachttijd handelt de verzekeraar alsof het oude eigen risico nog gold. Dat is geregeld in artikel 20, eerste en tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.

artikel 28

De SP-fractie heeft voorgesteld om regels te stellen aan de wijze waarop verzekeraars hun verzekerden invloed dienen te verschaffen. Zoals ik tijdens het wetgevingsoverleg naar aanleiding van het amendement van de leden van de fracties van GL en SP (stuk nummer 24) reeds heb opgemerkt, ben ik er geen voorstander van om nu al regels te stellen over de wijze waarop zorgverzekeraars hun verzekerden invloed moeten geven op hun beleid. Ik vind het verstandiger de zorgverzekeraars hierin vrijheid te geven, en pas regels te stellen indien zou blijken dat zij hun verzekerden onvoldoende invloed geven.

artikel 64

De PvdA-fractie stelde naar aanleiding van artikel 64 van de Zorgverzekeringswet dat het CVZ op dit moment toezicht houdt op het vermogensbeheer, en vroeg vervolgens of dit onder de Zorgverzekeringswet ook het geval zal zijn. Indien de PvdA-fractie bedoelt te vragen of de wijze waarop het CVZ het Zorgverzekeringsfonds zal beheren, gelijk is aan de wijze waarop hij de huidige Algemene Kas beheert, luidt het antwoord bevestigend. Indien hij echter doelt op het toezicht op het vermogensbeheer van de zorgverzekeraars, geldt het volgende. Op dit moment houdt het CTZ daar toezicht op. Onder de Zorgverzekeringswet zal DNB/PVK deze taak vervullen. Dat komt doordat de ziekenfondsen geen verzekeraars in de zin van de Wet toezicht verzekeringbedrijf 1993 zijn, en de zorgverzekeraars wel. Op grond van laatstgenoemde wet houdt DNB/PVK prudentieel toezicht op alle private verzekeraars, derhalve ook op de toekomstige zorgverzekeraars.

artikel 118

De CDA-fractie vraagt naar het overgangsrecht op grond van artikel 118. Anders dan de CDA-fractie veronderstelt, ziet artikel 118 van de Zorgverzekeringswet niet op het overgangsrecht. Artikel 118 ziet op de situatie waarin de Zorgverzekeringswet al volop in werking is, en de wetgever het wettelijk te verzekeren pakket (zie art. 11) zou uitbreiden. Artikel 118 zorgt er dan voor dat aanvullende verzekeringen van rechtswege eindigen voor dat gedeelte, dat in de zorgverzekering moet worden opgenomen. Voor de verzekerde is dat plezierig, omdat hij dan voor die zorg niet dubbel premie hoeft te betalen. Ook voor de verzekeraar is het plezierig, omdat hij die aanvullende verzekering voor het desbetreffende gedeelte niet afzonderlijk hoeft op te zeggen.

artikel 120

De SP-fractie heeft ten slotte nog gevraagd naar de exacte betekenis van artikel 120 van de Zorgverzekeringswet. Zijn verzekeraars wel of niet ondernemingen? Naar mijn mening zullen de zorgverzekeraars wel degelijk ondernemingen zijn. Dat blijkt ook uit de definitie van «zorgverzekeraar» in artikel 1, onderdelen a en b, van de Zorgverzekeringswet. Het zijn van onderneming betekent vervolgens, dat (onder meer) het mededingingsrecht op de zorgverzekeraars van toepassing is. Voor het geval het Hof van Justitie ooit uit zou spreken dat de zorgverzekeraars geen ondernemingen zijn – hetgeen ik overigens onwaarschijnlijk acht – regelt artikel 120 dat desalniettemin toch het Nederlandse mededingingsrecht van toepassing is. Daarmee wordt onder meer zeker gesteld, dat de zorgverzekeraars – ook als ooit zou blijken dat zij volgens het Hof van Justitie geen ondernemingen zijn – nooit kartels zullen mogen vormen, nooit een machtspositie zullen mogen misbruiken en altijd onder het toezicht van de NMa zullen vallen. Voor een nadere toelichting verwijs ik naar de Nota naar aanleiding van het verslag, onder artikel 120.

15. Reactie amendementen 10, 14, 15, 17, 18 en 25 bij voorstel Zorgverzekeringswet

Tijdens het wetgevingsoverleg heb ik op de meeste amendementen op het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet reeds commentaar gegeven. Op enkele amendementen ga ik in het hiernavolgende schriftelijk in.

Mevrouw Kant (SP) heeft een amendement ingediend om de mogelijkheid om te kiezen voor een eigen risico uit de Zorgverzekeringswet te schrappen. Ten aanzien hiervan wil ik graag het volgende opmerken. Allereerst gaat het nieuwe verzekeringsstelsel ervan uit dat concurrentie tussen verzekeraars een belangrijk instrument is om tot goede zorg voor alle verzekerden, tegen een zo laag mogelijke prijs te komen. De beoogde concurrentie wordt bevorderd indien verzekeraars mogelijkheden hebben om zich van elkaar te onderscheiden. Het aanbieden van een of meer van de vijf staffels eigen risico door de verzekeraar en zelf de daarbij horende premiekortingen vast te stellen (die overigens wel voor iedereen die het desbetreffende eigen risico neemt, dienen te gelden), is één van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden. Daarnaast geven de staffels eigen risico de verzekerden meer keuzemogelijkheden: zij hebben immers de vrije keuze uit alle eigen-risicobedragen die verzekeraars aanbieden, naast de mogelijkheid een zorgverzekering zonder eigen risico af te sluiten. Ten derde vergroot het eigen risico voor verzekerden die daarvoor hebben gekozen, ook het kostenbewustzijn. Gelet op bovenstaande redenen ontraad ik het amendement.

Introductie heroverweging met verplicht advies CVZ (Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 14)

De heer Heemskerk (PvdA) stelt voor expliciet in de Zorgverzekeringswet te regelen, dat een verzekeringnemer of verzekerde die het niet eens is met een besluit van zijn zorgverzekeraar, om (vergoeding van) bepaalde zorg te weigeren, de zorgverzekeraar om heroverweging kan vragen. In het kader van die heroverweging dient de zorgverzekeraar, uitzonderingen daargelaten, advies van het CVZ te vragen. Na de heroverweging kan de zaak alsnog aan de onafhankelijke instantie, bedoeld in artikel 113 van de Zorgverzekeringswet of aan de burgerlijke rechter worden voorgelegd. Gelet op de huidige praktijk in de particuliere ziektekostenverzekeringen, verwacht ik dat zorgverzekeraars in het kader van een goede serviceverlening ook zonder wettelijke regeling de mogelijkheid van heroverweging zullen aanbieden. Het is zelfs zo, dat de Ombudsman Zorgverzekeringen een verzekerde die zijn klacht bij die Ombudsman indient zonder deze eerst voor heroverweging aan zijn zorgverzekeraar te hebben voorgelegd, hem verzoekt om dat alsnog eerst te doen.

Ik kan mij voorstellen dat in geschillen over de vraag of een bepaalde vorm van zorg tot het wettelijk te verzekeren pakket behoort, het advies van het CVZ wordt gevraagd. Dat zal mogelijk ook zonder wettelijke plicht daartoe gebeuren, en indien dit niet in de heroverwegingsfase gebeurt, kan de onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter dit alsnog doen. Het nadeel van het amendement is, dat het vragen van advies niet alleen wordt voorgeschreven in situaties waarin het geschil gaat om de vraag of iets tot het wettelijke pakket behoort (artikel 11-geschillen), maar ook in situaties waarin zorgverzekeraar en verzekerde het er op zich over eens zijn dat iets tot het pakket behoort, maar de zorgverzekeraar (op basis van advies van zijn verzekeringsarts of een andere hulpverlener) van mening is dat de verzekerde er, gezien zorggebonden criteria, niet op is aangevoelen (artikel 14-geschillen). De laatste soort geschillen zijn meer individuele medisch getinte kwesties, waar een rol van het CVZ in de nieuwe situatie niet voor de hand ligt. Daarnaast leidt het standaard moeten vragen van advies tegelijkertijd ook standaard tot tijdverlies (in het amendement gemaximeerd op tien weken). Kortom, naar mijn mening is het amendement onnodig en dwingt het de zorgverzekeraars bovendien in een onnodig groot gevallen advies tot een adviesaanvraag aan het CVZ. Ik ontraad het dan ook.

Toevoegen dat het te verzekeren risico is: de behoefte aan zorg volgens bij amvb te bepalen criteria (Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 15)

In amendement op stuk nummer 15 stelt de heer Heemskerk (PvdA) voor om aan artikel 10 een lid toe te voegen. Volgens dit toe te voegen lid komt het te verzekeren risico overeen met de behoefte aan zorg dat op zijn beurt weer wordt vastgesteld volgens bij amvb te stellen criteria. Uit de toelichting op het amendement blijkt echter, dat de heer Heemskerk in de amvb niet zozeer het te verzekeren risico nader wenst te regelen, als wel de inhoud van het verplicht te verzekeren pakket.

Zoals ik in de Nota naar aanleiding van het verslag onder «artikelen 10, 11 en 14» (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 7, pp. 90 tot en met 94) uiteen heb gezet, gaat:

- artikel 10 over het te verzekeren risico (te weten: de behoefte aan bepaalde vormen van zorg);
- artikel 11 over de dekking van de verzekering, oftewel het te verzekeren pakket (te weten: de in artikel 10 genoemde vormen van zorg, zoals nader bij het op artikel 11, derde lid, berustende Besluit zorgverzekering wordt geregeld, dan wel vergoeding daarvan en, desgevraagd, bemiddeling daarnaar);
- artikel 14 over de vraag op basis van welke criteria een individuele verzekerde, gezien zijn behoefte aan zorg, op een bepaalde vorm van verzekerde zorg is aangewezen (te weten: louter op grond van zorginhoudelijke criteria).

Indien de heer Heemskerk met het amendement bedoelt het te verzekeren pakket nader te regelen (dat wil zeggen indien zijn toelichting op het amendement zijn bedoeling weergeeft), is het amendement overbodig, omdat in artikel 11, derde lid, op dit punt reeds in een amvb is voorzien. Bovendien wijzigt het amendement dan een verkeerd artikel.

Indien de heer Heemskerk echter beoogt te regelen dat het te verzekeren risico nader bij amvb wordt geregeld, merk ik het volgende op. Het is niet nodig het te verzekeren risico preciezer te regelen dan het in artikel 10 reeds geregeld is. Dat komt omdat het wettelijk te regelen pakket wel preciezer wordt geregeld (namelijk bij het op artikel 11, derde lid, te baseren Besluit zorgverzekering) en omdat vervolgens op grond van artikel 14 wordt bepaald welke verzekerde, gezien zijn individuele behoefte, op welke vorm van tot het pakket behorende zorg is aangewezen. Afgezien hiervan zou het voorgestelde tweede lid van artikel 10 tot grote onduidelijkheid leiden, aangezien in dat geval zowel het eerste als het tweede lid van artikel 10 zouden bepalen wat het verzekerde risico is. De vraag zal opkomen wat geldt: het eerste of het tweede lid? Indien het tweede lid slechts zou beogen *aanvullende* regels aan het eerste lid te stellen, zou dat in de redactie naar voren moeten komen. Gezien het voorgaande ontraad ik het amendement.

Verbod op eigen instellingen en bestuurlijke of financiële deelname in zorginstellingen (Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 17)

De heer Heemskerk heeft voorgesteld de zorgverzekeraars te verbieden zelf zorg te leveren (eigen instelling) of financieel of bestuurlijk deel te nemen in zorginstellingen tenzij daarvoor een ontheffing wordt verleend. Deze ontheffing komt overeen met datgene wat daarover op dit moment in de Zfw is geregeld. In mijn brief naar aanleiding van uw nadere vragen én in het wetgevingsoverleg heb ik al aangegeven waarom ik een dergelijk verbod onwenselijk acht. Ik maak graag van de gelegenheid gebruik om u er op te wijzen dat een verbod op het hebben van eigen instellingen voor naturaverzekeraars mogelijk spanning zou oproepen met de Europese richtlijnen schadeverzekering. Het kenmerk van een naturaverzekering is immers dat de verzekeraar indien het verzekerde risico is ingetreden, de verzekerde prestatie in natura aan de verzekerde levert. In casu dient een

zorgverzekeraar bij intreden van een zorgbehoefte die verzekerde zorg aan de verzekerde te leveren, waarop de verzekerde is aangewezen. Hij kan daaraan voldoen door de zorg zelf te leveren, of deze, op basis van een inkoopovereenkomst, voor zijn rekening door een zorgaanbieder te leveren. Een verbod op de eerste methode van levering kan niet vanuit het algemeen belang worden gerechtvaardigd, en zal derhalve een ontoelaatbare inperking van de Europeesrechtelijke vrijheden van de verzekeraar betekenen. Het amendement Heemskerk is ingegeven door de gedachte dat voorkomen moet worden dat een zorgverzekeraar door een eigen instelling of bestuurlijke of financiële deelname in een zorginstelling het zorgaanbod in een bepaalde regio voor (verzekerden van) andere zorgverzekeraars onbereikbaar maakt. Ik ben het met hem eens dat dat moet worden voorkomen. In aanvulling op de bestaande bevoegdheden van de NMa zal de Zorgautoriteit in dezen een taak krijgen. Vooral markten in verandering kunnen immers behoefte hebben aan specifieke regels. De Zorgautoriteit moet zorgverzekeraars – maar uiteraard ook zorgaanbieders – met een aanmerkelijke marktmacht (marktaandeel) omwille van eerlijke concurrentie bepaalde aanvullende verplichtingen kunnen opleggen. Dat zal ook in het wetvoorstel Marktordening gezondheidszorg worden opgenomen. De resultaten daarvan kunnen doorwerken in de bekostiging. Het geheel overziend ontraad ik dit amendement.

Toevoeging verplichting om bij amvb regels te stellen over de samenstelling en de werkwijze van de onafhankelijke geschilleninstantie (Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 18)

De heer Heemskerk zou graag zien dat bij amvb nadere regels over de samenstelling en werkwijze van de onafhankelijke geschilleninstantie worden vastgelegd. De praktijk leert dat men in diverse economische sectoren door middel van zelfregulering ook tot goed werkende geschillencommissies is gekomen. Ook voor de huidige Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 is door particuliere verzekeraars een geschillencommissie in het leven geroepen. Deze geschillencommissie functioneert uitstekend, ondanks het ontbreken van regelgeving over samenstelling of werkwijze. Ik vind het niet verstandig allerlei zaken te gaan voorschrijven en vastleggen die in de dagelijkse praktijk ook zonder wettelijke dwang goed blijken te gaan. Daarom ontraad ik dit amendement.

Schrappen artikel 119 (Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 25)

De leden Tonkens, Kant en Heemskerk (GL, SP, PvdA) stellen in hun amendement voor artikel 119 te schrappen. Dit artikel 119 bepaalt dat de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer niet gelden ten aanzien van de wijze waarop zorgverzekeraars hun middelen aanwenden. Het toezicht op de vraag of de zorgverzekeraars hun in de Zorgverzekeringwet neergelegde verplichtingen op rechtmatige wijze nakomen, is op grond van het wetsvoorstel belegd bij het CTZ (in de toekomst: Zorgautoriteit). Het gaat daarbij onder meer om de vraag of zij hun acceptatieplicht nakomen, of zij onder de noemer «zorgverzekering» niet meer en niet minder verzekeren dan het wettelijk te verzekeren pakket, of zij de nominale premie niet naar risicokenmerken van hun verzekerden differentiëren en of zij de polisvoorwaarden nakomen. Tevens houdt het CTZ toezicht op een correcte opgave van verzekerdenaantallen en -kenmerken door zorgverzekeraars aan het CVZ. Zorgverzekeraars kunnen zelf bepalen hoe zij hun werkzaamheden financieren. Tevens mogen zij vrije winstbestemming hebben, zolang hun verzekerden krijgen waar zij ingevolge de zorgpolis recht op hebben. Toezicht op de rechtmatigheid van de bestedingen zou dan ook zinledig zijn: iedere besteding zou immers rechtmatig moeten worden geacht. Het CTZ houdt dan ook geen toezicht op de doelmatigheid en de rechtmatigheid van de bestedingen van zorgverzekeraars. Daarbij aansluitend zijn in

artikel 119 ook de onderzoeksbevoegdheden van de Algemene Rekenkamer krachtens artikel 91 van de Comptabiliteitswet (uitsluitend) op dit punt uitgesloten. Ik wil het amendement daarom ontraden.

Mogelijk ten overvloede wijs ik erop dat de onderzoeksbevoegdheid van de Rekenkamer met betrekking tot overige aspecten, zoals naleving van de wettelijke verplichtingen zoals hierboven genoemd niet door artikel 119 worden geraakt.

Samenstelling en toeslagen FKG's, 2005

FKG	Toeslag (in €)	Omschrijving van de Farmaceutische kostengroep
0	- 179	niet ingedeeld
1	1 102	cara
2	1 315	epilepsie
3	1 849	ziekte van Crohn/colitus ulcerosa
4	1 784	hartaandoeningen
5	2 492	Reuma
6	2 888	Parkinson
7	3 127	diabetes I
8	4 710	transplantaties
9	4 839	cystic fibrosis/pancreas aandoeningen
10	7 394	neuromusculaire aandoeningen
11	10 088	HIV/AIDS
12	6 322	nier-aandoeningen

Samenstelling en toeslagen DKG's, 2005

DKG	Toeslag (in €)	Omschrijving van de diagnosegroep
13	13 685	(Thuis)hemodialyse
12	8 563	Thuisbeademing Orgaan of weefsel dat door transplantatie is vervangen Pneumococ- niosen, andere longziekten door externe prikkels, bronchiëctasie Maligne neoplasma lymfatisch en bloedvormend weefsel Fractuur van de wervelkolom met ruggenmergletsel
11	8 478	Maligne neoplasma oesofagus/lever/pancreas Metastasen
10	6 130	Nierziekten, nefritis, nefrotisch syndroom en nefrose Maligne neoplasma hersenen en zenuwstelsel Diabetes met chronische complicaties Longkanker Immuundeficiënties, bloedziekten Chronisch ulcus van de huid
9	5 736	(Sub)acute levercelnecrose, gevolgen van chronische leverziekte Maligne neoplasma mondholte/farynx/tractus respiratorius Maligne neoplasma maag/dunne darm/overige tractus digestivus Chronische obstructieve longziekten (COPD) Maligne neoplasma van rectum
8	4 749	HIV/AIDS Chronische leverziekte en -cirrose, overige lever- aandoeningen Maligne neoplasma placenta/ovarium/uterusadnexa Reumatoïde artritis en aandoeningen van bindweefsel
7	4 781	Overige aandoeningen van het centrale zenuwstelsel Chemotherapie (nevenverrichting)
6	3 844	Degeneratieve ziekten van het centrale zenuwstelsel Overige maligne neoplasma Paroxysmale supraventriculaire tachycardie Perifere vaatziekten Maligne neoplasma blaas/nier/overige urineorganen Coma en overige aandoeningen van de hersenen
5	3 329	Kunstmatige lichaamsopening van de tractus digestives Arteriosclerose Ziekten van de longcirculatie, hartdecompensatie Ziekten van het pancreas, absorptiestoornissen van de darm
4	2 767	Subarachnoïdale, (overige) intracerebrale bloedingen Acuut gewrichtsreuma, chronische reumatische hartaandoeningen Benigne neoplasma hersenen en zenuwstelsel Maagaandoeningen en overige aandoeningen duodenum Ernstige congenitale afwijkingen Enteritis regionalis, idiopathische proctocolitis Hypertensie met complicaties Maligne neoplasma van het colon Aneurysma van de aorta en overige aneurysma Beroerte Cardio-respiratory failure en shock
3	2 505	Infecties van bot Maligne neoplasma prostaat/testis/mannelijke geslachtsorganen Afsluiting en stenose van precerebrale arteriën Radiotherapie (nevenverrichting) Overige (sub)acute vormen van ischemische hartziekten Ziekten van de oesofagus
2	2 108	Darmdivertikels Epilepsie, convulsies Arteriële, overige veneuze embolie en trombose Borstkanker Diabetes mellitus zonder/met niet gespecificeerde complicaties Maligne neoplasma uterus/cervix/vrouwelijke geslachtsorganen Intracranieel letsel zonder schedelfractuur Angina pectoris Post en acuut myocard infarct Overige vormen van chronische ischemische hartaandoeningen Astma Ulcus ventricoli, -duodeni, -pepticum, -gastrojejunalis Inwendig letsel van borst, buik en bekken, traumatische amputatie, brandwonden

DKG	Toeslag (in €)	Omschrijving van de diagnosegroep
1	1 241	Diabetes mellitus met acute complicaties Osteo-artrose Atrium fibrilleren en «flutter» Geleidingsstoornissen en hart dysritmieën

Ex Art.	Onderwerp
Bij algemene maatregel van bestuur	
11	Te verzekeren prestaties (in concept gereed) met daarin de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen ten aanzien van de inhoud en omvang van (bepaalde vormen van) de verzekerde zorg, de indicatie voor bepaalde zorg en de vergoeding van en/of eigen bijdragen voor de verzekerde zorg
12	Naturaverplichting (K)
18	Collectiviteiten (K)
22	No-claim-teruggave (in concept gereed)
28	Invloed van verzekeren op beleid zorgverzekeraars (K)
32	Vereveningsbijdrage (in concept gereed) met daarin de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen ten aanzien van de berekening van het normatieve bedrag t.b.v., en de bijdrage aan, een zorgverzekeraar, de herberekening van het normatieve bedrag t.b.v. een zorgverzekeraar en de vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar en aanvullende bijdragen
44	Aanpassingsmethode indexcijfer werkgeversbijdrage (K)
61	Rechtspositie personeel CVZ (K)
85	Administratie en verificatie sociaal-fiscaalnummer (K)
121	Tijdelijke voorzieningen bij taakverwaarlozing CVZ en CTZ (K)
123	Uitvoering van de wet (K)
Bij ministeriële regeling	
22	Jaarlijkse herziening indexcijfer no claim
29	Bepalen aantal verzekerden bij fusies (K)
32	Criteria vereveningsbijdrage
33	Tussentijdse toekenning en berekening extra middelen (K)
34	Vaststelling bijdrage
35	Inrichting administratie CVZ (K)
38	Inhoud uitvoeringsverslag (K)
39	Middelen reservevorming
40	Rekening-courant en rente van saldi
44	Jaartal indexering en bijdragepercentage bij afwijkende periode (K)
45	Vaststelling bijdragepercentage
46	Vergoeding werkgeversbijdrage
47	Inkomensafhankelijke bijdrage (K)
50	Bijdrage-inkomen (K)
52	Afdracht inkomensafhankelijke bijdragen
53	Heffing en invordering inkomensafhankelijke bijdragen (K)
55	Omvang bijdrage bij rampen
59	Vergoedingen en rechtspositie leden CVZ
68	Verstreken van subsidies CVZ (K)
69	Bijdrage in het buitenland wonenden
74	Jaarplan, jaarrekening, vaststelling budget etc
79	Inhoud en inrichting samenvattend rapport CTZ
82	Openbaarmaking informatie (K)
86	Verstrekking persoons- en medische gegevens
87	Gegevensverstrekking
88	Onderlinge gegevensverstrekking
89	Statistische gegevens
105	Afzien van strafrechtelijk voorleggen
117	Persoonsidentificatie
Beleidsregels	
32	CVZ – wijze van toepassing vereveningsregeling
34	CVZ – vaststelling vereveningsbijdrage
62	Minister – werkwijze en uitoefening taken CVZ (K)
83	CVZ – administratie zorgverzekeraars en accountantsverslag (K)
91	CVZ – regels gegevensverstrekking elektronische infrastructuur (K)

¹ K = kan-bepaling, wettelijke formulering is dat regels kunnen worden gesteld.

Inkomenseffecten Zorgverzekeringswet (%)

<i>Alleenstaanden</i>	
WML	0,4%
110% WML	0,3%
120% WML	0,1%
150% WML	- 0,3%
200% WML	0,4%
250% WML	- 1,0%
modaal	0,3%
2x modaal	- 1,0%
ZF-grens - 1 euro	0,4%
ZF-grens + 1 euro	- 1,2%
<i>Eenoudergezinnen</i>	
WML	- 1,0%
110% WML	- 1,0%
120% WML	0,5%
150% WML	2,0%
200% WML	0,0%
250% WML	4,6%
modaal	2,2%
2x modaal	3,3%
ZF-grens - 1 euro	0,0%
ZF-grens + 1 euro	5,4%
<i>Alleenverdieners zonder kinderen</i>	
WML	- 0,3%
110% WML	- 0,5%
120% WML	- 0,6%
150% WML	- 0,9%
200% WML	- 1,4%
250% WML	- 0,1%
modaal	- 1,1%
2x modaal	- 0,1%
ZF-grens - 1 euro	- 1,4%
ZF-grens + 1 euro	1,1%
<i>Alleenverdieners met kinderen</i>	
WML	- 0,4%
110% WML	0,6%
120% WML	0,5%
150% WML	0,1%
200% WML	- 1,9%
250% WML	4,0%
modaal	- 0,2%
2x modaal	3,0%
ZF-grens - 1 euro	- 1,9%
ZF-grens + 1 euro	5,8%
<i>Tweeverdieners zonder kinderen</i>	
modaal + 50% WML	- 1,4%
modaal + 70% WML	- 1,2%
modaal + 90% WML	- 0,8%
modaal + modaal	0,3%
2x modaal + 50% WML	- 2,0%
2x modaal + 70% WML	- 1,7%
2x modaal + 90% WML	- 1,4%
2x modaal + modaal	- 0,5%
<i>Tweeverdieners met kinderen</i>	
modaal + 50% WML	- 1,3%
modaal + 70% WML	- 0,6%
modaal + 90% WML	- 0,3%
modaal + 1/2 modaal	- 0,3%
2x modaal + 50% WML	1,5%
2x modaal + 70% WML	1,9%
2x modaal + 90% WML	2,0%
2x modaal + 1/2 modaal	2,0%
<i>AOW alleenstaand</i>	
sociaal minimum	0,9%
AOW+ 5000	1,1%
AOW + 10 000	0,5%
AOW + 15 000	- 0,4%
ZF-grens - 1 euro	0,2%

ZF-grens + 1 euro	1,7%
<i>AOW gehuwd</i>	
sociaal minimum	- 0,8%
AOW+ 5000	- 0,1%
AOW + 10 000	6,5%
AOW + 15 000	4,8%
ZF-grens - 1 euro	- 0,4%
ZF-grens + 1 euro	11,4%
