Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

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. 27

BRIEF VAN DE MINIISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 maart 2005

1. Inleiding

Met deze brief reageer ik op uw verzoek (brief VWS/05/20/LD), dat ik 7 maart jl. ontving, om te bevorderen dat de Tweede Kamer voor 1 april a.s. de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-wet Zvw) bereikt. Het kabinet hecht er zeer aan de Zorgverzekeringwet (Zvw) en Wet op de zorgtoeslag (Wzt) op 1 januari 2006 in werking te laten treden. Een zo spoedig mogelijke afronding van de voor invoering relevante wet- en regelgeving is essentieel met het oog op een zorgvuldige implementatie. De planning die ik hanteer is daarop ook toegesneden. Bij de inrichting van het tijdpad voor de invoering van de Zvw heeft, naast goede betrokkenheid van de Staten-Generaal, een tijdige en zorgvuldige informatievoorziening naar burgers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere belanghebbenden voorop gestaan.

Graag attendeer ik op de planning die de staatssecretaris en ik ten behoeve van het hoofdlijnendebat over de vernieuwing van de curatieve zorg in maart 2004 naar de Tweede Kamer hebben gestuurd en die destijds niet op bezwaren stuitte. In die planning is indiening van de I&A-wet Zvw in mei voorzien en dit tijdschema geldt nog steeds.[1] Een voorbehoud bij deze planning is dat vanzelfsprekend rekening gehouden moet worden met de voortgang en strekking van het advies van de Raad van State.

De genoemde indieningstermijn acht ik ook op inhoudelijke gronden goed verdedigbaar. In de I&A-wet Zvw worden hoofdzakelijk technische kwesties geregeld. Bovendien is over de in deze wet geregelde aspecten die een functie hebben voor het invoeringstraject reeds bij indiening en behandeling van het Zvw-wetsvoorstel duidelijkheid ontstaan, respectievelijk zijn er afspraken over gemaakt met partijen. Ik doel daarbij met name op de informatie die ik uw Kamer heb doen toekomen over de

[1] Kamerstukken II, 2003/04, 23 619, nr. 21.

KST85346
0405tkkst29762-27
ISSN 0921 - 7371
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2005

onderwerpen die aan de orde komen in de I&A-wet Zvw.[1] Hetzelfde overzicht met een beknopte toelichting op onder meer de beoogde voorlichtingscampagne is opgenomen in mijn brief aan de Eerste Kamer over de parlementaire behandeling van de Zvw, Wzt, I&A-wet Zvw, het Besluit zorgverzekering en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).[2] Ik heb de Tweede Kamer een afschrift van deze brief doen toekomen.
Voorts wijs ik erop dat de Zvw slechts zal kunnen worden ingevoerd nadat ook de I&A-wet Zvw door de beide kamers is aanvaard, zodat de beide kamers ten volle betrokken zullen zijn bij de vaststelling van de invoeringsmodaliteiten.

Tegelijkertijd heb ik volledig begrip voor het feit dat het parlement graag zo vroeg en volledig mogelijk wordt geïnformeerd over de inhoud van de I&A-wet Zvw. Bovendien ben ik graag bereid om via nadere informatieverstrekking bij te dragen aan een voorspoedig wetgevingsproces van de I&A-wet Zvw en – in de Eerste Kamer – de Zvw en de Wzt. Daarom zal ik in aanvulling op de reeds eerder verstrekte informatie in deze brief nader ingaan op de inhoud van de I&A-wet Zvw, die rond het eind van deze maand door de Koningin voor advies aan de Raad van State zal worden voorgelegd. De facto betekent dit dat u nu reeds inzicht krijgt in de voornaamste onderdelen van de memorie van toelichting van de I&A-wet Zvw. Ik hecht eraan te benadrukken dat het advies van de Raad van State voor het kabinet nog aanleiding kan vormen tot aanpassing van het wetsvoorstel.

Ik benut deze brief tevens om in te gaan op een aantal moties en toezeggingen die voortkomen uit het debat in uw Kamer over de Zvw en Wzt.

Tot slot zal ik kort ingaan op enkele andere aan de Zvw verbonden onderwerpen, waarover u binnenkort deels nog afzonderlijke stukken ontvangt. Met dit overzicht hoop ik bij te dragen aan een gestructureerde informatievoorziening en besluitvorming.

Mede met het oog op de behandeling van de Zvw en de Wzt zal ik deze brief in afschrift doen toekomen aan de voorzitter van de Eerste Kamer.

2. De Invoerings- en aanpassingswet Zvw

De I&A-wet Zvw regelt de rechtsgevolgen die voortvloeien uit de invoering van de Zvw, de daarmee samenhangende intrekking van wet- en regelgeving, evenals de noodzakelijke overgangsregelingen voor die wetten en wijzigingen in andere wetten. Waar 90% of meer van de artikelen in de I&A-wet Zvw technisch van aard is, ligt het accent in deze brief op de inhoudelijk meer relevante onderdelen van het wetsvoorstel.

2.1 Het doen vervallen of wijzigen van wet- en regelgeving

Met de invoering van de Zvw worden de Ziekenfondswet (Zfw), de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ) ingetrokken. Door het vervallen van de genoemde wetten komt ook de op deze wetten gebaseerde lagere regelgeving van rechtswege te vervallen. Verder maken de veelal technische wijzigingen in andere wetten, zoals het doen vervallen of vervangen van passages over «de Ziekenfondswet», ongeveer de helft uit van de I&A-wet Zvw.

[1] Kamerstukken II, 2004/05, 29 762/29 763, nr. 15.
[2] Kamerstukken I, 2004/05, nr. B.

2.2 Beëindiging particuliere verzekeringen en afwikkeling Zfw, Wtz 1998 en Wet MOOZ

De I&A-wet Zvw bevat tevens regelgeving die noodzakelijk is om het overgangsbeleid te ondersteunen. Ook deze is overwegend technisch van aard. Zo wordt geregeld 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.
Verder wordt bijvoorbeeld geregeld dat verzekerden die al onder hun huidige verzekering toestemming hebben gekregen voor een bepaalde behandeling, of in het bezit zijn van een vereiste doorverwijzing van een arts, onder de Zvw deze niet nogmaals hoeven te verwerven. Ook is, in lijn met het amendement-Van der Vlies op de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg[1], voorzien in financiering onder het nieuwe stelsel van zorg die de verzekerde nu op grond van de Zfw ontvangt bij een gecontracteerde zorgaanbieder, ook als zijn zorgverzekeraar met die aanbieder geen overeenkomst mocht hebben gesloten.
Een belangrijk onderdeel van het overgangsrecht vormt verder de zorgvuldige afwikkeling van de Zfw, Wet MOOZ en Wtz 1998. Zo wordt bijvoorbeeld geregeld dat na het intrekken van de Zfw het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) taken blijven verrichten met betrekking tot de Zfw-uitvoering. Deze afwikkeling wordt nader toegelicht.

Afwikkeling Zfw
Bij de afwikkeling van de Zfw gaat het om de aanspraken van verzekerden op verstrekkingen en vergoedingen en de afrekening daarvan door ziekenfondsen met de zorgaanbieders. Voor zover nog niet onherroepelijk is beslist omtrent de verlening van een verstrekking of vergoeding of een no-claimteruggave, zal dat nog wel moeten gebeuren. Dat betekent dat er nog beslissingen moeten worden genomen, bezwaarschriften moeten worden behandeld en procedures voor de rechter kunnen worden gevoerd over zaken uit de jaren voor de intrekking van de Zfw.
Ook wat betreft de status van verzekerde zijn in beginsel nog (doorlopende) procedures denkbaar. Ook die zullen moeten worden afgewerkt voor zover dat voor het vaststellen van rechten en plichten over jaren voor de intrekking van de wet noodzakelijk is. Voor zover een verzekerde over periodes gelegen voor de intrekking van de wet nog procentuele of nominale premie verschuldigd mocht zijn of daaromtrent procedures aanhangig zijn, zullen die evenzo moeten worden afgewikkeld.
Bij de afwikkeling van de aanspraken en andere lopende zaken over de oude jaren blijven voor de ziekenfondsen alle bepalingen van kracht die in het desbetreffende jaar golden. Zo blijft onder andere ook gelden dat een ziekenfonds toestemming nodig heeft voor het overdragen van verbintenissen aan een ander ziekenfonds, doelmatig moet werken en de middelen slechts mag besteden voor de uitvoering van de Zfw.
De door ziekenfondsen met zorgaanbieders gesloten medewerkersovereenkomsten moeten correct worden nageleefd voor de periode waarin ze nog golden. Zo mag het ziekenfonds van de zorgaanbieder verlangen dat die zijn verplichtingen nakomt, maar blijft het ziekenfonds zelf ook gehouden de zorgaanbieder de overeengekomen betalingen te doen.
Het CVZ en CTZ zullen in 2006, op dezelfde wijze als zij dat tot dusverre doen, taken uitvoeren en beslissingen nemen met betrekking tot de uitvoering van de Zfw in 2005 en eerdere jaren; daarbij kan worden gedacht aan het controleren van de ziekenfondsen inzake de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Zfw en het vaststellen van de hoogte van de uitkeringen aan de ziekenfondsen over 2005 of eerdere jaren. Zij zullen daarover ook moeten rapporteren aan de minister.

[1] Kamerstukken II, 2003/04, 28 994, nr. 18.

De I&A-wet Zvw is erop gericht om de Zfw af te wikkelen voor 1 januari 2010. Daartoe wordt bepaald dat verzekerden verzoeken tot betaling van een vergoeding voor 1 januari 2007 bij het ziekenfonds moeten hebben ingediend. Voor de aanspraken in natura hoeft naar de aard der zaak niets te worden geregeld. Zorgaanbieders moeten hun declaratie voor 1 januari 2008 aan het ziekenfondsen hebben gezonden op straffe van verval van hun vorderingsrecht. Het CVZ moet uiterlijk 1 juli 2009 de eindafrekening (nadere vaststelling) met alle ziekenfondsen over 2005 en eerdere jaren hebben afgerond. Verder wordt bepaald dat het saldo van de Algemene Kas per 1 januari 2010 ten goede of ten laste komt van 's Rijks schatkist.

Deze zorgvuldige afwikkeling van de Zfw laat onverlet dat veel van de regels van de Zfw voor de toekomst hun betekenis zullen verliezen. Zo zullen er in beginsel geen nieuwe gevallen zijn waarin moet worden beoordeeld of iemand verzekerd is; daarmee zullen ook vragen rond de inschrijving van verzekerden al snel tot het verleden behoren. Er zal geen sprake meer zijn van heffing van een procentuele of nominale premie voor de ziekenfondsverzekering. De toelating van rechtspersonen als ziekenfonds verliest met de intrekking van de Zfw haar betekenis; datzelfde geldt daarmee ook voor de regels omtrent de taakuitoefening door ziekenfondsen. Ziekenfondsen hoeven met zorgaanbieders geen overeenkomsten meer te sluiten voor de uitvoering van de Zfw. De informatiebepalingen, de bepalingen inzake bezwaar en beroep en de regels over de invloed van de verzekering op het burgerlijk recht hebben nog slechts belang voor de afwikkeling van de oude jaren.

Afwikkeling Wtz 1998 en Wet MOOZ
Ook de Wtz 1998 zal met de invoering van de Zvw vervallen. De Wtz 1998 kent een omslagregeling ter zake van de schaden die voortvloeien uit deze verzekering. Op basis van artikel 16 van de Wtz 1998 is een voorziening gevormd, die dient voor de vergoeding aan ziektekostenverzekeraars van naijlende schaden ingeval van beëindiging van de omslagregeling. De omvang van deze voorziening blijft beperkt tot een bedrag ter grootte van de gemiddeld jaarlijks naijlende schaden. Dit komt globaal overeen met de Wtz 1998-schaden van drie kalendermaanden. De vorming van de voorziening is gestart in 2002, waarbij tot 2006, het jaar van invoering van de Zvw, jaarlijks in gelijke delen middelen worden toegevoegd aan de voorziening.
Er is een beperkte groep Wtz-verzekerden in het buitenland. In 2002 en 2003 hebben bijna 900 personen een Wtz-verzekering gesloten, van wie er ruim 650 in België en Duitsland wonen. De verzekerden uit die twee landen zijn hoofdzakelijk werknemers. Voor alle in het buitenland wonende personen betekent de invoering van de Zvw dat zij straks of ingevolge de Zvw verzekeringsplichtig worden (grensarbeiders), of dat zij aanspraken op vergoeding van ziektekosten krijgen op grond van verordening of verdrag.

Bij de invoering van de Zvw zal de Wtz 1998, behoudens de overgangsregeling, worden ingetrokken. Hiermee zullen ook de taken van de Stichting uitvoering omslagregeling (Suo) worden afgebouwd. De wet voorziet in deze afwikkeling. De regering staat een snelle en kwalitatief goede afhandeling van de uit de Wtz 1998 voortvloeiende claims voor. Over de wijze waarop de Suo haar wettelijke taak beëindigt, is overleg gevoerd met de Suo en met het CVZ.

Bij de invoering van de Zvw zal ook de Wet MOOZ verdwijnen. De Wet MOOZ kent een met de WTZ 1998 vergelijkbare omslagregeling. Deze dient overigens niet voor de vergoeding van ziektekostenverzekeraars, maar ter compensatie van de relatieve oververtegenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds. De MOOZ-omslag kent naijleffecten, waarop

nader zal worden ingegaan in een aparte brief die uw Kamer gelijktijdig met de I&A-wet zal ontvangen.

2.3 Overgang verzekerden naar de Zvw

Op 1 januari 2006 vangt – voor iedere AWBZ-verzekerde – de Zvw-verzekeringsplicht aan. In het nieuwe verzekeringsstelsel is voor verzekerden een belangrijke rol weggelegd. Beoogd wordt immers dat zorgverzekeraars concurreren om de gunst van verzekerden op premie, kwaliteit en service. Verzekerden zijn vrij in de keuze van hun zorgverzekeraar en vrij om te wisselen van verzekeraar. Deze vrijheid geldt ook bij de overgang naar de Zvw. Tegelijkertijd is het voor zowel verzekerden als verzekeraars van belang dat deze overgang ordentelijk verloopt. Verzekerden dienen te weten waar ze in het nieuwe verzekeringsstelsel aan toe zijn qua rechten en plichten en op de hoogte te zijn van de stappen die ze in het kader van de overgang moeten of kunnen zetten.

In dit verband is een aantal zaken relevant. Om te beginnen bevat de Zvw een aantal sociale waarborgen, waaronder de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en het wettelijk omschreven pakket, dat overeenkomt met het huidige Zfw-pakket aangevuld met een aanzienlijk deel van de geestelijke gezondheidszorg. De invoering van de Zvw leidt er toe dat deze waarborgen straks voor alle ingezetenen gelden. De gekozen premiestructuur in combinatie met de zorgtoeslag leidt er bovendien toe dat alle Nederlanders tegen redelijke kosten verzekerd zullen zijn.

Om verzekerden in dit overgangsjaar te ondersteunen bij het maken van hun keuze voor een zorgverzekeraar zet mijn ministerie een voorlichtingscampagne op. In de voorlichtingscampagne zal een belangrijke rol toekomen aan vertegenwoordigende organisaties van consumenten en patiënten. Ook worden de vertegenwoordigende organisaties van de huidige ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren hierbij betrokken. Verder streef ik bij het geven van voorlichting naar samenwerking met vertegenwoordigende organisaties van onder meer sociale partners, zorgaanbieders en assurantietussenpersonen. Ter ondersteuning van verzekerden wordt tevens vergelijkende informatie over verzekeraars beschikbaar gesteld via de zorgportal KiesBeter.nl.

Bij een eventuele keuze voor een zorgverzekering zullen veel verzekerden ook geïnteresseerd zijn in het aanbod aan aanvullende verzekeringen. Hoewel de aanvullende verzekeringen slechts een beperkt deel – nog geen 6% – betreffen van de kosten van curatieve zorg, hebben veel burgers immers een dergelijke verzekering afgesloten. De genoemde website KiesBeter.nl bevat ook hierover keuze-informatie.
De aanvullende verzekeringen maken per definitie geen deel uit van het wettelijke stelsel van sociale zekerheid. Er hoeft in dit verband ook geen overgangsrecht te worden opgesteld. Het is aan marktpartijen zelf, te weten de verzekeraars enerzijds en de verzekerden en eventueel hun werkgevers anderzijds, om zorg te dragen voor eventuele afspraken over aanvullende verzekeringen in het licht van de invoering van de Zvw.[1] Vanuit het oogpunt van een ordentelijke invoering van de Zvw juich ik het toe dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het initiatief heeft genomen om hierover afspraken te maken.

Gedragslijn ZN
Van belang voor de overgang van verzekerden is de brief die de voorzitter van ZN, de heer Wiegel, op 9 december 2004 heeft gestuurd aan de leden van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer. Hierin schrijft hij over de afspraak die zorgverzekeraars hebben gemaakt na een gesprek

[1] Wel dienen partijen dienen daarbij rekening te houden met artikel 120 van de Zvw. Op dit artikel wordt ingegaan in paragraaf 3.3 van deze brief.

met mij over een tijdige informatievoorziening aan verzekerden. Deze afspraak behelst dat zij vóór 1 november 2005 aan hun huidige verzekerden een non-select, integraal aanbod zullen doen voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering, dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking. Met het oog op de gewenste keuzevrijheid van de verzekerde zal daarbij expliciet worden aangegeven dat de verzekerde gerechtigd is een keuze te maken voor andere verzekeringsproducten dan wel voor een andere zorgverzekeraar.

Het is voor alle partijen van belang dat zo snel mogelijk vaststaat waar en op welke polis mensen verzekerd zijn. Om te bevorderen dat tijdig duidelijkheid ontstaat, kan gedacht worden aan een bepaling in de brief van zorgverzekeraars aan hun verzekerden, waarin zij aangeven dat de verzekerde vóór 31 december dient te reageren, indien deze géén gebruik wenst te maken van het aanbod van de verzekeraar.

ZN heeft mijn departement laten weten dat de NPCF de gedragslijn ondersteunt. Deze zal voorts nog door ZN aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit (MMa) ter toetsing aan de Mededingingswet worden voorgelegd. ZN heeft als voorwaarde om de datum van 1 november te halen gesteld dat tijdig de relevante cijfers en gegevens bekend zijn, onder meer wat betreft het systeem van risicoverevening. VWS heeft aan ZN aangegeven dat de relevante informatie naar verwachting uiterlijk 1 oktober beschikbaar kan zijn. Op het halen van deze deadline is onder meer het traject toegesneden van het uitwerken van het vereveningsmodel, waaronder het opstellen van de desbetreffende ministeriële regels en beleidsregels van CVZ conform het Besluit zorgverzekering.

Wettelijke verankering
Bij de plenaire behandeling van de Zvw in de Tweede Kamer heb ik gesproken over de overgang van verzekerden in relatie tot de I&A-wet Zvw.[1] In antwoord op vragen van de CDA-fractie heb ik aangegeven zo nodig bereid te zijn om de door ZN geaccordeerde gedragslijn in de I&A-wet te verankeren. Op een enkel punt blijkt dit inderdaad wenselijk te zijn, mede om in de overgangsfase helderheid te creëren over de boetebepalingen die samenhangen met de verzekeringsplicht en daarbij ook de door de CDA-fractie gevraagde redelijkheid te betrachten.

Alvorens hierop nader in te gaan wil ik graag stil staan bij de situatie die zich na de invoering van de Zvw zal ontwikkelen. De Zvw bevat een verzekeringsplicht. Tevens is bepaald dat de verzekerde de zorgverzekering kan opzeggen voor 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar. Ook kan de verzekerde de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop de zorgverzekeraar een premieverhoging bekend maakt, voor zover die niet voortvloeit uit een wijziging van de op grond van de Zvw te verzekeren prestaties, en de inwerkingtreding van die verhoging. Wanneer we de huidige praktijk onder de Zfw doortrekken naar de praktijk onder de Zvw, zullen zorgverzekeraars premiewijzigingen doorgaans bekend maken in december. Verzekerden hebben dan op grond van de Zvw tot 1 februari de tijd om hun verzekering op te zeggen en een nieuwe verzekering af te sluiten. Indien de verzekeringsplichtige verzuimt tijdig een nieuwe verzekering af te sluiten legt het CVZ de verzekerde een bestuurlijke boete op. Voor het overgangsjaar 2005 is naar een andersoortig regime gezocht, omdat zowel verzekerden als verzekeraars nog gewend moeten raken aan het nieuwe verzekeringsstelsel. Er is aansluiting gezocht bij een bepaling in de Zvw, die zich richt op burgers die voor het eerst te maken krijgen met de verzekeringsplicht, bijvoorbeeld mensen die zich vanuit het buitenland in Nederland vestigen. Bij het ontstaan van de verzekeringsplicht is bepaald dat een verzekeringsplichtige vier maanden de tijd heeft om een

[1] Kamerstukken II, 2004/05, handelingen, nr. 35, pag. 2345–2346.

verzekering af te sluiten. De verzekering werkt dan terug tot het moment waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. De termijn van vier maanden is in de Zvw opgenomen om degenen die voor het eerst onderworpen raken aan de verzekeringsplicht de tijd te geven zich op de verzekeringsmarkt te oriënteren en een afgewogen keuze voor een verzekering te kunnen maken.
Deze bepaling kan evenwel niet zonder meer van toepassing zijn bij de invoering van de Zvw, gelet op de omstandigheid dat op 1 januari 2006 voor iedere AWBZ-verzekerde de Zvw-verzekeringsplicht aanvangt. De wettelijke termijn van vier maanden zou inhouden dat deze Zvw-verzekeringsplichtigen pas uiterlijk op 1 mei 2006 de verzekering uit hoofde van de Zvw gesloten moeten hebben, met terugwerkende kracht tot 1 januari. Dit zou ertoe kunnen leiden dat van een substantieel aantal verzekeringsplichtigen gedurende vier maanden onduidelijk blijft bij welke verzekeraar zij welke verzekeringsovereenkomst afsluiten, met alle uitvoeringstechnische complicaties van dien. De regering heeft deze termijn dan ook bezien tegen het licht van de voor iedereen geldende aanvang van de verzekeringsplicht in samenhang met de inspanningen die geleverd worden door de overheid en zorgverzekeraars om over de verzekeringsplicht algemene en specifieke voorlichting te geven. Deze informatie-inspanningen zijn er op gericht de verzekeringsplichtigen vóór 1 november 2005 op de hoogte te stellen van de invoering van de Zvw, in algemene en specifieke zin. De regering heeft, om te bereiken dat zo spoedig mogelijk duidelijk is waar iedereen verzekerd is, besloten bij de invoering van de Zvw te bepalen dat men zijn verzekering voor 1 maart moet hebben gesloten, die dan met terugwerkende kracht ingaat per 1 januari. Indien men zich na 1 maart verzekert geldt de boetebepaling. Daarmee hebben verzekerden toch vier maanden de tijd om een verzekering af te sluiten vanaf het genoemde moment van 1 november 2005. In de I&A-wet Zvw zal dan ook worden geregeld dat de verzekeringsovereenkomsten vóór 1 maart 2006 gesloten moeten worden. De regering geeft hiermee de burgers voldoende tijd zich te oriënteren op een verzekering en de verzekeringsovereenkomst te sluiten.

KPZ
Tot slot sta ik in het bijzonder stil bij de overgang van verzekerden in het kader van een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering. De Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren (KPZ) behartigt op dit moment de belangen van IZA Nederland, de Interprovinciale ziektekostenregeling (IZR), en de Regeling geneeskundige verzorging politie (RGVP). Bij deze regelingen zijn ruim 860 000 personen tegen ziektekosten verzekerd. Zij nemen op grond van hun arbeidsvoorwaarden verplicht deel aan de ziektekostenregeling. De deelnemers zijn geen Wtz 1998- of Wet MOOZ-bijdragen verschuldigd. De gezinsleden zijn meeverzekerd en de post-actieven blijven deelnemen aan de regeling. De basis voor deze ziektekostenregelingen ligt in de Wet gemeenschappelijke regelingen en maakt deel uit van de collectieve arbeidsvoorwaarden van ambtenaren in dienst van de lagere overheden en het politiepersoneel.

Op 11 oktober 2004 heeft de KPZ opmerkingen gemaakt over het overgangsrecht in een brief aan de Tweede Kamer. De KPZ behoorde overigens tot de organisaties die ik bij de voorbereiding van het wetsvoorstel heb geconsulteerd. In de gesprekken die ik met het bestuur van deze organisatie heb gevoerd, is het onderwerp overgangsrecht ook nadrukkelijk aan de orde geweest. Daarbij is een aantal specifieke vraagstukken op tafel gelegd die voortkomen uit de beëindiging van de bestaande gemeenschappelijke regelingen als gevolg van de invoering van de Zvw. Deze vraagstukken zijn inmiddels grotendeels van een antwoord voorzien. Op één van deze vraagstukken, te weten het waarborgen van de toegang tot

de aanvullende verzekering voor de post-actieve deelnemers aan de publiekrechtelijke regelingen, ga ik hieronder nader in.
Zoals ik hierboven heb uiteengezet bij het beschrijven van de gedragslijn van ZN is het streven van zorgverzekeraars erop gericht te voorkomen dat mensen vanwege de invoering van de Zvw niet of slechts tegen aanzienlijk hogere premies aanvullend verzekerd kunnen zijn. Ik verwacht dat de werkgevers en werknemers van de lagere overheden zelf een afweging zullen maken en hun verantwoordelijkheid zullen nemen om in onderhandeling te treden met zorgverzekeraars voor het afsluiten van een collectieve verzekering voor de deelnemers (werknemers en post-actieven). In combinatie met de gedragslijn van ZN biedt dit voldoende waarborgen voor de toegang tot de aanvullende verzekering van de huidige deelnemers aan de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Om de premie voor die aanvullende verzekering aantrekkelijk te houden, ook voor de post-actieven, kunnen de regelingen de middelen inzetten die zij als gevolg van de invoering van de Zvw niet langer nodig hebben (IZA en IZR beschikken over reserves) danwel kunnen de werkgevers (een deel van) de premie die zij als gevolg van de invoering van de Zvw niet langer verschuldigd zijn voor de ex-werknemers van 65 jaar en ouder inzetten voor een tegemoetkoming in de premie voor de aanvullende verzekering van post-actieven. Op deze wijze kunnen werkgevers en werknemers tot een betekenisvolle regeling voor de deelnemers aan de publiekrechtelijke regelingen komen.

2.4 Saldering in verband met CAO-afspraken

De regering wenst te voorkomen dat werkgevers met ingang van 2006 zowel een tegemoetkoming aan werknemers moeten betalen op grond van lopende CAO-afspraken als op grond van de Zvw een vergoeding voor de door de werknemers te betalen inkomensafhankelijke premie. Bij CAO wordt immers veelal een tegemoetkoming inzake de ziektekosten geregeld, die de werknemer van de werkgever ontvangt. Tegelijkertijd voorziet de Zvw erin dat werkgevers bijdragen aan de financiering van de verzekering door middel van een verplichte vergoeding aan hun werknemers van de door deze werknemers verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aangewezen loon. Deze verplichting geldt ook voor uitkeringsinstanties met betrekking tot de door uitkeringsgerechtigden verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aan te wijzen uitkeringen.

Om te voorkomen dat werkgevers worden geconfronteerd met dubbele lasten, is van belang dat de CAO's tijdig worden herzien. Het is allereerst een verantwoordelijkheid van de sociale partners zelf om te bepalen op welke wijze arbeidsvoorwaardelijke afspraken worden afgestemd op de invoering van de Zvw. De regeringsvoornemens met betrekking tot de Zvw zijn reeds geruime tijd bekend. Daarnaast heeft de regering bij brief een en ander nadrukkelijk onder de aandacht gebracht van de sociale partners in de Stichting van de Arbeid.

Nochtans bestaat er, mede gezien de in de Tweede Kamer aanvaarde motie-Schippers en Bakker,[1] aanleiding om een wettelijke voorziening te treffen voor die gevallen, waarin partijen er niet in geslaagd zijn de desbetreffende overeenkomst tijdig te wijzigen. Deze wettelijke regeling heeft het karakter van een overgangsmaatregel, waarbij de regering terughoudendheid heeft betracht. Voorzien is in een regeling die de werkgever de bevoegdheid geeft om krachtens overeenkomst verschuldigde vergoedingen in mindering te brengen op de wettelijk verschuldigde vergoeding voor de inkomensafhankelijke bijdrage. De voorgestelde regeling heeft alleen betrekking op nog niet gewijzigde overeenkomsten en het deel van de contractuele vergoedingen, dat evenredig is aan de vergoeding voor

[1] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 54.

de wettelijke zorgverzekering. De bevoegdheid tot salderen geldt dus niet voor zover de op grond van een (collectieve) arbeidsovereenkomst of vergelijkbare overeenkomst verplichte bijdrage functioneert als een tegemoetkoming in de kosten van een aanvullende verzekering. Evenmin wordt afbreuk gedaan aan de verschuldigdheid van de contractuele vergoeding; bepaald wordt slechts of en in hoeverre deze in mindering mag worden gebracht op de wettelijke bijdrage. De vermindering van de wettelijke vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage met de bedoelde contractuele vergoedingen brengt geen wijziging in de middelen van het Zorgverzekeringsfonds. Het Zorgverzekeringsfonds wordt (mede) gevoed door de inkomensafhankelijke bijdragen (en niet door de hoogte van de wettelijke vergoeding daarvan door de werkgever) en deze ondergaan geen wijziging.

2.5 Overgangsrecht Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De AWBZ behoeft op een aantal punten aanpassing. Dit betreft regels inzake de taken van het CVZ en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ). Ook is voorzien in overgangsregelingen op het terrein van subsidies, voor zover niet reeds eerder is besloten subsidieregelingen te beëindigen. Op de persoonsgebonde budgetten (PGB's) zal nader worden ingegaan in de reeds genoemde brief die uw Kamer gelijk tegelijk met het wetsvoorstel I&A-wet Zvw zal ontvangen.

Een ander onderdeel van het overgangsrecht betreft de vrijwillige AWBZ-verzekering. Bij de behandeling van de Zvw in de Tweede Kamer heb ik in reactie op vragen vanuit de VVD-fractie toegezegd om de Kamer hierover schriftelijk te informeren. Alvorens nader in te gaan op het overgangsrecht, schets ik graag de achtergrond van het doen vervallen van de vrijwillige AWBZ-verzekering en de daarbij behorende restitutieregeling, waarover ik de Kamer al eerder heb geïnformeerd.[1]

De AWBZ-verzekering is in beginsel een verzekering die voorziet in zorg in natura in Nederland voor Nederlandse ingezetenen. Bij de invoering van de zogeheten «Oortregelingen» in 1990 – in het kader van de vereenvoudiging van regels betreffende de belasting- en premieheffing – is voorzien in een verplichte AWBZ-verzekering voor buiten Nederland wonende rechthebbenden op een langlopende Nederlandse socialezekerheidsuitkering of pensioen. Daarbij is voor deze categorie een restitutieregeling in het leven geroepen die betrokkenen recht geeft op restitutie van zorgkosten voor zover die zorg niet wordt verleend op grond van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag. Zorg die wordt verleend op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, is de zorg zoals die is geregeld in de wetgeving van het woonland van de betrokkenen (woonlandpakket).
Omdat de EU-socialezekerheidsverordening en de socialezekerheidsverdragen slechts van toepassing zijn op ziekenfondsverzekerden, komt in de praktijk de restitutieregeling er op neer dat die regeling voor ziekenfondsverzekerden een aanvullend karakter heeft naast de aanspraak op het woonlandpakket op grond van een verdrag of de verordening, terwijl particulier verzekerden alle in het buitenland gemaakte AWBZ-kosten gerestitueerd krijgen.
Op 1 januari 1999 is het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden 1999 in werking getreden.[2] De regering beoogde hiermee invulling te geven aan de wens terug te keren naar de oorspronkelijke bedoeling van de volksverzekeringen om alleen ingezetenen te verzekeren, voor zo ver dat binnen het kader van internationale socialezekerheidsregelingen mogelijk was. De verplichte verzekering werd daarom beëindigd voor personen die buiten Nederland woonachtig waren, behalve voor degenen op wie een socialezekerheidsverdrag of de EU-socialezekerheidsverorde-

[1] Kamerstukken II, 2004/05, 29 538, nr. 6.
[2] KB 746.

ning van toepassing was. Dat zijn, zoals hiervoor uiteengezet, ziekenfondsverzekerden. Die mensen bleven dus verplicht verzekerd voor de AWBZ.
Voor in het buitenland wonende particulier verzekerde gepensioneerden werd een afwijkende regeling gemaakt. Om te zorgen dat deze mensen in samenhang met hun particuliere verzekering in het buitenland toch een volledige dekking konden hebben, is met ingang van 1 januari 2000 de vrijwillige AWBZ-verzekering ingevoerd. Op grond van de hiervoor omschreven restitutieregeling konden de vrijwillig AWBZ-verzekerden zorgkosten die zij in het buitenland maken, vergoed krijgen ten laste van de AWBZ. Voor ziekenfondsverzekerden behield de restitutieregeling haar aanvullende karakter, naast de aanspraken uit verdrag of verordening. Op dit moment zijn er ongeveer 2000 vrijwillige AWBZ-verzekerden in het buitenland die een resitutierecht hebben. Daarnaast zijn er ongeveer 40 000 ziekenfondsverzekerden in het buitenland.

Zoals ook bij de behandeling van de Zvw in uw Kamer aan de orde is geweest, komt bij de invoering van de Zvw het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden te vervallen. In beginsel wordt de Zvw op iedereen van toepassing. Omdat de Zvw een sociale verzekering is komt daarom iedereen te vallen onder de EU-socialezekerheidsverordening of de socialezekerheidsverdragen. Evenals dat geldt voor de huidige ziekenfondsverzekerden kunnen de betrokkenen met toepassing van deze internationale socialezekerheidsregelingen in hun woonland aanspraak maken op het woonlandpakket. Daarom bestaat er geen noodzaak meer voor de vrijwillige AWBZ-verzekering. Die wordt derhalve, tegelijk met de inwerkingtreding van de Zvw, ingetrokken.
De regering heeft vervolgens overwogen of de restitutieregeling, in aanvulling op de aanspraken ingevolge een socialezekerheidsverdrag of de EU-socialezekerheidsverordening moet blijven bestaan. Daarbij is overwogen dat de huidige restitutieregeling berust op verzekering ingevolge de AWBZ. Op grond van een recentelijk door de Europese Raad aanvaarde wijziging van de Europese socialezekerheidsverordening, die naar verwachting in de loop van 2006 in werking zal treden, zal het niet langer toegestaan zijn pensioengerechtigden verzekerd te maken ingevolgde de wetgeving van een lidstaat, wanneer zij niet in die lidstaat woonachtig zijn.
Dat betekent dat deze groepen niet langer AWBZ-verzekerd kunnen zijn en dat de op de verzekering berustende restitutieregeling niet meer van toepassing zal zijn. Betrokkenen hebben dan in hun woonland recht op de medische zorg zoals geregeld in de wetgeving van hun woonland. De kosten komen ten laste van Nederland.

Vooruitlopende op de inwerkingtreding van de genoemde verordening heeft de regering besloten bedoeld woonlandbeginsel toe te passen met ingang van de inwerkingtreding van de Zvw. Aldus handelt de Nederlandse regering overeenkomstig de verplichtingen van internationale verdragen. Betrokkenen krijgen de aanspraken volgens het pakket van hun woonland, niet meer en niet minder. Zij worden daarmee gelijk behandeld met hun inlandse buren.

Voorkomen moet worden dat mensen die nu zorg ontvangen op basis van de restitutieregeling in de problemen komen na de toepassing van het woonlandbeginsel per 1 januari 2006. Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van de Zvw heeft onder meer de VVD-fractie hier aandacht voor gevraagd. Ik onderschrijf de wenselijkheid van een fatsoenlijke overgangsregeling; de I&A-wet Zvw voorziet hierin. De overgangsregeling houdt in dat personen, die bij de inwerkingtreding van de I&A-wet Zvw al aanspraak hadden op een vergoeding van de kosten van zorg op grond van de vrijwillige AWBZ-verzekering, die vergoeding behouden. Ook is

geregeld dat, indien een zorggenietende in aansluiting op de reeds verleende zorg een andere AWBZ-verstrekking nodig heeft, ook daarin wordt voorzien. Bijvoorbeeld: de gezondheidstoestand van een rechthebbende op vergoeding van de kosten van thuiszorg verslechtert zodanig dat hij moet worden opgenomen in een verpleeghuis. Voor zover de betrokkenen op grond van een internationale regeling aanspraak hebben op het zogenaamde woonlandpakket, wordt de vergoeding in aanvulling daarop verleend. Op grond van de internationale regelingen betaalt Nederland namelijk al voor het woonlandpakket. Het is dan ook redelijk de vergoeding in aanvulling op de verdragsaanspraken te verstrekken. De overgangsregeling bevat verder bepalingen omtrent het vaststellen van de hoogte van de vergoeding, waarbij wordt aangesloten bij in het woonland geldende tarieven, of – bij het ontbreken van een vastgesteld tarief – het kostenniveau van de gezondheidszorg in dat land.
Verder wordt als voorwaarde gesteld dat rechthebbenden op de overgangsregeling zich binnen een termijn van vier maanden na inwerkingtreding van de I&A-wet Zvw aanmelden bij het CVZ. De betrokkenen ontvangen hierover voorlichting. Personen die zich na die termijn melden worden geaccepteerd, indien zij aantonen dat zij zich hebben aangemeld binnen een termijn van vier maanden nadat zij redelijkerwijs van de overgangsregeling kennis hebben kunnen nemen.

2.6 Reserves ziekenfondsen en vergunning uitvoering Zvw

De werkzaamheden van de ziekenfondsen zullen ophouden te bestaan. De wet voorziet er in dat ziekenfondsen een soepele overstap kunnen maken naar een rol als zorgverzekeraar, zowel in financieel als juridisch opzicht.

Met de Zvw houdt de huidige, verbrokkelde markt van ziektekostenverzekeringen op te bestaan en ontstaat één nieuwe markt voor de wettelijke ziektekostenverzekering, waarop alle zorgverzekeraars onder dezelfde condities opereren. Zij zullen moeten voldoen aan de algemene wetgeving voor het verzekeringsbedrijf en de specifieke regelgeving ingevolge de Zvw. De regering acht het, gelet op de gewenste continuïteit in het functioneren van het zorgverzekeringsstelsel als geheel, van bijzonder belang dat zowel de bestaande ziekenfondsen, als de bestaande particuliere ziektekostenverzekeraars een reële mogelijkheid krijgen zich op de nieuwe zorgverzekeringsmarkt te begeven. Tegelijkertijd is de financiële gezondheid van de zorgverzekeringssector als geheel vanzelfsprekend een belangrijke voorwaarde voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg op langere termijn. In de transitie naar het nieuwe verzekeringsstelsel dienen naar het oordeel van de regering bestaande partijen dan ook een reële startpositie te krijgen en de gelegenheid zich aan te passen aan de nieuwe spelregels. Tegelijkertijd dienen zij zich gebonden te weten aan dezelfde eisen ten aanzien van financiële en bestuurlijke soliditeit die voor álle partijen op de nieuw gecreëerde zorgverzekeringsmarkt gelden.
Voor de huidige ziekenfondsen betekenen deze uitgangspunten dat zij, als zij opteren voor de uitvoering van de Zvw, hun huidige reserves mogen behouden. Zonder behoud van deze financiële reserves zouden de ziekenfondsen onder de Zvw een zodanig ernstig nadeel ondervinden ten opzichte van de huidige particuliere verzekeraars, dat er een reële dreiging ontstaat van onvoldoende verzekeringscapaciteit en ernstige marktverstoringen bij de invoering van de nieuwe zorgverzekering. Voorts zou het maatschappelijke draagvlak voor de invoering van het nieuwe stelsel kunnen worden ondermijnd.

Tegen deze achtergrond wil de regering via de I&A-wet Zvw regelen dat ziekenfondsen die besluiten tot uitvoering van de Zvw, de inmiddels opgebouwde wettelijke reserve kunnen inbrengen bij de start van de uitvoering van de Zvw. Hiermee wordt naar de opvatting van de regering het

beoogde «level playing field» voor de huidige ziekenfondsen ten opzichte van de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars bewerkstelligd.
De regering gaat er vanuit dat bij het inbrengen van bestaande wettelijke reserves er geen sprake is van ontoelaatbare staatssteun. Overeenkomstig de hiervoor geldende procedures is dit punt, tegelijk met de beoogde verevening, gemeld bij de Europese Commissie.
De regering verbindt overigens wel een belangrijke voorwaarde aan de mogelijkheid om de bestaande wettelijke reserves in te brengen bij de start van de uitvoering van de privaatrechtelijke zorgverzekering. Die voorwaarde houdt in dat het inbrengen van bestaande wettelijke reserves alleen kan zolang ziekenfondsen ervoor kiezen de Zvw 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. De regering is van oordeel dat dit beleid bijdraagt aan het creëren van een gelijk speelveld tussen ondernemingen met en ondernemingen zonder winstoogmerk.
Op het vraagstuk van maatschappelijk ondernemerschap, waarvoor de fracties van CDA, VVD en D66 bij de behandeling van de Zvw aandacht hebben gevraagd[1], zal ik nader ingaan in de brief die de Tweede Kamer ontvangt bij de I&A-wet Zvw.

Voor het uitvoeren van de Zvw is een vergunning van De Nederlandsche Bank (DNB) op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993) een vereiste. Voor de verlening van een vergunning door DNB moet op grond van die wet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De huidige particuliere ziektekostenverzekeraars, die al langer als private schadeverzekeraar in de markt van ziektekostenverzekeringen actief zijn, voldoen daaraan al. De ziekenfondsen die de Zvw gaan uitvoeren, moeten met ingang van 1 januari 2006 eveneens aan deze eisen voldoen. Zij moeten voor het kunnen uitvoeren van de Zvw een vergunning voor de branches 1) Ongevallen en 2) Ziekte van DNB verkrijgen.
Een van de eisen waaraan in het kader van de vergunning moet worden voldaan, is dat de verzekeraar voldoende solvabel dient te zijn. Voor de Zvw geldt dat verzekeraars ongeveer 8% van de schade als solvabiliteitsmarge moeten aanhouden. Naar verwachting zullen een of enkele van de huidige ziekenfondsen bij de invoering van de Zvw niet meteen aan deze solvabiliteitseis voldoen. Deze ziekenfondsen kunnen in de aanloop naar de invoering van de Zvw en direct daarna hun financiële positie verbeteren via hun premie-, zorginkoop- en kostenbeheersingsbeleid, door het aantrekken van middelen in concernverband dan wel achtergestelde leningen, of door samen te gaan met een financieel sterkere partner. De regering wil evenwel rekening houden met de omstandigheid dat zij daar bij invoering van de Zvw nog onvoldoende in zijn geslaagd. Daarom is – teneinde een soepele overgang van het huidige naar het nieuwe verzekeringsstelsel te bevorderen – in overleg met DNB in de I&A-wet Zvw een bepaling opgenomen die erin voorziet dat ziekenfondsen die op 31 december 2005 een toelating hebben voor de uitvoering van de Zfw van rechtswege kunnen beschikken over een vergunning voor de branches 1) Ongevallen en 2) Ziekte.

Deze vergunning van rechtswege is aan een aantal beperkingen en voorwaarden onderworpen, teneinde de risico's vanwege onvoldoende solvabiliteit te beperken.
In de eerste plaats staan alle zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren, dus ook de zorgverzekeraars die beschikken over een vergunning van rechtswege, onder het volledige toezicht van DNB. Dat betekent dat DNB zijn volledige toezichtinstrumentarium kan toepassen op alle zorgverzekeraars. Het ligt voor de hand dat DNB zich daarvoor in eerste

[1] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 53.

instantie zal richten op de zorgverzekeraars die een vergunning van rechtswege hebben verkregen en waarvan is komen vast te staan dat zij nog niet voldoen aan de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge. DNB kan van deze zorgverzekeraars zodanige sanerings- en financieringsplannen verlangen, dat aannemelijk wordt gemaakt dat zij binnen een redelijke termijn (die zich ook kan uitstrekken tot 2007 en volgende jaren) alsnog aan de vereisten ten aanzien van de solvabiliteitsmarge kunnen voldoen.
In de tweede plaats dient een voormalig ziekenfonds, dat in 2006 als zorgverzekeraar ziektekostenverzekeringen gaat uitvoeren en dat een vergunning van rechtswege heeft, zich in de uitvoering van het verzekeringsbedrijf te beperken tot de uitvoering van de Zvw, zolang de solvabiliteitsmarge niet aan de wettelijke vereisten voldoet. Dat betekent dat deze rechtspersoon geen andere ziektekostenverzekeringen dan zorgverzekeringen mag aanbieden en zich niet met andere verzekeringen op de buitenlandse markt mag manifesteren.[1] Daarmee wordt voorkomen dat, vanwege de nog onvoldoende solvabiliteitsmarge, het financiële risico zich ook uitstrekt tot andere verzekeringsactiviteiten, bijvoorbeeld de aanvullende verzekering, of in het buitenland gesloten of te sluiten verzekeringen.
Voorts moeten de ziekenfondsen voldoen aan alle overige bepalingen die de Wtv 1993 stelt. Dat wil onder meer zeggen dat de rechtsvorm waarin het ziektekostenverzekeringsbedrijf wordt uitgevoerd, die van onderlinge waarborgmaatschappij, naamloze vennootschap of Europese vennootschap moet zijn. De Wtv 1993 stelt ook eisen aan het bestuur, de deskundigheid en betrouwbaarheid van bestuur en directie, goed intern toezicht en dergelijke. Dit zijn overigens voorwaarden waaraan ziekenfondsen ook nu al in belangrijke mate moeten voldoen op grond van de Zfw.
DNB zal in het jaar 2006 niet de vergunning, die van rechtswege is verstrekt, intrekken dan wel een aanwijzing geven tot overdracht van de portefeuille, vanwege het niet voldoen aan de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge, waaronder tevens wordt begrepen het minimaal vereiste garantiefonds. Hiermee wordt in feite aan betrokken zorgverzekeraars een overgangstermijn van één jaar gegeven. Voor de goede orde wordt opgemerkt dat, indien de zorgverzekeraar na dat jaar zich niet aan de eisen van een sanerings- of financieringsplan weet te houden, de DNB vanzelfsprekend wel de bevoegdheid heeft de vergunning in te trekken.
Een ziekenfonds dat aan alle voorwaarden voor het verkrijgen van de vergunning voldoet, ook ten aanzien van de vereiste solvabiliteitsmarge, kan van DNB op verzoek een verklaring verkrijgen waaruit dat blijkt. Voor deze zorgverzekeraar zijn de beperkingen ten aanzien van de uitoefening van het verzekeringsbedrijf – alleen de Zvw – dan ook niet langer van toepassing.

3. Andere onderwerpen die samenhangen met invoering van de Zvw

3.1 Uitwerken aanspraken en verevening

Het concept Besluit zorgverzekering heb ik half november 2004 aan de Tweede Kamer ter kennis gebracht.[2] Inmiddels is de voorhang van het Besluit zorgverzekering gestart. Dit besluit bevat regels omtrent het aansprakenpakket, de no-claimteruggave, de verevening en de informatieverstrekking van de Belastingdienst aan de zorgverzekeraars in verband met het vaststellen van de verzekeringsplichtigheid.

Ten aanzien van de aanspraken wijs ik er op dat met het Besluit zorgverzekering zoals dat nu aan uw Kamer is toegezonden uitvoering is gegeven aan het amendement-Omtzigt om de verzekerde prestaties, zoals

[1] Dit betekent overigens niet dat voor de verzekerden bij dit (voormalige) ziekenfonds geen aanvullende verzekeringen beschikbaar zijn. Immers ook nu al is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering een vergunning van DNB vereist. De rechtspersonen die aanvullende verzekeringen aanbieden en die veelal wel gelieerd zijn aan het ziekenfonds, maar overigens zelfstandige rechtspersonen zijn, hebben al een vergunning van DNB voor de uitvoering van de aanvullende verzekering.
[2] Bijlage bij Nota naar aanleiding van het verslag, TK 2004/05, 29 763, nr. 7.

die deel zullen uitmaken van de verzekerings-overeenkomst, zoveel mogelijk bij amvb te regelen.[1]

Verder wordt in de Nota van toelichting ingegaan op de functionele aanspraken, mede in het licht van het amendement-Van der Vlies en Smilde. Op grond van dit amendement is in artikel 10 van de Zvw geregeld dat de geneeskundige zorg in ieder geval integrale eerstelijnszorg omvat zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden.[2] Tot slot wil ik graag helderheid bieden over de vraag, die bij de behandeling van de Zvw door leden van het CDA en de PvdA is gesteld, wat er in het – vrijwillige – eigen risico mag lopen. Op grond van de Zvw staat het zorgverzekeraars niet vrij om bepaalde zorgvormen of kosten van het vrijwillige eigen risico uit te sluiten.

Met betrekking tot de verevening worden onder meer nadere regels gesteld omtrent de ex-post aspecten. Daarbij gelden de artikelen 33 en 34 van de Zvw, die zijn gewijzigd door het amendement-Omtzigt en Bakker.[3] De mogelijkheid voor het verstrekken van extra bijdragen aan zorgverzekeraars is beperkt tot buitengewone gebeurtenissen zoals een kernexplosie of natuurramp. Ten aanzien van de generieke verevening geldt de uiterste datum van 31 december 2010.
Tevens is een motie aangenomen van de leden Omtzigt en Bakker, waarin de regering wordt verzocht om zeldzame, kostbare aandoeningen mee te nemen in de vereveningssystematiek. Binnen mijn departement wordt momenteel onderzocht hoe uitvoering kan worden gegeven aan deze motie, in samenwerking met verzekeraars. Ik zal u hierover nader berichten in mijn brief bij de I&A-wet Zvw. Overigens heb ik tijdens het debat met de Kamer reeds toegezegd aan de heer Heemskerk dat mogelijke regionale verfijningen van het vereveningssysteem zullen worden meegenomen in een evaluatie.

3.2 Uitwerken geschillenregeling

Op grond van artikel 114 Zvw krijgen de zorgverzekeraars de plicht ervoor te zorgen dat hun verzekerden geschillen over de uitvoering van hun zorgverzekeringen kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Het zijn derhalve de zorgverzekeraars op wie de plicht rust om een (of meer) geschillencommissies op te richten of, indien bestaande commissies worden gehandhaafd, zich daarbij aan te sluiten. Artikel 114 Zvw zal gelden zodra de Zvw in werking treedt. Dat betekent dat de onafhankelijke geschillencommissies op of kort na 1 januari 2005 operationeel zullen moeten zijn.

Uit de brief die ZN op 10 februari 2005 aan de Vaste Commissie voor VWS van de Eerste Kamer heeft gestuurd, blijkt dat ZN denkt aan één geschillencommissie, onder te brengen in een afzonderlijke rechtspersoon, waar ook de consumenten- en patiëntenorganisaties in zijn vertegenwoordigd. Dit lijkt mij een goed uitgangspunt. Komt die afzonderlijke rechtspersoon er inderdaad, dan ligt het in de rede dat deze zelf de procedure regelt, inclusief afhandelingstijd en dergelijke. Aangezien de plicht om te zorgen voor toegang tot een onafhankelijke geschillencommissie op de zorgverzekeraars rust, zullen zij ook voor de financiering ervan moeten zorgdragen. Uiteraard zal medefinanciering door anderen zijn toegestaan, mits de instantie maar onafhankelijk blijft. Zoals in de memorie van toelichting bij de Zvw is aangegeven, is vooral om Europeesrechtelijke redenen besloten om het vragen van een bijdrage voor de geschillenbehandeling aan de verzekerde niet te verbieden. Zo deze al zal worden gevraagd – de huidige klachtenafhandeling is zowel voor Zfw-verzekerden als voor particuliere verzekerden kosteloos – dan mag deze in ieder geval niet zo hoog zijn, dat deze de toegang tot de geschillencommissie belemmert.

[1] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 40.
[2] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 44.
[3] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 38.

Aan de geschillencommissie zullen de verzekerden alle geschillen over de uitvoering van hun zorgverzekering door hun zorgverzekeraar kunnen voorleggen, mits een verzekerde eerst zijn zorgverzekeraar om heroverweging heeft gevraagd; deze voorwaarde vloeit voort uit het amendement-Smilde en Bakker.[1] De geschillencommissie is vervolgens verplicht om het CVZ om advies te vragen indien het geschil betrekking heeft op de aanspraken uit de verzekering.[2] Ook deze verplichting vloeit voort uit het amendement-Smilde en Bakker. Te denken valt hier in ieder geval aan de vraag of een specifieke, door de verzekerde gewenste vorm van zorg of dienst, wel behoort tot het verzekerde pakket. Anders dan ZN in zijn brief van 10 februari 2005 stelt, betekent dit overigens niet dat het CVZ langs deze weg nog eens toetst of de zorgpolis wel verzekert wat verzekerd moet worden. Doorgaans zal dit immers na de overlegging van de modelovereenkomsten reeds door het CTZ zijn geschied. De taak van het CVZ zal zijn, te adviseren over de vraag of een bepaalde vorm van zorg of dienst, onder de aanspraken uit de verzekering valt, gegeven dat de verzekering een zorgverzekering is. Deze taak past goed bij de taak van pakketbeheerder, die het CVZ op grond van de artikelen 64, 65 en 66 Zvw heeft. Overigens vond ik het amendement-Smilde en Bakker minder wenselijk, omdat het, zoals ook ZN in zijn brief van 10 februari meldde, de vrijheid van zorgverzekeraars om de geschillenprocedure in te vullen, inperkt. Naar mijn mening zouden partijen of de geschillencommissie namelijk ook zelf heel goed kunnen bepalen wanneer het vragen van CVZ-advies zinvol is (bijvoorbeeld niet in gevallen die sterk lijken op een geval waarover het CVZ eerder heeft geadviseerd). Aldus zou een flexibelere procedure, met minder vertraging, kunnen worden ingericht. Nu de Tweede Kamer het amendement heeft aangenomen, zijn de zorgverzekeraars gehouden een geschillenregeling volgens het nieuwe artikel 114 Zvw tot stand te brengen.
Mijn departement is in gesprek met ZN, CVZ en CTZ over de geschillenregeling. Daarbij wordt tevens betrokken de ontwikkeling van een «model-modelovereenkomst» door ZN als handreiking aan verzekeraars en de voorbereiding door het CTZ van de toetsing van de modelovereenkomsten, die voortvloeit uit artikel 25 van de Zvw.

3.3 Uitwerken toezicht

In de inleiding wees ik reeds op de brief die ik recent heb gestuurd aan de Eerste Kamer over onder meer de Wmg. Hierin geef ik aan dat ik hoop het wetsvoorstel, dat momenteel voor advies bij de Raad van State ligt, eind april aan de Tweede Kamer te kunnen aanbieden. Vanzelfsprekend geldt ook bij deze planning het voorbehoud dat rekening gehouden moet worden met de voortgang en strekking van het advies van de Raad van State.

Het kabinet streeft er naar het wetsvoorstel op 1 januari 2006 in werking te laten treden. Op de inhoudelijke hoofdlijnen van het wetsvoorstel ben ik ingegaan bij gelegenheid van de brief die ik de Tweede Kamer heb gestuurd over de oprichting van de Zorgautoriteit.[3] De Wmg zal ten opzichte van deze brief geen nieuwe bepalingen bevatten. Wel zal nog worden ingegaan op de motie van PvdA, VVD en D66 om in de Wmg de toezichthouder de bevoegdheid te geven voor ex-ante toetsing van zorginstellingen in eigen beheer door zorgverzekeraars.[4]

Het wetsvoorstel Wmg biedt het definitieve wettelijke kader voor het toezicht op de uitvoering van de Zvw door de Zorgautoriteit. Een gelijktijdig ingaan van beide wetten is evenwel niet noodzakelijk omdat het kabinet rekening heeft gehouden met een overgangsperiode. Zoals aangegeven in het algemeen deel van de memorie van toelichting bij de Zvw, heeft het kabinet zich rekenschap gegeven van de eventuele gevolgen van

[1] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 65.
[2] De zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 van de Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
[3] TK 2003/04, 29 324, nr. 3.
[4] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 49.

een latere inwerkingtreding van de Wmg.[1] Met het oog daarop is in de Zvw zelf de wettelijke regeling van het toezicht op de uitvoering van de wet door de huidige toezichthouder – het CTZ – opgenomen. Aldus is voorzien in wettelijke regeling van het toezicht op de uitvoering van de Zvw, zolang de Wmg niet in werking is getreden en de Zvw wél van kracht is. Een onverhoopt latere inwerkingtreding van de Wmg zal dus geen gevolgen hebben voor de continuïteit van het toezicht. Tevens wijs ik op mijn toezegging aan de Staten-Generaal dat ik geen verdergaande stappen zal nemen gericht op liberalisering van de zorg voordat de Zorgautoriteit er is.

Voorts heb ik op 9 maart een brief gestuurd over de monitoring van de mobiliteit van verzekerden. In deze brief geef ik aan dat in 2005 de volgende aspecten zullen worden gemonitord:

- Premieontwikkelingen bij verzekeraars, inclusief kwaliteitsoordelen van verzekerden over verzekeraars.
- Verzekerdenmutaties bij verzekeraars.
- De koppeling tussen premieverschillen tussen verzekeraars en verzekerdenmutaties.
- De redenen die een rol spelen bij afwegingen van verzekerden om wel of niet van verzekeraar te wisselen.

Tevens geef ik in deze brief aan dat ik met het oog op de monitoring in 2006 en latere jaren het CTZ heb verzocht om zich samen met het CTG-Zaio hierop voor te bereiden. VWS werkt uit, in overleg met deze bestuursorganen, aan welke onderzoeksthema's concreet aandacht moet worden besteed. Hiermee geef ik tevens uitvoering aan een aantal moties, die de Tweede Kamer bij de behandeling van de Zvw heeft aangenomen.[2] Voorts is het CTZ gestart met een «nulmeting» risicoselectie.

Een aspect dat mede met het oog op de acceptatieplicht en het voorkomen van risicoselectie bij de Kamerbehandeling van de Zvw ruime aandacht heeft gekregen, is de (ont)koppeling van het basispakket en de aanvullende verzekering. De Kamer heeft het amendement-Heemskerk aangenomen dat een beding van een verzekeraar, die een ziektekostenverzekering ter aanvulling van de zorgverzekering aanbiedt, nietig verklaart, indien dit bepaalt dat de ziektekostenverzekering eindigt zodra met of ten behoeve van de verzekerde een zorgverzekering met een andere zorgverzekeraar wordt gesloten.[3] Dit amendement is opgenomen in artikel 120 van de Zvw.
Voorts is een motie aangenomen van de leden Omtzigt en Bakker, waarin de regering wordt verzocht om vóór de behandeling van de I&A-wet Zvw met een voorstel te komen, waarmee het mogelijk wordt om de aanvullende verzekering voor ziektekosten in een collectief contract te behouden bij het verlaten van de collectiviteit.[4] Met artikel 120 van de Zvw wordt (materieel) invulling gegeven aan deze motie. De nietigheid van het opzeggen van de aanvullende verzekering bij het opzeggen van de zorgverzekering geldt in alle gevallen, dus ook bij opzegging vanuit een collectiviteit.

3.4 Uitwerken huisartsenbekostiging

Al enige jaren leeft het besef dat het huidige bekostigingssysteem van huisartsen niet langer voldoet. Vanuit het veld, maar ook als gevolg van de invoering van de Zvw, bestaat behoefte aan een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsen. Conform hetgeen ik tijdens het Algemeen Overleg van 1 december jl. heb aangegeven, zal ik de Tweede Kamer in april informeren over het bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg.

[1] In de Zorgverzekeringswet is nog de werktitel «wetsvoorstel instelling Zorgautoriteit» gehanteerd.
[2] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 46 (motie Tonkens c.s. over monitoring risicoselectie door onder andere collectieve contracten en (ont)koppeling van het basispakket en aanvullende verzekeringen; kamerstuk 29 763, nr. 48 (motie Heemskerk over het aandeel restitutiepolissen mede in relatie tot de inkoopmacht van verzekeraars). Voorts heb ik tijdens de behandeling van de Zvw toegezegd te willen voldoen aan het verzoek van het CDA om een evaluatie van de ontwikkeling van het aantal onverzekerden, het verloop van de geschillenbeslechting en eventuele problemen bij het overstappen naar een andere verzekeraar en aanvullende verzekeringen. Tevens heb ik bij de behandeling in de Eerste Kamer van de HOZ en de WTG ExPres toegezegd om de monitoring van de mobiliteit van verzekerden te systematiseren, voor zover dat nog niet systematisch gebeurt.
[3] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 61.
[4] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 51.

3.5 Nadere uitwerking no-claim teruggaveregeling

In het debat met de Eerste Kamer over de wijziging van de Zfw in verband met invoering van de no-claim teruggaveregeling heb ik een aantal toezeggingen gedaan. Op deze onderwerpen zal ik ingaan in een brief die op korte termijn wordt verstuurd aan de Eerste en Tweede Kamer. Het betreft:

- Het evaluatiekader voor de no-claim teruggaveregeling.
- Een nadere beoordeling van een aantal mogelijke alternatieven voor de no-claim teruggaveregeling.
- Een nadere beoordeling van de mogelijkheden om de buitengewone uitgavenregeling te integreren in de zorgtoeslag.
- Een nadere analyse van externe onderzoeken naar niet-gepast gebruik van zorg.

3.6 In de brief bij de I&A-wet Zvw uit te werken onderwerpen

Ter afronding van dit overzicht geef ik hieronder aan op welke onderwerpen nader zal worden ingegaan in de brief die uw Kamer gelijktijdig met de I&A-wet zal ontvangen. Voorafgaand daarvan wil ik nog het volgende opmerken. Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat het kabinet de inkomensgevolgen van de zorgverzekeringswet nader zou bezien, mede in het licht van het integrale koopkrachtbeeld. Ik wil hierbij toezeggen dat ik met betrekking tot de zorgtoeslag zo snel mogelijk na afronding van de voorjaarsbesluitvorming in het kabinet nadere informatie aan uw Kamer zal verstrekken; dit mede in het licht van de motie Omtzigt.[1]

De volgende onderwerpen zullen in de hiervoor genoemde brief aan de orde komen:

- Het vraagstuk van maatschappelijk ondernemerschap, waarvoor de fracties van CDA, VVD en D66 bij de behandeling van de Zvw aandacht hebben gevraagd.[2]
- De motie-Schippers c.s. om de voor- en nadelen van een PGB in de Zvw te onderzoeken en de Kamer daarover te informeren.[3] In aanvulling hierop zal worden ingegaan op de consequenties van het uitgangspunt dat alle behandelingen die niet onder geneeskundige zorg vallen en die nu in de AWBZ via een PGB worden gefinancierd, in de AWBZ blijven.
- Het verzoek van de VVD-fractie bij de behandeling in de Tweede Kamer van de Zvw om inzicht te bieden in de gevolgen van invoering van de Zvw voor mensen in het buitenland. Op de gevolgen voor de vrijwillig AWBZ-verzekerden en de in het buitenland wonende Wtz-verzekerden ben ik nu reeds ingegaan.
- Afwikkeling Wet MOOZ.
- De motie-Omtzigt en Bakker, waarin de regering wordt verzocht om zeldzame, kostbare aandoeningen mee te nemen in de vereveningssystematiek.
- Op verzoek van D66 zal ik ingaan op de brief die zorgverzekeraar Menzis bij de behandeling van de Zvw heeft gestuurd aan de Tweede Kamer.
- Bij de behandeling van de Zvw heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen van de leden Schippers, Omtzigt en Bakker, waarin de regering wordt verzocht om in alle regelgeving die nog in het kader van de Zvw moet worden ingevuld de administratieve lasten tot een minimum te beperken.[4] De regering zal graag aan dit verzoek voldoen. Tegelijkertijd verzoekt de motie om gelijktijdig met de indiening van de invoeringswet zoveel mogelijk aan te geven wat de administratieve lasten zijn voor burgers, verzekeraars en de overheid in het huidige en

[1] Kamerstukken II, 2004/05, 29 762, nr. 22.
[2] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 53.
[3] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 56.
[4] Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 55.

nieuwe stelsel. Hierop zal worden ingegaan in de brief bij de I&A-wet Zvw. Overigens is 11 maart jl. een brief uitgegaan aan de Tweede Kamer over de administratieve lasten voor bedrijven in de VWS-sector.[1]

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

[1] MC/I&K-2565393.