

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk PTZ/2643696	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief

Bijgaand treft u aan de antwoorden op de vragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar aanleiding van de derde voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 31). De antwoorden op de vragen 1a en 1b alsmede het antwoord op vraag 1c heb ik u toegestuurd bij brief van 6 december (DBO-CB-U-2641426) resp. bij brief van 2 december (WJZ-SWW-264162).

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Internetadres:
www.minvws.nl

Vragen CDA-fractie

2.

Hebben alle zorgverzekeraars hun modelpolissen goedgekeurd gekregen? Wanneer is de laatste modelpolis goedgekeurd door het CTZ? Hoeveel modelpolissen zijn definitief afgewezen door het CTZ?

In de vierde Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet die ik op 7 december naar uw Kamer heb gezonden, heb ik ook aandacht besteed aan de stand van zaken rond de modelovereenkomsten van zorgverzekeraars. Daaruit bleek dat het CTZ inmiddels alle modelovereenkomsten die verzekeraars hadden voorgelegd, heeft goedgekeurd.

3.

Wat leidt u zelf af uit de signalen die u krijgt over ICT bij de zorgverzekeraars? Heeft u er het volste vertrouwen in dat ICT-problemen de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet niet zullen belemmeren?

In de hiervoor reeds genoemde vierde Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet ben ik uitvoerig ingegaan op de stand van zaken bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars. Volledigheidshalve volgt hieronder een korte weergave van de stand van zaken. PricewaterhouseCoopers (PwC) heeft op mijn verzoek een beknopt vervolgonderzoek uitgevoerd ter actualisering van het eerdere onderzoek in augustus. Dit vervolgonderzoek meet de stand van zaken per medio november. Hieruit blijkt dat de verzekeraars verwachten tijdig gereed te zijn met de IT-activiteiten die benodigd zijn voor het verzenden van aanbiedingen aan verzekeraars, het versturen van polissen en het verwerken van declaraties. Ook kunnen alle verzekeraars in- en uitschrijvingen in de polisadministraties verwerken. Wel geven zorgverzekeraars en onderzoekers aan dat de administratieve verwerking van overstappende verzekerden ('switchers') coördinatie van en door verzekeraars vergt. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft toegezegd dat hierover tijdig afspraken gereed zullen zijn.

Daarnaast is PwC ingegaan op de stand van zaken en mogelijke risico's met betrekking tot de IT-systemen die benodigd zijn voor de verwerking van claims en declaraties. De stand per medio november is dat deze systemen bij 10 verzekeraars nog niet volledig gereed waren. Omdat de benodigde activiteiten deze periode plaatsvinden, is er nu geen stellige uitspraak mogelijk dat deze verzekeraars medio januari gereed zullen zijn. Daarbij speelt mee dat er op het moment van het onderzoek onduidelijkheid bestond over de IT-aanpassingen die voortvloeien uit het akkoord over de bekostiging van de huisartsen. Inmiddels is deze duidelijkheid wel geboden. PwC constateert dat bij onverhoopt niet adequaat werkende IT-systemen er bij de desbetreffende verzekeraars verwerkingsachterstanden in de claimafhandeling kunnen ontstaan. Bij deze constatering moet wel de kanttekening worden geplaatst dat PwC veronderstelt dat de systemen medio januari operationeel moeten zijn. In de rapportage komt niet naar voren dat verzekeraars de declaraties die betrekking hebben op 2005 nog met de oude systemen zullen verwerken. Dit betekent dat de aangepaste systemen pas gebruikt gaan worden voor de declaraties die betrekking hebben op de Zvw. Bovendien zal de Zvw-declaratiestroom niet direct per medio januari een forse omvang

Blad

3

Kenmerk

PTZ/2643696

kennen. De reden daarvan is dat aanbieders hun declaraties in de praktijk met enige maanden vertraging aanbieden. Voor DBC-declaraties van ziekenhuizen gaat het zelfs om vele maanden, vooral omdat DBC-declaraties pas worden ingediend nadat een DBC is afgesloten. Verder is het zaak dat verzekeraars de voortgang en kwaliteit van de IT-aanpassingen bewaken. De onderzoekers geven aan dat dit in de praktijk ook het geval is. Bovendien geven veel verzekeraars aan dat zij noodplannen beschikbaar hebben en kunnen terugvallen op flexibel in te zetten arbeidscapaciteit voor de verwerking van declaraties. Mochten er veel verzekerden gaan switchen, dan is het volgens de onderzoekers wel de vraag of dit voldoende zal zijn om achterstanden te voorkomen.

De onderzoekers doen daarnaast een aantal aanbevelingen om te voorkomen dat verzekerden hinder ondervinden van eventuele declaratieachterstanden bij verzekeraars. Met deze aanbevelingen worden bovendien eventuele liquiditeitsproblemen voorkomen bij met name ziekenhuizen en huisartsen. In de eerste plaats gaat het om het treffen van betalingsafspraken tussen verzekeraars en aanbieders, op grond waarvan waar mogelijk declaraties rechtstreeks naar de verzekeraar gaan. Deels is dit al staande praktijk, met name ten aanzien van farmacie en hulpmiddelen. Ten aanzien van ziekenhuizen en huisartsen zijn deze afspraken in een vergaande staat van voorbereiding. Een tweede aanbeveling betreft het voorkomen van liquiditeitsproblemen bij aanbieders via bevoorschotting. Ook hierover zijn afspraken in voorbereiding tussen verzekeraars en aanbieders. In aanvulling hierop worden in lijn met het PwC-advies afspraken gemaakt door VWS, toezichthouders en verzekeraars. Gezien de stand van zaken van de voorbereiding door verzekeraars, hun nog lopende inspanningen en de aanvullende maatregelen die getroffen worden, zie ik de invoering van de Zvw met vertrouwen tegemoet.

4.

Hoeveel mensen, die een gecombineerd huurtoeslag/zorgtoeslag formulier ontvangen hebben, hebben dat ingevuld geretourneerd en hoeveel mensen hebben dat niet gedaan? Hoe denkt u de laatste groep over te halen om nog tijdig het formulier te retourneren?

In totaal zijn 920.000 gecombineerde aanvraagformulieren huur- en zorgtoeslag verstuurd en zijn inmiddels bijna 990.000 formulieren ontvangen door de Belastingdienst/Toeslagen. De ontvangen aanvragen hebben zowel betrekking op retour gezonden formulieren van mensen aan wie een aanvraagformulier was toegestuurd (zogenoemde initiële aanvragen), als van mensen die uit eigen initiatief een aanvraag hebben ingestuurd (zogenoemde eerste aanvragen). Een uitsplitsing in deze categorieën is op dit moment nog niet te maken. Daarbij moet worden bedacht dat niet alle mensen die nu reeds huursubsidie ontvangen ook automatisch recht hebben op de huurtoeslag in 2006. Voor de huidige huursubsidiegerechtigden is het inkomen van 2004 bepalend voor het recht op subsidie, terwijl voor het recht op huurtoeslag het inkomen in 2006 bepalend is.

5.

Wie bepaalt of een gespecialiseerde behandeling zo bijzonder is, dat hij altijd vergoed moet worden, zoals toegezegd in de Eerste Kamer?

Blad

4

Kenmerk

PTZ/2643696

In de memorie van antwoord op het wetsvoorstel Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet heb ik het volgende aangegeven. Iemand die een gecontracteerde-zorgpolis heeft, moet toch zonder bijbetaling naar een (nog) niet-gecontracteerde zorgaanbieder kunnen gaan, indien hij verzekerde zorg nodig heeft die zo specifiek is, dat zijn zorgverzekeraar deze op het moment waarop de verzekerde de zorg nodig heeft (nog) niet heeft gecontracteerd.¹ De verzekeraar kan de desbetreffende zorgaanbieder dan alsnog contracteren, of de rekening van de zorgaanbieder voor de desbetreffende vorm van zorg vergoeden.

Het voorgaande geldt zodra de medisch-specialistische zorg behoort tot het verzekerde pakket van de Zvw. Immers, een zorgverzekeraar die met zorgcontracten werkt, dient er in principe voor te zorgen dat zijn verzekerde al de verzekerde zorg, ook al is dat heel specifieke zorg voor heel specifieke aandoeningen, bij zijn gecontracteerde zorgaanbieders kan betrekken. Als een verzekeraar voor een heel zeldzame aandoening met een behandeling die slechts door enkele zorgaanbieders kan worden gegeven, geen zorgcontract blijkt te hebben gesloten op het moment waarop zijn verzekerde dergelijke zorg nodig heeft, moet hij dat derhalve alsnog doen. Maar ook kan hij besluiten de rekening van de aanbieder volledig te vergoeden.

Dit geldt - mits de bijzondere zorg tot het te verzekeren pakket behoort en de verzekerde op die zorg is aangewezen - altijd. Er is derhalve geen persoon of instantie die hierover eerst nog moet besluiten.

6.

Wanneer zullen de vergelijkingen tussen de polissen op www.kiesbeter.nl beschikbaar zijn? Zal die vergelijking ook informatie bevatten over welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn door een zorgverzekeraar?

Op 6 december 2005 is keuze-informatie over de nieuwe zorgverzekeringspolissen op www.kiesBeter.nl beschikbaar gekomen. De zorgverzekeraar besluit zelf op welke wijze hij kenbaar maakt welke zorgaanbieders hij contracteert. Zodra deze informatie door de zorgverzekeraar op internet beschikbaar wordt gesteld, zal op www.kiesBeter.nl een verwijzing naar de betreffende vindplaats worden gemaakt.

7.

Kan de motie-Heemskerk over privacy op tijd worden uitgevoerd, of bestaat er een risico dat er op 1 december a.s. en zelfs op 1 januari 2006 nog geen gedragscode is?

In paragraaf 4 van de vierde Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet ben ik uitvoerig ingegaan op de stand van zaken rond het addendum. Daaruit is gebleken dat het overleg tussen ZN, het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en VWS over dit addendum onlangs tot overeenstemming heeft geleid. Daardoor zal bij de inwerkingtreding van de Zvw een adequaat en zorgvuldig privacy-regime zal gelden, dat in nauw overleg met de betrokken organisaties tot stand is gekomen.

¹ Kamerstukken I 2004/05, 30124 C, pp. 16/17; punt 4 van de opsomming.



Blad

5

Kenmerk

PTZ/2643696

8.

Hoe verklaart u dat de gemiddelde no-claimteruggave voor een particulier verzekerde oudere (95 euro) hoger zal zijn dan de gemiddeld geraamde no-claimteruggave (91 euro)?

Volledigheidshalve wil ik graag eerst nogmaals uitleggen waarom de gemiddelde eigen betaling van de huidige particulier verzekerde AOW-gerechtigden naar verwachting in 2006 zal dalen. Voor de berekening van de inkomensgevolgen van de invoering van de Zvw voor verschillende huishoudens is een vergelijking gemaakt tussen de situatie in 2005 en de nieuwe situatie in 2006. Voor de berekening van de inkomensgevolgen van particulier verzekerde AOW-gerechtigden betekent dit onder andere dat de invoering van de no-claimteruggaveregeling in 2006 vergeleken wordt met het eigen risico van € 250 zoals in 2005 gold voor AOW-gerechtigden met een standaardpakketpolis. In 2005 werd voor particulier verzekerde AOW-gerechtigden uitgegaan van een gemiddelde eigen betaling van € 200. In deze gemiddelde eigen betaling voor 2005 telt het huisartsenconsult wel mee. In de no-claimteruggaveregeling is de huisartsenzorg echter uitgesloten. Naar verwachting zal de gemiddelde eigen betaling van particulier verzekerde AOW-gerechtigden hierdoor met circa € 40 dalen. Omdat in het beeld van 2005 voor particulier verzekerde AOW-gerechtigden werd uitgegaan van een gemiddelde eigen betaling van € 200, is in het beeld voor 2006 uitgegaan van een eigen betaling van € 160. Uit een recent onderzoek van Vektis is gebleken dat de gemiddelde eigen betaling van de totale populatie Zvw-verzekerden ongeveer € 164 zal bedragen. Dit zou kunnen betekenen dat de gemiddelde eigen betaling van AOW-gerechtigden in 2005 en 2006 iets te laag is ingeschat.

9.

Wanneer denkt u het BSN-nummer in de zorg te kunnen invoeren? Van welk nummer kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot de invoeringsdatum gebruik maken?

Ik verwacht het burgerservicenummer (BSN) in de zorg in de loop van 2006 in te kunnen voeren. De invoering van het burgerservicenummer is afhankelijk van de inwerkingtreding van zowel het wetsvoorstel algemene bepalingen burgerservicenummer als het wetsvoorstel gebruik burgerservicenummer in de zorg.² Op het moment dat het parlement beide wetsvoorstellen heeft aanvaard, kan de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in werking treden en kan het BSN in de zorgsector worden ingevoerd. Er wordt gestreefd naar gelijktijdige inwerkingtreding van beide wetsvoorstellen.

Tot de invoering van het BSN dienen zorgverzekeraars in 2006 op grond van de Zvw en de AWBZ het sociaal-fiscaalnummer gebruiken.

Voor experimenten in het kader van het elektronisch medicatie dossier (EMD) en het waarnemend huisartsendossier (WDH) mogen door de Minister van VWS aangewezen zorgaanbieders ook gebruik maken van het sociaal-fiscaalnummer.

² Kamerstukken II, 2005/06, 30 312, nr. 2 resp. Kamerstukken II, 2005/06, 30 380, nr. 2.

10.

Hoe is de precieze regeling voor Nederlanders die in het buitenland wonen en niet onder de Zvw vallen? Hoe worden zij geïnformeerd? Hoe kunnen mensen zich tegen het onterecht opzeggen van polissen verweren?

Zoals ik ook tijdens het spoeddebat op 6 december jongstleden heb opgemerkt, voorziet het overgangsrecht er in dat particuliere polissen vervallen voor zover er een dekking is krachtens de Zvw of krachtens verordening of verdrag. Het opzeggen van de polis door verzekeraars als daarover in de polis geen bepaling is opgenomen en zonder een redelijk alternatief te bieden, is in strijd met de goede trouw, redelijkheid en billijkheid. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft laten weten dat de verzekeraars de betrokkenen een aanbod zullen doen, zo mogelijk voor het einde van deze maand. Wanneer dat niet lukt, blijft de bestaande verzekering doorlopen tot aan het nieuwe aanbod.

Voor degenen bij wie de polis overeenkomstig de bestaande polisvoorwaarden wel beëindigd kan worden en wordt, zijn er inmiddels initiatieven in de markt gezet voor het aanbieden van buitenlandpolissen.

De burgerlijke rechter is bevoegd van geschillen over onterechte beëindiging van polissen kennis te nemen en uitspraak te doen.

11.

Wanneer vallen de kinderen van grensarbeiders onder de verzekeringsplicht van de nieuwe Zorgverzekeringswet?

In beginsel zijn in het buitenland wonende kinderen van in Nederland werkende grensarbeiders niet Zvw-plichtig. Zij hebben in beginsel wel een verdragsrecht op zorg ten laste van Nederland, tenzij de daar ook wonende echtgenoot zelf arbeid in het woonland verricht.

In Nederland wonende kinderen van in het buitenland werkende grensarbeiders zijn in beginsel als ingezetene verzekeringsplichtig, behalve als zij op grond van de Verordening in Nederland aanspraak hebben op zorg ten laste van een andere lidstaat. Deze laatstgenoemde situatie doet zich voor als de in het buitenland werkende grensarbeider onder de verplichte of vrijwillige sociale ziektekostenverzekering van het werkland valt.

12.

Hoe weet een verzekerde op welke zorg hij recht heeft wanneer hij in het buitenland verblijft? Zult u actieve stappen ondernemen om die informatie laagdrempelig toegankelijk te maken, inclusief informatie over hoe de betalingen van deze zorg invloed zullen hebben op de no-claim en het eigen risico, zeker daar waar landen zelf remgelden in rekening brengen?

Algemene informatie over de gevolgen van de invoering van de Zvw voor in het buitenland woonachtige Nederlanders is te vinden op de web-site www.denieuwezorgverzekering.nl. Voor specifieke informatie over de vraag welk recht op zorg bestaat indien een verzekerde in het buitenland verblijft, dient de betrokkene zijn polis te raadplegen. De Zvw-polis biedt ook

dekking in het buitenland. Bij tijdelijk verblijf kan het zinvol zijn een aanvullende reisverzekering te sluiten.

Een verzekerde die in het buitenland woont en tevens verdragsgerechtigd is, kan bij het orgaan van de woonplaats informeren op welke verstrekkingen men als verdragsgerechtigde recht heeft. Het CVZ heeft die informatie niet of in beperkte mate. In het geval tussen Nederland en het betreffende land is overeengekomen dat de kosten van zorg worden afgerekend op basis van werkelijke kosten (zoals ten aanzien van werknemers gebruikelijk is), worden deze kosten in de no-claim-teruggave/eigen risico betrokken.

Ik ga ervan uit dat de verzekeraars, net als dat bij in Nederland wonende Zvw-plichtigen het geval zal zijn, bij uitbrengen van hun polisaanbiedingen zullen ingaan op de no-claimteruggaveregeling en aspecten rond het vrijwillig eigen risico van de verzekering.

13.

Zijn de achterstanden bij het CVZ over het informeren van Nederlanders in het buitenland inmiddels weggewerkt? Krijgt iedereen persoonlijk informatie en hoe worden betrokkenen op de Nederlandse Antillen en Curacao geïnformeerd?

Het CVZ heeft opdracht gekregen om iedereen die in een EU/EER-lidstaat of verdragsland woont, en van wie het CVZ een adres heeft gekregen via levering van adressenbestanden van de SVB, het UVW en pensioenfondsen, individueel te informeren. Dat is vanaf medio september in een aantal "tranches" gedaan door middel van een brief en een brochure. Dat heeft geleid tot een groot aantal telefoontjes en e-mails. Door middel van nadere instructie aan Postbus 51 medewerkers en inzet van het eigen personeel worden deze vragen zo snel mogelijk beantwoord.

De opdracht geldt niet voor niet-verdragslanden (waartoe ook de Antillen en Curaçao worden gerekend), omdat voor die mensen de Zvw geen verandering brengt. Krachtens overgangsrecht vervallen de huidige particuliere verzekeringen immers alleen voor zover er aanspraken op grond van de Zvw of verdragsaanspraken bestaan.

Het is aan de particuliere verzekeraars om hun verzekerden ook in niet-verdragslanden te informeren over wat er komen gaat.

14.

Kan de minister de Kamer voor het AO van 14 december informeren over de bevindingen van de werkgroep met VNG/Divosa over de wijze waarop de uitkeringsgerechtigden zo goed mogelijk geholpen worden met premie en Zorgtoeslag, zodat daar geen problemen ontstaan?

15.

Kan de minister de Kamer voor het AO van 14 december informeren over de mogelijkheden nieuwe groepen onverzekerden na 1 januari 2006 te voorkomen?

Ik heb toegezegd dat ik uw Kamer voor de kerst een rapport zal sturen waarin ik in ga op de onverzekerden en de daarmee samenhangende problematiek. In dit rapport komen onder andere oplossingsrichtingen aan de orde die betrekking hebben op de bijstandsgerechtigden.



Het betreffende rapport bevat tevens een inventarisatie van de mogelijkheden om nieuwe groepen onverzekerden na 1 januari 2006 te voorkomen. Het rapport bevat tevens een aantal aanbevelingen. Bij de aanbieding van dit rapport aan uw Kamer zal ik een reactie geven op deze aanbevelingen.

Vragen PvdA-fractie

16.

Zijn naar verwachting alle patiëntinschrijvingen bij huisartsen gerealiseerd per 1/1/2006? Wat zijn de streefaantallen en wat zijn de huidige voortgangsrapportages? In hoeverre bieden zorgverzekeraars ondersteuning aan huisartsen bij deze administratieve lasten?

Alle partijen (LHV, ZN en VWS) hebben uitgesproken dat zij verantwoordelijkheid dragen voor het stimuleren van het inschrijven op naam bij de huisarts. Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts om zijn patiënten aan zich te binden. Dit kan hij doen door hen te wijzen op de voordelen van inschrijving in zijn praktijk, zoals het beheer van het medisch dossier. Voorts zij er op gewezen dat het kabinet heeft besloten dat het inschrijftarief niet ten laste van de no-claimteruggave en het vrijwillig eigen risico zal komen, waardoor de patiënt geen financiële drempel heeft om zich in te schrijven. De LHV heeft voorbeeldbrieven opgesteld die de huisarts aan zijn patiënten kan sturen. Een groot aantal huisartsen is vanaf de zomer begonnen met de voorbereiding voor het inschrijven op naam. Om de huisarts te ondersteunen, hebben verzekeraars toegezegd dat verzekerden bij verhuizing of bij het afsluiten van een nieuwe polis een brief ontvangen waarin de verzekeraar het belang van inschrijving op naam bij een huisarts onder de aandacht brengt. In het zogeheten Vogelaar-akkoord is afgesproken dat een aantal aspecten van de nieuwe bekostigingssystematiek worden gemonitord. Zo zal ook het aantal ingeschreven patiënten bijgehouden worden.

In het Vogelaar-akkoord heb ik € 10 miljoen extra beschikbaar gesteld om huisartsen te faciliteren ten behoeve van de werkzaamheden die voortvloeien uit de invoering van de Zvw en de nieuwe bekostigingssystematiek.

17.

Wat is uw inschatting met betrekking tot de toename van het aantal onverzekerden na 1 januari 2006? Treffen de zorgverzekeraars voorbereidingsmaatregelen om mensen na 1 januari 2006 uit te schrijven? Op welke wijze denkt u dat de zorgverzekeraars vorm gaan geven aan de 'coulante' omgang met wanbetalers? Op welke wijze denkt u dat zorgverzekeraars na 1 januari om zullen gaan met wanbetalers die buiten hun schuld om niet meer aan de betalingsverplichtingen kunnen voldoen? Wat gaat u zelf doen om deze problematiek aan te pakken?

Ik heb geen aanwijzingen dat zorgverzekeraars voorbereidingen treffen om mensen na 1 januari 2006 uit te schrijven. In ieder geval is uitschrijving niet mogelijk op basis van betalingsachterstanden bij de huidige ziekenfondsverzekering. In het hiervoor genoemde rapport dat ik voor Kerstmis aan uw Kamer zal ik aanbieden, zal ik ingaan op de problematiek van de wanbetalers.

18.

Wat is de respons van zorgtoeslagformulieren onder kwetsbare groepen als bewoners GGZ-instellingen, oudere allochtonen, dak- en thuislozen? Hoeveel formulieren waren initieel uitgestuurd? Hoeveel zijn er terugontvangen?

De aanvraagformulieren voor de zorgtoeslag bevatten geen eigenschappen van de geadresseerden zoals bewoners GGZ-instellingen, oudere allochtonen of dak- en thuislozen. De Belastingdienst/Toeslagen beschikt dan ook niet over deze gegevens. Mijn ministerie geeft samen met de Belastingdienst/Toeslagen specifieke voorlichting –onder andere over het aanvragen van de zorgtoeslag- aan moeilijk bereikbare doelgroepen. Daarbij spelen intermediaire organisaties een belangrijke rol.

19.

Is inmiddels overeenstemming bereikt over het addendum waarin gedragsregels worden beschreven? Wat zijn de hangpunten? Als vóór 1 december a.s. overeenstemming is bereikt (conform de motie Heemskerk) welke wettelijke termijnen dienen dan nog doorlopen te worden?

Zoals ook uit de vierde Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet blijkt, hebben de betrokkenen recentelijk overeenstemming bereikt over het addendum. In de genoemde rapportage ben ik ook ingegaan op de verdere procedure. Deze ziet er als volgt uit.

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

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

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

De ministeriële regeling op grond van artikel 87 Zvw, waarover het overleg met het CBP en de andere genoemde organisaties al in september tot overeenstemming heeft geleid, zal

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

20.

Hoeveel daadwerkelijke collectieve contracten zijn er inmiddels afgesloten voor specifieke patiëntengroepen zoals 'diabeticipolis'?

21.

Wat zijn de grootse collectieve contracten voor specifieke groepen zoals ouderen of sporters?

Welke toezichthouder(s) zien toe op de prijzen van collectieve contracten? Wat is hierbij de onderlinge taakverdeling?

In paragraaf 2.2 van de vierde Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet ben ik ingegaan op het actuele beeld bij collectieve contracten. In aanvulling daarop wil ik graag opmerken dat over daadwerkelijk tot stand gekomen collectieve zorgverzekeringen op dit moment onvoldoende bekend is voor een zinvolle rapportage. Zoals ik al eerder heb aangegeven, zal het CTZ nader onderzoek doen naar de collectieve zorgverzekeringen. Dat ontslaat andere toezichthouders overigens niet van hun toezichthoudende rol op dit terrein. Ook De Nederlandse Bank (DNB) volgt de ontwikkelingen bij collectieve contracten vanuit haar verantwoordelijkheid voor een solvabele bedrijfstak en de NMa ziet als mededingingstoezichthouder toe op de gevolgen van de collectieve contracten voor de mededinging.

22.

Wie ziet momenteel toe op de (ondoorzichtige) reclame-uitingen van zorgverzekeraars?

Op dit moment bevat de Nederlandse Reclame Code een verbod op misleidende reclame. Zodra de Wet financiële dienstverlening (Wfd) in werking treedt, zal de Stichting Autoriteit Financiële Markten (AFM) toezicht houden op eventuele misleidende reclames van zorgverzekeraars. Met inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), zal het verbod van misleidende reclame voor zorgverzekeraars uit de Wfd worden gelicht en in de Wmg zelf zijn opgenomen. Vanaf dat moment zal de Nederlandse Zorgautoriteit toezicht houden op de naleving van dit verbod.

Blad

11

Kenmerk

PTZ/2643696

23.

Hoe beoordeelt u een jaarpremie van 980 euro, gezien het feit dat de norm schadelast begroot is op 970 euro? Bent u van mening dat een polis die voor 980 euro verkocht wordt dus onder de kostprijs verkocht is? Welke gevolgen trekt u hieruit?

Ik heb kennis genomen van de nominale premies die nagenoeg alle zorgverzekeraars inmiddels voor 2006 bekend hebben gemaakt. In de meeste gevallen liggen deze premies onder de gemiddelde nominale premie waarmee rekening werd gehouden door het kabinet. Op grond van de beschikbare informatie over de premies in 2006 valt niet te concluderen dat de premies onder de kostprijs worden verkocht. De bedoeling van het nieuwe stelsel is immers dat de onderlinge concurrentie tussen verzekeraars en een solide financiële positie van zorgverzekeraars moet leiden tot een beheerste premieontwikkeling. Zorgverzekeraars hebben ook de instrumenten in handen om de zorgpremies te beïnvloeden. Zo kunnen verzekeraars door onderhandelingen met zorgaanbieders de zorgkosten beperken of door zelf efficiënt te werken de uitvoeringskosten beheersen. Ook kunnen verzekeraars synergiewinsten realiseren door werkgevers een integraal zorg-, arbo-, en arbeidsongeschiktheidspakket aan te bieden. Ik kan derhalve op voorhand niet zeggen wat in 2006 de kostprijs is van een individuele zorgverzekeraar.

Verzekeraars zijn – gegeven het feit dat de onderlinge concurrentie ze scherp houdt – ook vrij in het bepalen van de premie die men wil hanteren voor de zorgverzekering, zolang ze maar voldoen aan de publieke randvoorwaarden. In dit verband is het relevant op te merken dat DNB eisen stelt aan de solvabiliteit van verzekeraars en de NMa kan ingrijpen indien verzekeraars misbruik zouden maken van een economische machtspositie.

Ik denk dat er hiermee voldoende 'checks and balances' bestaan met betrekking tot de premiestelling door verzekeraars.

24.

Wat is uw mening over het inzetten van vrijgevallen vermogens door (voormalig) particuliere zorgverzekeraars waardoor premies onder de kostprijs worden verkocht? Bent u van mening dat hier sprake is van oneerlijke concurrentie?

Zoals ik in het antwoord op vraag 23 al heb aangegeven, kan ik op voorhand niet zeggen wat in 2006 de kostprijs is van een individuele zorgverzekeraar. Tevens kan ik niet zeggen of (voormalige) particuliere zorgverzekeraars bij de vaststelling van de nominale premie 2006 rekening houden met vrijgevallen vermogens. Voorts wil ik nogmaals benadrukken dat DNB eisen stelt aan de solvabiliteit van verzekeraars en de NMa kan ingrijpen wanneer verzekeraars misbruik zouden maken van een economische machtspositie.

25.

Hoe kan een gemeente per 1/1/2007 uit het VNG/VGZ-collectieve contract stappen? Wat zijn dan de consequenties voor verzekerde en gemeente?

Gemeenten hebben het College voor Arbeidszaken van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) gemandateerd om namens hen te onderhandelen. Er zijn geen gemeenten geweest die hebben aangedrongen op een uitzonderingspositie. De VNG heeft in opdracht



Blad

12

Kenmerk

PTZ/2643696

van de gemeenten die deelnemen in de IZA regeling een collectieve ziektekostenregeling gesloten met IZA N.V. om de goede overgang van de deelnemers aan die regeling in 2006 te waarborgen. Gemeenten zijn aan deze uitkomst gebonden. Wel kenden en kennen de vier grote gemeenten een uitzonderingspositie. De tussen VNG en IZA gemaakte afspraak bestaat in principe voor de periode van 3 jaar. De VNG heeft aangegeven een openbare aanbesteding voor een collectieve verzekering te zullen doen, tijdig voor het aflopen van de huidige 3-jaarsperiode. Daarbij zullen de gemeenten opnieuw moeten bepalen of de VNG voor alle gemeenten als aanbesteder optreedt dan wel of (groepen van) gemeenten zelf gaan aanbesteden. Tot slot wil ik erop wijzen dat vanaf 1 januari aanstaande iedere gemeenteambtenaar zich kan verzekeren waar hij of zij dat wil. Dat is nu niet het geval. Deze groep krijgt dus voor het eerst een keuzemogelijkheid en wordt bereikbaar voor de zorgverzekeraars.

26.

Hoeveel van de 2,7 miljard euro die begroot was voor het uitkeren van de zorgtoeslag (artikel 38 begroting VWS) wordt niet uitgekeerd als de gemiddelde marktpremie uitkomt op 1050 euro in 2006? Hoeveel huishoudens hebben inmiddels een zorgtoeslag aangevraagd? Om hoeveel personen gaat dit eigenlijk? Wat zijn inmiddels de totale uitvoeringskosten van de regeling van de zorgtoeslag?

Bepalend voor de zorgtoeslag is de *standaardpremie*. Dit is de gemiddelde premie min de gemiddelde no-claimteruggave.³ Als de standaardpremie zou uitkomen op € 1050 in 2006, dan wordt € 0,5 miljard minder uitgegeven aan zorgtoeslag. Dit betekent overigens ook dat mensen minder premie verschuldigd zijn (bij de veronderstelling van € 1050 zou het gaan om € 0,7 miljard minder premieheffing). Dit geldt uiteraard ook voor mensen die zorgtoeslag ontvangen. Overigens kunnen ook deze laatstgenoemde mensen een korting op de verschuldigde premie krijgen door bijvoorbeeld het afsluiten van een collectieve zorgverzekering, het afsluiten van een vrijwillig eigen risico of het vooruitbetalen van de premie. In dat geval zal de door hen verschuldigde premie lager zijn dan de door het Centraal Planbureau geraamde standaardpremie. Volledigheidshalve wil ik er tot slot op wijzen dat de gemiddelde premie naar verwachting hoger zal uitkomen dan de in de vraag veronderstelde € 1050.

Tot 1 december zijn er circa 5,2 miljoen aanvraagformulieren voor een zorgtoeslag ingediend. Dit betreft het aantal huishoudens. Bij de begrotingsverantwoording van het ministerie van Financiën in het voorjaar van 2006 worden de uitvoeringskosten van de zorgtoeslag weergegeven.

27.

Als een verzekeraar alleen een restitutie- of alleen een naturapolis aanbiedt, welk bedrag telt dan mee voor de berekening van de zorgtoeslag?

Als een verzekeraar aan 90% van zijn verzekerden een collectiviteitkorting geeft, welke premie telt dan mee voor de berekening van de zorgtoeslag?

³ De gemiddelde premie is de gemiddelde premie in de markt exclusief de eventuele kortingen voor het afsluiten van een collectieve zorgverzekering, het kiezen voor een vrijwillig eigen risico of het vooruitbetalen van de premie.

Als een verzekeraar aan 99% van zijn verzekerden een collectiviteitskorting geeft, welke premie telt dan mee voor de berekening van de zorgtoeslag?

De standaardpremie die bepalend is voor de hoogte van de zorgtoeslag wordt berekend als gemiddelde van de premie van alle individuele (natura en restitutie) polissen zonder eigen risico verminderd met de gemiddelde no-claimteruggave. Kortingen voor collectieve zorgverzekeringen, een vrijwillig eigen risico en voor het vooruit betalen van de verschuldigde premie worden evenmin meegenomen.

28.

Op welke dag wordt de eerste zorgtoeslag in december uitgekeerd? Op welke datum in de maand incasseren de zorgverzekeraars gemiddeld de maandpremies voor die maand? Klopt het dat, indien de zorgtoeslag op de 20e van de maand wordt uitgekeerd en de premie op de 31e wordt geïncasseerd, mensen dus twee maal zorgtoeslag ontvangen voor de eerste premiebetaling plaatsvindt?

De eerste uitbetaling van het voorschot zorgtoeslag vindt naar verwachting plaats rond 20 december. In de geschetste casus heeft de verzekerde inderdaad twee maandelijke voorschotten zorgtoeslag ontvangen als de premie over januari 2006 op 31 januari wordt geïncasseerd. Naar verwachting zal de premieïncasso echter bij vrijwel alle verzekeraars eerder plaatsvinden en wel tussen eind december en begin januari.

29.

Van de VIA (Vereniging van Internationale Arbeidsbemiddelaars) die jaarlijks voor circa 35.000 buitenlandse werknemers in Nederland bemiddelt, is vernomen dat er nog onduidelijkheden bestaan rondom de zorgtoeslag voor buitenlandse werknemers die in het kader van de zorgverzekeringwet premie betalen en verzekerd zijn. Het aanvragen hiervan is erg omslachtig en onduidelijk. Is het noodzakelijk dat de aanvraag via papieren formulieren gedaan wordt? Waarom kan een buitenlandse werknemer niet gewoon via www.toeslagen.nl de zorgtoeslag aanvragen?

De procedure voor het verkrijgen van een zorgtoeslag is zo eenvoudig mogelijk gehouden. Om deze reden is ook een elektronische aanvraagmodule ontwikkeld. Ook buitenlandse werknemers kunnen hiervan gebruik maken mits zij beschikken over een sofi-nummer en een rekeningnummer in Nederland en de Belastingdienst hun actuele adres heeft.

Indien zij hier niet over beschikken, kan de module niet worden ingevuld. Zij kunnen dan contact opnemen met de BelastingTelefoon en krijgen dan een brief thuisgestuurd waarin wordt uitgelegd hoe de ontbrekende gegevens bij de Belastingdienst bekend gemaakt kunnen worden. Indien de ontbrekende gegevens zijn aangeleverd bij de Belastingdienst en er geen gebruik wordt gemaakt van een buitenlands rekeningnummer, dan kan alsnog de elektronische aanvraagmodule worden gebruikt. Indien wel een buitenlands rekeningnummer wordt gebruikt dan dient het papieren aanvraagformulier te worden ingediend.

Blad

14

Kenmerk

PTZ/2643696

30.

Als de partner van een buitenlandse werknemer ook een Sofi nummer heeft maar in het buitenland woont en werkt, moet deze dan ook premie betalen?
Zijn kinderen tot 18 jaar ook voor buitenlandse werknemers meeverzekerd?

Voor wiens rekening de zorg aan in het buitenland wonende gezinsleden wordt verleend, vloeit voort uit de Verordening. De partner die in het buitenland woont en werkt valt onder de wetgeving van het werkland en is daar verzekerd. In dat geval komen de kosten van de in dat land wonende kinderen ten laste van het werkland van de partner.
Als het gezinslid in het woonland krachtens de wettelijke regeling aldaar als ingezetene recht heeft op zorg, komen de kosten van zorg toch ten laste van Nederland.

31.

De zorgtoeslagformulieren zijn in het Nederlands opgesteld. Is het niet mogelijk om de formulieren te vertalen in het Engels en het Duits en/of andere talen van de EU?

Voor de overgrote meerderheid van de potentiële belanghebbenden bij de zorgtoeslag geldt dat deze een band met Nederland hebben of gehad hebben. Aangenomen mag worden dat de meeste belanghebbenden de Nederlandse taal machtig zijn. Mocht dat toch niet zo zijn dan kunnen zij hulp zoeken bij diverse instanties en familie. Te denken valt aan de sociale dienst, sociale instellingen. Het is de beleidslijn van de Belastingdienst om geen vertalingen te maken van formulieren.

32.

Op welke wijze wordt de Rijksbijdrage voor kinderen jaarlijks vastgesteld? Wat gebeurt er in het jaar erop als blijkt dat er bijvoorbeeld een te hoge nominale premie is verondersteld? Als blijkt dat de gemiddelde nominale premie 1060 is in 2005 in plaats van de schatting van 1106, wat is dan het gevolg voor de werkgeversbijdrage aan het vereveningsfonds? Kan deze bijvoorbeeld uitkomen op 52%? Wat betekent dit voor de werkgeversbijdrage in 2007? Wat betekent dit dan voor de nominale premie in 2007?
Als blijkt dat 50% van de verzekerden een hogere (ex post) schadelast had dan verondersteld en gemiddeld voor bijvoorbeeld 40 euro per verzekerde moet worden nagecalculeerd, wat betekent dit dan voor de nominale premie in 2007? Wat betekent dit voor de werkgeversbijdrage in 2007? Wat betekent dit voor de Rijksbijdrage voor kinderen in 2007?

De hoogte van de rijksbijdrage voor kinderen wordt in de begroting bepaald als de helft van de nominale premie zoals geraamd in de Macro Economische Verkenningen (MEV) maal het aantal kinderen. Dit bedrag wordt niet achteraf aangepast als de premie anders uitvalt of het aantal kinderen afwijkt van de raming.

Als de nominale premie lager uitvalt dan geraamd in de MEV, dan moet achteraf worden vastgesteld dat de inkomensafhankelijke bijdrage te hoog is vastgesteld om precies uit te komen op 50% van de macro-inkomsten. Indien de nominale premie gemiddeld uit zou komen op 1060 euro, dan impliceert dit dat de nominale premieopbrengst ongeveer ½ miljard euro lager uitkomt dan geraamd (waarmee het aandeel van de inkomensafhankelijke

bijdrage stijgt naar circa 51%). Om over de jaren heen toch die 50% weer te bereiken, wordt de inkomensafhankelijke bijdrage in 2007 neerwaarts bijgesteld. Dit zal ook met de genoemde ½ miljard euro gebeuren, wat uitkomt op een partiële premiedaling van circa ¼ %-punt. Dit premie-effect wordt in mindering gebracht op het –nog te bepalen- niveau voor de inkomensafhankelijke bijdrage in 2007.

De ½ miljard lagere inkomensafhankelijke bijdrage in 2007 leidt ook tot een overeenkomstige correctie op de – eveneens nog te bepalen- vereveningsbijdrage voor verzekeraars voor 2007. Of dat consequenties heeft voor de nominale premie in 2007 valt niet op voorhand te zeggen. Dat hangt af van de wijze waarop verzekeraars bij de premiestelling 2006 hebben geanticipeerd op de lagere bijdrage in 2007 en van de wijze waarop bij de raming van de nominale premie 2007 (die immers weer de hoogte van de vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds bepaald) wordt aangenomen hoe de doorwerking in de nominale premie is.

De hoogte van de schadelast over 2006 blijkt pas na afloop van 2006. Na 2006 kan dus ook pas worden vastgesteld of er sprake is van nacalculatie op prestaties. Indien daarvan sprake is, dan ontvangen verzekeraars over het boekjaar 2006 een extra uitkering. Dit zal waarschijnlijk op zijn vroegst gebeuren in het jaar 2008. Met het bedrag van de nacalculatie zal de reguliere vereveningsbijdrage aan verzekeraars over het jaar 2008 of 2009 worden verminderd, om toch de beoogde 50/50 verhouding in stand te houden. Dit alles heeft dus geen invloed op de nominale premie 2007, de inkomensafhankelijke bijdrage 2007 en de rijksbijdrage 2007.

33.

Wat zijn de gangbare provisies voor tussenpersonen voor de basisverzekering? Wat zijn de gangbare provisies voor tussenpersonen voor de aanvullende verzekering? Is er sprake van een eenmalige of een doorlopende provisie?

Klopt het dat de gangbare vergoedingen voor het ziekenfonds ongeveer 10 euro per verzekerde per jaar waren? Hoeveel basisverzekeringen worden via tussenpersonen verkocht?

De provisie voor de verkoop van zorgverzekeringen is een zaak tussen verzekeraar en assurantie-bemiddelaar. Uit berichten in de vakpers maak ik op dat 2½ en 3½ % veelvoorkomende percentages zijn. Ook komen vaste bedragen per verzekerde voor. Voor collectief via assurantiebemiddeling tot stand gekomen zorgverzekeringen gelden afspraken per contract. Het behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van de verzekeraar om afspraken te maken over het wel of niet afsluiten van zorgverzekeringen via intermediairs en het maken van afspraken over daarvoor verschuldigde provisie. Ik beschik thans niet over gestandaardiseerde informatie die inzicht verschaft over de (aard van de) verleende provisies of over het aantal verzekeringen dat via tussenpersonen wordt verkocht. Ik wil overigens benadrukken dat het de vrije keus van een verzekerde is of hij zich bij zijn keuze voor een zorgverzekering al dan niet laat adviseren door een assurantie-adviseur. Dat geldt ook voor partijen die een collectieve zorgverzekering voor hun werknemers of leden willen afsluiten.

34.

Waarom krijgen alle buitenlandse verzekerden wel hun no-claim van 255 euro terug? Op basis van welke wet- en regelgeving is dit besloten? Wat zijn de budgettaire consequenties

van deze regeling? Welke gevolgen kunnen optreden voor de no-claimteruggave van binnenlandse verzekerden?

Uitgangspunt bij de no-claimteruggave (artikel 22 Zvw) is dat als de kosten van verleende zorg bekend zijn, deze bij de vaststelling van de teruggave worden meegenomen. Dit geldt op grond van artikel 69, tweede lid, van de Zvw ook voor verdragsgerechtigden in het buitenland.

Bij verdragsgerechtigde gepensioneerden en hun gezinsleden worden de kosten van medische zorg op grond van de verordening tussen de lidstaten in de regel op basis van vaste bedragen onderling verrekend. Die vaste bedragen zijn gebaseerd op de gemiddelde kosten per verzekerde in de betreffende verdragsstaat en hebben geen betrekking op werkelijk door de betreffende verdragsgerechtigde gemaakte kosten. Die werkelijk gemaakte kosten zijn niet bekend in Nederland. Daarom kan in die gevallen de zorgconsumptie niet in mindering worden gebracht op de € 255.

In situaties dat er wel een rekening wordt ontvangen voor ingeroepen zorg in het buitenland (zoals bij werknemers gebruikelijk is), wordt dit gewoon verrekend met de no-claimteruggave.

Wat de budgettaire gevolgen zijn van het aan de betrokkenen uitkeren van de volledige no-claimteruggave en daarmee geen rekening te houden met hun zorgconsumptie, is niet precies aan te geven. De no-claimteruggave die deze betrokkenen totaal krijgen betreft slechts enkele miljoenen euro's. Bekend is wel dat de kosten van het eventueel in aanmerking brengen van gemaakte zorgkosten bij de vaststelling van de no-claimteruggave voor deze groep tenminste in dezelfde orde van grootte zullen liggen.

Omdat de no-claimteruggave van verdragsgerechtigden buiten de zorgverzekeraars om loopt, zijn er geen gevolgen voor de no-claimteruggave van verzekerden in Nederland.

35.

Heeft u indicaties dat veel Nederlandse verzekerden uit EU-landen zullen terugkeren? Over welke aantallen spreken we eigenlijk in de grootste EU-landen? Zijn dat overwegend ziekenfonds of wel particulier verzekerden? Voor welke van deze twee groepen zijn de financiële consequenties van de nieuwe basisverzekering en de verplichte AWBZ-premie het grootst?

Keren er inderdaad Nederlandse huisartsen terug uit Spanje (FD: 21/11/2005)? Zijn daar veel huisartsen gevestigd? Klopt het dat in de meeste Spaanse autonome regio's er überhaupt geen AWBZ-zorg bestaat?

Ik heb signalen gekregen dat een aantal gepensioneerden overweegt naar Nederland terug te komen met het oog op de aanspraken uit de AWBZ-verzekering. Ik beschik niet over gegevens betreffende aantallen/aard van de huidige verzekering.

In zijn algemeenheid kan worden gezegd dat ziekenfondsverzekerden in financieel opzicht de minste consequenties zullen ondervinden; zij zijn het gewend om Ziekenfonds- en AWBZ-premie te betalen. De AWBZ-premie zal overigens met 30% worden verminderd.

De huidige particulier verzekerden die niet vrijwillig AWBZ verzekerd zijn, zullen wel met financiële consequenties te maken krijgen. Zij gaan ook inkomensafhankelijke bijdrage en AWBZ-bijdrage betalen. Hier staat tegenover dat zij bij terugkeer naar Nederland niet te maken zullen krijgen met een wachttijd voor de intramurale AWBZ-verstrekkingen. Dat is nu

wel het geval. De wachttijd bedraagt één maand voor elk jaar dat men niet AWBZ-verzekerd is geweest met een maximum van 12 maanden.

Ik heb geen signalen gekregen van terugkerende Nederlandse huisartsen; evenmin heb ik gegevens over in Spanje gevestigde huisartsen.

In de MISSOC-uitgave (Mutual Informationsystem on social protection) 2004 van de Europese Commissie staat voor Spanje ten aanzien van thuiszorg, "semi-stationary care" en verpleeghuiszorg vermeld dat deze in het kader van de sociale ziektekostenverzekering worden verleend aan gepensioneerden, gehandicapten en invaliden, terwijl farmaceutische zorg gratis is.

Wat betreft de informatie over de geografische verdeling van deze voorzieningen verwijs ik naar de internationale vergelijking van langdurige zorg die ECORYS-NEI in februari 2004 uitbracht. Hieruit blijkt dat langdurige zorg een onderdeel is van het "meer algemeen concept van persoonlijke sociale diensten (PSS)". In een proces van decentralisatie is Spanje opgedeeld in zeventien autonome regio's. De regio's maken met betrekking tot de langdurige zorg hun eigen wetten en regelingen, echter nog wel binnen het kader van het breder begrip PPS. Het kan voorkomen dat regelingen van stad tot stad variëren. In ieder geval kennen sommige regio's een uitkering ten behoeve van thuiszorg, of een ouderenbijslag als een familie zorgt voor een ouder persoon. De uitvoering ligt bij regionale en lokale autoriteiten, en een "recht op zorg" ontbreekt omdat de diensten buiten het concept van medische zorg vallen. Het zorgaanbod bestaat echter wel uit een breed spectrum van diensten; denk aan thuiszorg, dagverzorging, verpleeg- en verzorgingshuizen en (zeer beperkt) aanleunwoningen.

36.

Kan een kind apart (zonder de ouders) op de duurste restitutiepolis ingeschreven worden? Wat betalen de ouders dan? Wat ontvangt een verzekeraar dan uit het vereveningsfonds?

Onder de Zvw dient iedere verzekeringsplichtige een eigen zorgverzekering te hebben. Dat betekent inderdaad dat ouders hun kind afzonderlijk op de duurste restitutiepolis kunnen inschrijven. Aangezien de zorgverzekering voor kinderen jonger dan achttien jaar premievrij is, betalen de ouders voor de verzekering van hun kind - ook indien zij voor de duurste restitutiepolis hebben gekozen - geen nominale premie. Wat een verzekeraar voor een verzekerd kind uit het vereveningsfonds krijgt, hangt vooral af van een aantal objectieve criteria van het kind, zoals geslacht en leeftijd, woonregio, en van farmacie- en ziekenhuisgebruik in het vorige jaar. De (van volwassen verzekerden te vragen) nominale premie waarvoor de verzekeraar de verzekering in de markt heeft gezet, is daarbij niet van belang.

Vragen VVD-fractie

37.

De minister geeft in zijn brief aan dat een groot aantal van de modelovereenkomsten van verzekeraars al getoetst zijn door het CTZ. Van 9 zorgverzekeraars zitten de modelovereenkomsten in een afrondende fase. Verwacht werd dat deze voor 4 november

een positief oordeel zouden krijgen. Is deze verwachting uitgekomen? Mocht de verwachting niet zijn uitgekomen, heeft dit dan gevolgen voor het tijdstip waarop zij een aanbod kunnen voorleggen aan hun verzekerden? Oftewel, gaan zij 15 december halen?

In de vierde Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet die ik op 7 december naar uw Kamer heb gezonden, heb ik ook aandacht besteed aan de stand van zaken rond de modelovereenkomsten van zorgverzekeraars. Daaruit bleek dat CTZ inmiddels alle modelovereenkomsten die verzekeraars hadden voorgelegd, heeft goedgekeurd. Tevens bleek dat de zorgverzekeraars verwachten dat zij het aanbod op tijd aan hun verzekerden kunnen voorleggen.

38.

Voor keuze-informatie over zorgverzekeringen en zorgaanbieders kunnen mensen terecht op de site www.kiesbeter.nl. Is er zicht op het aantal personen in Nederland die bekend zijn met deze site en dus bekend zijn met de beschikbaarheid van keuze-informatie? Hoe worden mensen gewezen op deze mogelijkheid? Is het mogelijk om berispingen en andere uitspraken over individuele beroepsbeoefenaren op te nemen op deze site?

Tabel 1 laat de bekendheid van diverse leeftijdsgroepen met de web-site www.kiesBeter.nl zien zoals die eind november begin december 2005 gold.

Tabel 1: Percentage verzekeringsplichtigen bekend met [kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl)

18-34 jaar	48%
35-49 jaar	40%
50-64 jaar	33%
65 jaar en ouder	22%

Deze cijfers dateren van vóór de voorlichtingscampagne over www.kiesBeter.nl, die op 6 december van start is gegaan. In deze campagne worden mensen via internet, radiosspots, informatie in wachtkamers van zorgverleners en via persberichten gewezen op www.kiesBeter.nl.

Op grond van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg is voor acht beroepen (waaronder artsen, tandartsen en verloskundigen) het zogeheten BIG-register ingesteld. Dit register wordt beheerd door het agentschap CIBG. Burgers kunnen bij het BIG-register navragen of een beroepsbeoefenaar wel of niet staat ingeschreven, of zijn inschrijving geschorst is en of hem door de rechter beperkingen zijn opgelegd bij de uitoefening van zijn beroep. Dit kan schriftelijk, telefonisch of via de website www.bigregister.nl.

Welke indicatoren en aspecten er precies over individuele beroepsbeoefenaren op www.kiesBeter.nl worden gepubliceerd, en of informatie over berispingen en andere uitspraken daar een onderdeel van uitmaken, wordt thans bezien.

Uitgangspunt is dat burgers die informatie moeten kunnen vinden die zij nodig hebben om te bezien welke zorgverzekering of welk zorgaanbod het best bij hun wensen past. Het gaat hierbij om een combinatie van informatie over het aanbod, kwaliteitsindicatoren en ervaringen van verzekerden/patiënten.

39.

De verwachting was, zo geeft de minister in zijn brief weer, dat begin november overeenstemming kon worden bereikt over de inhoud van het addendum, waarin de gedragsregels worden beschreven waaraan zorgverzekeraars zich moeten houden in verband met privacybescherming van verzekerden. Is inmiddels overeenstemming bereikt? Zo ja, welke afspraken zijn er hierover gemaakt? Zo neen, waarom niet? Hoe lang gaat het naar verwachting duren voordat het formele traject van goedkeuring door het CPB is afgerond?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de antwoorden op vraag 7 en op vraag 19.

40.

In het buitenland wonende Nederlanders hebben voor het invoeren van extramurale zorg in Nederland volgens de uitspraak van het Europese hof in de zaak Müller-Fauré geen toestemming nodig van hun verzekeraar. Heeft invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet gevolgen voor het invoeren van extramurale zorg in Nederland voor in het buitenland wonende Nederlanders? Zo ja, op welke manier? Zo neen, blijft voor deze mensen extramurale zorg in Nederland, zonder toestemming van hun verzekeraar, mogelijk?

Nee, de Zvw verandert niets aan de consequenties van de genoemde Hofjurisprudentie. Het invoeren van extramurale zorg in Nederland blijft mogelijk, maar de verdragsgerechtigde die dat doet loopt de kans dat hij de kosten vergoed krijgt volgens de tarieven van zijn woonland (conform het arrest Van Braeckel). Dat land betaalt, in het geval de kosten van verleende zorg in het woonland worden afgerekend op basis van gemiddelde kosten, op grond van Verordening 574/72, de kosten van zorg die in Nederland wordt verleend.

41.

Binnen de EU zijn er grote verschillen tussen de woonlandpakketten. Het woonlandpakket in Duitsland is bijvoorbeeld veel omvangrijker dan in België. Is differentiatie in premie naar woonland mogelijk? Zo ja, op welke wijze? Zo neen, waarom niet, mede met het oog op de beantwoording van de vragen door de Europese Commissie op de vragen van Europarlementariër Mw. Oomen (E-3415/05)?

De Verordening 1408/71 voorziet niet in een premiedifferentiatie naar woonland. De Verordening gaat ervan uit dat premie wordt betaald overeenkomstig de wetgeving van het land dat de kosten van verleende zorg moet betalen. De uitvoeringsorganisatie is namelijk alleen bekend met de eigen premiebepalingen en niet met die van de andere 24 lidstaten.

42.

Voor AWBZ-zorg in het buitenland is een overgangsmaatregel gecreëerd waardoor mensen die nu op grond van de AWBZ zorg ontvangen deze zorg of daaruit voortvloeiende zorg kunnen voortzetten ten laste van de AWBZ. Is een dergelijke overgangsregeling ook mogelijk voor mensen die nu in het woonland langdurig zorg ontvangen ten laste van zijn huidige particuliere ziektekostenverzekering? Kan bijvoorbeeld een kankerpatiënt in het buitenland

zijn lopende behandeling bij zijn specialist voortzetten, ondanks de wijziging in zijn verzekeringssituatie? Oftewel, is voor in het buitenland wonende Nederlanders ook een overgangstermijn mogelijk voor lopende behandelingen die vallen onder de zorgverzekeringswet? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?

Een lopende behandeling kan altijd worden voortgezet. Indien deze valt onder het woonlandpakket kan het voorkomen dat een andere arts dan de huidige de behandeling voortzet. Valt de behandeling onder het woonlandpakket, dan zal deze in beginsel in het woonland moeten plaatsvinden. Het woonland kan toestemming geven voor voortzetting van de behandeling in Nederland. De betrokkene kan in geval van extra-murale zorg ook zonder toestemming de behandeling in Nederland voortzetten, maar loopt dan de kans niet alle zorg vergoed te krijgen (zie ook het antwoord op vraag 40).

Gelet op de toezeggingen die door de particuliere verzekeraars zijn gedaan in het kader van de voortzetting van de particuliere verzekeringen, ga ik ervan uit dat een lopende behandeling indien nodig en voor zover deze niet voor vergoeding in aanmerking komt volgens het woonlandpakket, in redelijkheid ten laste van de particuliere verzekering kan worden gebracht.

43.

Kan de Kamer inzicht krijgen in de cijfers van het CVZ over de inkomsten van het CVZ (bijdragen van alle in het buitenland wonende Nederlanders) en de uitgaven (werkelijke kosten) aan zorg voor Nederlanders in het buitenland in dat zelfde jaar? Zijn deze cijfers uit te splitsen naar woonland?

Het CVZ ontvangt nu nog geen bijdragen voor de huidige verdragsverzekerden. De premies voor de Ziekenfondswet en de AWBZ worden ingehouden door de werkgevers/uitkerings- en pensioeninstanties en in de desbetreffende fondsen gestort.

Het CVZ betaalt voor in Nederland werkende werknemers en hun gezinsleden die in het buitenland wonen doorgaans de werkelijke kosten aan het buitenland (behalve in relatie tot België en Duitsland: nu gemiddelde kosten), terwijl voor gepensioneerden en hun gezinsleden wordt afgerekend op basis van gemiddelde kosten. De kosten worden door de afzonderlijke woonlanden in rekening gebracht.

Bijlage 1 bevat een overzicht van de door het CVZ per persoon betaalde kosten aan EU/EER-landen en Zwitserland. Voor een uitvoerige informatie over betalingen naar en ontvangsten uit het buitenland moge ik u korthedshalve verwijzen naar de site van het CVZ: www.cvz.nl. (Cijfers en publicaties/overige uitgaven/internationaal verbindingorgaan 2003).

44.

Uit de vele brieven die de VVD-fractie ontvangt van bezorgde Nederlanders in het buitenland blijkt dat er stappen worden gezet om een kort geding aan te spannen tegen de Nederlandse Staat om de invoering van de Zorgverzekeringswet voor in het buitenland wonende Nederlanders te stuiten. Hoe waarschijnlijk is het dat de invoering van de zorgverzekeringswet voor Nederlanders woonachtig in het buitenland wordt uitgesteld? Als dit waarschijnlijk is, tot wanneer kan de invoering voor deze groep worden gestuit?

Ik acht het niet waarschijnlijk dat de invoering van de Zvw wordt gestuit. Daarnaast wil ik graag op het volgende wijzen. De Zvw is een sociale verzekering. Zodra de Zvw in werking treedt, is ook de Verordening, respectievelijk het sociale zekerheidsverdrag van toepassing. Als gevolg hiervan worden Nederlanders die in een Verdrags- of Verordeningsland wonen verdragsgerechtigd én premieplichtig. Dit betekent dat de invoering van de Zvw niet voor bepaalde groepen kan worden uitgesteld.

45.

Op welke manier wordt de voorlichting aan mensen die in het buitenland wonen geïntensiveerd?

De voorlichting aan mensen in het buitenland is op de volgende wijze vormgegeven. Iedereen die in een Verdrags- of Verordeningsland woont, heeft persoonlijk van het CVZ bericht gekregen over de op handen zijnde veranderingen. Het CVZ zal de betrokkenen deze maand hierover nogmaals informeren. Daarnaast hebben de Nederlandse ambassades in het buitenland een brief gekregen waarin en waarbij handvatten voor de beantwoording van vragen zijn gegeven (te weten de toezending van de ook aan uw Kamer gezonden brochure 'Zorgverzekeringen in Nederland' en een verwijzing naar relevante info-websites).

46.

Als gevolg van de problemen bij de informatievoorziening voor mensen woonachtig in het buitenland dreigen minder assertieve gepensioneerden tussen de wal en het schip te vallen. In hoeverre verwacht de minister dat deze mensen na 1 januari onverzekerd raken? Wat gaat de minister concreet doen om het aantal mensen zo klein mogelijk te houden? Is de minister voornemens deze mensen tegemoet te komen bijvoorbeeld door coulance te betrachten ten aanzien van de boete van het CVZ?

Het CVZ gaat over tot ambtshalve inschrijving van het bestand huidige ziekenfondsverzekerden. Daarnaast gaat het CVZ over tot ambtshalve inschrijving van mensen met een Nederlands pensioen die niet hebben gereageerd of niet hebben aangegeven dat zij een pensioen uit het woonland krijgen. Inmiddels heeft het CVZ ongeveer 20.000 formulieren verzonden. De resterende formulieren worden in de loop van deze maand toegezonden. Mocht men voor 1 januari 2006 geen formulier hebben ontvangen, dan kan de betrokkene zich wenden tot het uitvoeringsorgaan (plaatselijke ziekenfonds) van de verzekering in het woonland en verzoeken om bij het CVZ een formulier E-121 aan te vragen en op basis van dit verzoek over te gaan tot voorlopige inschrijving. Deze mensen hebben met ingang van de dag van het ontstaan van het recht op woonlandzorg ook recht op die zorg respectievelijk op vergoeding van de kosten daarvan door het orgaan van de woonplaats. Mensen die zich niet-verwijtbaar niet op tijd hebben kunnen inschrijven zijn uiteraard geen boete verschuldigd.

47.

Hoe worden personen die in het buitenland wonen gewezen op de mogelijkheid van het ontvangen van een zorgtoeslag?



Blad

22

Kenmerk

PTZ/2643696

Op de websites www.toeslagen.nl en www.denieuwezorgverzekering.nl is extra aandacht besteed aan het ontvangen van zorgtoeslag voor personen in het buitenland. Hierbij wordt duidelijk het telefoonnummer van de BelastingTelefoon Buitenland gecommuniceerd. Ook heeft het CVZ een informatiebrochure verzonden aan alle personen in het buitenland die bij het college bekend zijn. In deze brochure is gewezen op het aanvragen zorgtoeslag. Tevens heeft het CVZ informatiebijeenkomsten verzorgd in Spanje en Portugal. De Belastingdienst/Toeslagen is hier bij aangesloten om uitleg te geven over de (aanvraag) zorgtoeslag. Daarnaast heeft de Belastingdienst/Toeslagen de Belgische vakbonden voorgelicht over de aanvraag zorgtoeslag voor niet-ingezetenen. Met deze informatie hebben de Belgische vakbonden grensarbeiders geïnformeerd bij diverse bijeenkomsten in de Nederlands-Belgische grensstreek.

Vragen SP-fractie

48.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het aantal bij de belastingdienst ontvangen zorgtoeslagformulieren?

Zoals ook in de vierde Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet is opgemerkt, zijn er tot 1 december circa 5,2 miljoen aanvragen voor een zorgtoeslag ingediend.

49.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de voorlichting over het nieuwe zorgstelsel en het aanvragen van zorgtoeslag van zogenaamde moeilijk bereikbare groepen, zoals daklozen en allochtonen?

Eind oktober is gestart met de voorlichting aan moeilijk bereikbare doelgroepen. Daarbij staan twee zaken centraal, te weten het afsluiten van een verzekering en het aanvragen van zorgtoeslag.

De voorlichting loopt via intermediaire organisaties (zoals ouderenorganisaties, allochtonenorganisaties en opvangorganisaties voor dak&thuislozen en verslaafden) die dagelijks contact hebben met de moeilijk bereikbare doelgroepen. VWS subsidieert deze organisaties en heeft algemeen voorlichtingsmateriaal beschikbaar gesteld, zoals een eenvoudige brochure in meerdere talen, een handleiding wat te doen als iemand onverzekerd is en een baliekaart voor medewerkers van opvanginstellingen en zorgverlenende instellingen. Ook zijn er verschillende bijeenkomsten op VWS gehouden met intermediaire organisaties om deze organisaties goed voor te bereiden en heeft VWS meegewerkt aan een aantal zogenaamde 'train de trainer sessies'.

Alle intermediairs hebben inmiddels al een groot aantal voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Een voorbeeld is de dak&thuislozenbus, die langs 36 steden zal gaan om deze groep te informeren. De dakloze kan in de bus een zorgverzekering afsluiten (of worden doorgeleid naar een verzekeraar/sociale dienst) of een zorgtoeslag aanvragen. Deze voorlichting aan moeilijk bereikbare doelgroepen zal in 2006 worden voortgezet.

50.

De schatting is dat het aantal onverzekerden zal oplopen tot 500.000 en 800.000 door de te hoge nominale premie. Wat is de minister van plan hiertegen te ondernemen?

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 15.

51.

Freelancers en alfavulpen gaan er financieel erg op achteruit door de inkomensafhankelijke bijdrage die zij zelf moeten betalen. Wat is de minister van plan hiertegen te ondernemen?

Om negatieve inkomenseffecten voor alfavulpen als gevolg van de introductie van de Zvw te voorkomen, wordt hun uurtarief verhoogd met 4,4% verhoogd. Specifieke maatregelen voor freelancers worden niet overwogen.

52.

Studenten die langer dan vier jaar over hun studie doen, hebben geen recht op studiefinanciering. Hoe gaat de minister dat compenseren zonder dat de studenten zich zelf in de schulden hoeven te steken?

Voor studenten die geen recht meer hebben op een basis- en eventueel aanvullende beurs bestaat de studiefinanciering volledig uit een lening. Compensatie kan alleen plaatsvinden door middel van een verruiming van die leenmogelijkheden. Het studiefinancieringsstelsel kent geen 'gift-component' in de leen-fase van de studiefinanciering. Aanpassing zou een fundamentele wijziging van het studiefinancieringsstelsel betekenen.

Verruiming van de leenmogelijkheden voor deze studenten lijkt echter niet nodig. Zij kunnen in 2006 tot het maximale normbudget van bijna € 800 per maand lenen bij de IB-Groep. Dit normbudget bevat ook een (genormeerde) ziektekostencomponent. Dit normbudget zou voldoende moeten zijn om in 2006 de studiekosten en de kosten voor levensonderhoud (inclusief de nieuwe zorgverzekering) te kunnen betalen. Uiteraard hoeft een student niet het maximale bedrag te lenen, minder lenen mag altijd. Het te lenen bedrag kan maandelijks worden gewijzigd.

Het kabinet heeft op basis hiervan geoordeeld dat studenten die geen recht meer hebben op een (prestatie)beurs niet specifiek hoeven te worden gecompenseerd voor de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel.

53.

Studenten die om de één of andere reden hun studie niet afmaken moeten hun studiefinanciering terugbetalen, inclusief de tegemoetkoming in de ziektekosten. Zij zullen in de toekomst meer moeten gaan terugbetalen dan voorheen door dit nieuwe zorgstelsel. Hoe wordt dit gecompenseerd?



De prestatiebeurssystematiek van de studiefinanciering betekent dat de studenten die stoppen met hun studie en geen afsluitend diploma hebben behaald, de genoten prestatiebeurs (basisbeurs, eventueel aanvullende beurs en ov-studentenkaart) moeten terugbetalen. Wel wordt voor eerstejaarsstudenten die voor 1 februari stoppen, de prestatiebeurs omgezet in een gift. Ook de aanvullende beurs voor eerstejaarsstudenten is in zijn geheel een gift.

Deze systematiek geldt voor alle onderdelen van de prestatiebeurs, dus ook voor de nu verhoogde prestatiebeurs. Compensatie van dit effect is binnen dit systeem niet aan de orde. Overigens geldt voor de lening een terugbetalingssysteem naar draagkracht, die uiteraard ook voor deze verhoging van toepassing is.

Bijlage 1: Overzicht kostprijzen die Nederland aan het buitenland betaalt (per persoon).

EU/EER/Zwitserland (op basis van de Toepassingsverordening

	Voor een gepensioneerde en zijn gezinslid	Voor een gezinslid van een werknemer
België	3450	1010
Cyprus	3012	1143
Duitsland	3609	834
Estland	3012	1142
Frankrijk	3667	1548
Griekenland	1513	975
Hongarije	3012	1142
Ierland	4569	200
Italië	2354	980
Letland	179	167
Litouwen	263	120
Luxemburg	4510	1629
Malta	251	1142
Oostenrijk	3336	1286
Polen	3012	1142
Portugal	1400	777
Slovenië	1140	457
Slowakije	3012	1142
Spanje	2586	480
Tsjechië	3012	1142
Verenigd Koninkrijk	3714	2381
Zweden	3523	1156
Zwitserland	3305	1239
Noorwegen	3595	2556