

6

Opsporing en verzekering onverzekerden

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet, houdende maatregelen tot opsporing en verzekering van personen die ondanks hun verzekeringsplicht geen zorgverzekering hebben en beperking van het aantal zorgverzekeringen tot één per verzekeringsplichtige (opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering) (32150).**

De beraadslaging wordt geopend.



De heer **Hamel** (PvdA):

Voorzitter. Over de doelstellingen van het voorliggende wetsvoorstel verschillen de minister en mijn fractie niet van mening. Over het middel dat nu voorligt, des te meer. Belangrijkste punten daarbij zijn een onnodig bureaucratische aanpak en een aanpak die niet is toegesneden op de groep onverzekerden. Immers, de Zorgverzekeringswet wordt gerepareerd door nog meer regels te creëren die eigenlijk voortborduren op de bestaande regelgeving, die niet afdoende blijkt te werken. In de VWS-verzekerdenmonitor 2010 wordt geconstateerd: "Inmiddels is het boeteregime geen prikkel gebleken voor verzekeringsplichtigen om zich te verzekeren." Toch stelt de minister in de memorie van antwoord dat het dreigen met een boete in belangrijke mate preventief zal werken.

Verder stelt de minister dat zij de boetefase tussen de aanmaning en de ambtshalve verzekering van belang acht om een uiterste poging te doen betrokkenen geheel binnen de private sfeer van de Zorgverzekeringswet te halen door hen ertoe te brengen zelf een zorgverzekering af te sluiten. Het is een herhaling van het door minister Hoogervorst ingenomen standpunt. Het ziet ernaar uit dat het ver doorgevoerde principiële punt dat de burger zelf moet kunnen kiezen, nog steeds een praktische en effectieve oplossing in de weg staat. Destijds, bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet, is door meerdere leden van de Kamer herhaaldelijk gewezen op het probleem van de onverzekerden. Gevraagd werd of het niet wenselijk zou zijn om voor bepaalde groepen een afwijkende regeling te treffen, bijvoorbeeld voor mensen met een bijstandsuitkering. De vraag was of je iemand die niet verzekerd was, verplicht zou kunnen verzekeren, of je direct premie zou kunnen inhouden en deze zou kunnen verrekenen met de zorgtoeslag.

Dat was onbespreekbaar. Het principe dat mensen in volle zelfstandigheid moeten kunnen kiezen, was heilig en het zou allemaal wel goed komen. Dat kwam het dus niet. De vraag rijst, of sinds introductie van de Zorgverzekeringswet niet voldoende is gebleken dat dit principe mooi, maar weinig praktisch is en nu nog steeds een efficiënte oplossing van de onderliggende problematiek in de weg staat.

Nadat de zorgverzekering effectief was geworden, hebben veel gemeenten een eigen collectieve verzekering opgericht, waardoor het op verkapte wijze mogelijk werd bijstandsgerechtigden verplicht te verzekeren en premie in

te houden. Ook voor de wanbetalers is nu gelukkig een pragmatische stap gezet en is bronheffing niet meer taboe. Zou het nu niet goed zijn, het grote principe bij deze restgroepen te verlaten? Zou het niet verstandig zijn, een aangepast regime te kiezen in de wetenschap dat een zeer klein deel van de verzekerden niet in staat is de keuze voor een verzekeraar zelfstandig te maken en de daarbij behorende administratie zelfstandig uit te voeren?

Waarom wordt bijvoorbeeld op het moment van detentie niet een bericht aan de verzekeraar gestuurd dat de verzekering ambtshalve tijdelijk is stopgezet en dat deze bij beëindiging van de detentie ambtshalve weer wordt voortgezet? Waarom wordt een bijstandsgerechtigde die niet verzekerd is, niet ingeschreven bij een door een gemeente afgesloten collectieve verzekering? De vraag is ook of het boeteregime niet kan komen te vervallen. Herhaaldelijk geeft de minister aan dat er eigenlijk geen sprake meer is van een boete, want men moet over de voorafgaande drie maanden eigenlijk geen boete betalen, maar premie. Toch zullen mensen met een gering inkomen of geen inkomen dit wel als een boete ervaren. Immers, het geld voor de premie van de voorliggende maanden is al uitgegeven. Voor de mensen met weinig geld of schulden is elk bedrag dat zij later moeten betalen hoog, of het nu boete of nabetaling heet. Waarom is er niet voor gekozen dat ambtshalve verzekering de boete is? Het is toch goed voorstelbaar dat een onverzekerde direct de keuze krijgt: of u zorgt ervoor dat u binnen een maand verzekerd bent, of wij doen het voor u. Waarom moeten er zo veel stappen gezet worden voordat wordt overgegaan tot ambtshalve verzekering? Is dat soms om het principe hoog te houden van de vrije keuze?

Een andere overweging is dat de burger als het ware wordt gestraft omdat instellingen, zoals verzekeraars en schuldsaneringsinstanties, niet naar behoren hun werk doen. Bij het onderzoek van de Ombudsman komt uitdrukkelijk naar voren dat verzekeraars bij inschrijving eisen stellen die zij niet mogen stellen, zoals de voorwaarde van inschrijving in de GBA of een burgerservicenummer. De wet schrijft dit niet voor en geeft andere mogelijkheden om het ingezetenschap te bepalen. Gevolg is dat men onverzekerd blijft. Ook worden soms fouten gemaakt bij de voorlichting over de boete dan wel de nabetaling. Deze informatie kan iemand met bijvoorbeeld schulden zo afschrikken, dat hij gelijk afziet van verzekeren. Zou het niet voor de hand liggen om daar de klemtoon van het beleid te leggen, eerst de resultaten af te wachten van het overleg tussen Stichting De Ombudsman, de zorgverzekeraars en de NZa en pas dan over te gaan tot wettelijke maatregelen?

Een kwetsbaar punt bij de uitvoering van de nieuwe regelgeving is dat een gecoördineerd optreden van meerdere instanties wordt verondersteld, willen de echte probleemgroepen worden bereikt en geholpen. Ook wordt een nieuw register opgetuigd waarin 13 miljoen burgers worden geregistreerd, opdat 150.000 onverzekerden kunnen worden opgespoord. Weer wordt er een nieuw bestand ingevoerd, weer worden er koppelingen met andere bestanden gemaakt en weer is de burger een stukje privacy kwijt. Verder worden er weer een hoop regels aan het assortiment regelgeving toegevoegd, waarbij uitdrukkelijk de vraag kan worden gesteld of dit nu de meest effectieve weg is. Wellicht is het wel de makkelijkste.

Het is de opvatting van de regering dat de regelgeving in Nederland zodanig is, dat in beginsel iedereen in staat zou moeten zijn, de nominale premie voor een zorgverze-

Hamel

kering te betalen. Terecht wordt gesteld: "in beginsel". Het is immers maar de vraag of alle regelingen in de praktijk zodanig uitwerken dat dit het geval is. Neem de schuldhulpverlening. Deze hulpverlening verloopt niet overal even soepel als door de minister wordt verondersteld. Voordat iemand wordt toegelaten tot deze vorm van hulpverlening, worden soms eisen gesteld waaraan sommigen in het geheel niet kunnen voldoen; of men moet langdurig wachten voordat er daadwerkelijk iets aan sanering wordt gedaan. De veronderstelling van de minister dat iedereen in dit land in staat is zijn premie te voldoen, klopt dan ook niet meer. Dan helpt ook geen enkele boete.

Het verschil tussen het standpunt van mijn fractie en dat van de minister komt het meest duidelijk naar voren in de stelling van de minister dat zij het niet nodig vindt om de reden waarom mensen onverzekerd zijn in beeld te brengen. Wij denken dat het juist van groot belang is om te weten waarom mensen onverzekerd zijn, wil je een wet maken die effectief is. Uit de schaarse gegevens waarover wij beschikken, met name de VWS-verzekerdenmonitor 2010 en de uitkomsten van het onderzoek van Stichting De Ombudsman, komt een zeer divers beeld naar voren, waarbij het de vraag is of de voorgestelde aanpak effect zal sorteren. Wat opvalt, is dat de inhoud van het wetsvoorstel weinig lijkt te zijn afgestemd op de samenstelling van de te onderscheiden groepen onverzekerden. De totale groep van 150.000 onverzekerden bestaat uit 114.960 allochtonen en 37.280 autochtonen.

Ik loop de categorieën waar de groep onverzekerden uit bestaat langs. Van de groep van ruim 114.000 allochtonen is een groep van 64.000 onverzekerden afkomstig uit westerse landen, vooral EU-landen. In deze groep bevinden zich alleen al 11.000 Duitsers. Zou onbekendheid hier niet een hoofdrol spelen? Gemakkelijk wordt gedacht dat de verzekering die men al heeft hier geldig is, dat men automatisch verzekerd is, of dat men, net als in eigen land, niet verzekerd hoeft te zijn. Het Nederlandse model is nogal afwijkend van dat van de rest van de EU-landen en alleen Zwitserse burgers kunnen er van huis uit iets van begrijpen. Vorige week werd bekend hoe groot de immigratie uit EU-landen naar ons land en de emigratie van EU-onderdanen uit ons land zijn. Alleen al 14.000 Polen en 14.000 Duitsers vestigden zich in ons land, terwijl ruim 10.000 Duitsers en 3500 Polen vertrokken. Mijn fractie vraagt zich af, of het niet veel effectiever zou zijn om een bepaalde berichtgeving te koppelen aan de inschrijving in de GBA. Het zou dan gaan om een bericht aan een instantie, die op haar beurt schriftelijke informatie kan geven over onze zorgverzekering en zorgtoeslag. Deze instantie kan tevens aangeven dat een verzekering verplicht is en informatie verstrekken over verzekeraars. De minister geeft aan dat er goede folders zijn en dat er een voorlichtingscampagne is gevoerd om mensen erop te attenderen dat zij zich moeten verzekeren. Het is de vraag op welke wijze deze door de gemeentes worden voortgezet. Een melding lijkt effectiever. Dat er een voorlichtingscampagne is gevoerd, is mooi, maar het kenmerk van buitenlanders is dat zij, over jaren verspreid, ons land instromen.

Een groep waarvoor een koppeling aan de GBA ook effectief kan zijn, wordt gevormd door de buitenlanders uit niet-westerse landen. Deze groep, afkomstig uit niet-westerse landen als China, de Nederlandse Antillen en Marokko, is 32.000 mensen sterk. Ook daar ligt veel onwetendheid en onbekendheid.

Dan is er een groep van 37.000 burgers – dat is het restant van mijn optel- en aftreksom – die bestaat uit autoch-

tone Nederlanders. Deze bestaat allereerst uit 17.000 onverzekerde kinderen. Een deel van de onverzekerde groep kinderen is wellicht allochtoon, maar dat valt uit de cijfers niet te destilleren. Hiervan is de simpele oorzaak dat ouders zijn vergeten hun kind te verzekeren. Dat kan niet gestoeld zijn op financiële overwegingen, want voor kinderen hoeft geen premie te worden betaald. De minister geeft aan dat dit nu wordt opgelost door de bestandsvergelijking van het CVZ. Is dat niet een geweldige omweg? Waarom wordt bij inschrijving in de burgerlijke stand niet gewoon gevraagd waar de ouder verzekerd is? Dan kan de geboorte aan deze verzekeraar worden doorgegeven. Dan kunnen ook de soms dramatische tafereel bij ziekenhuisopname van onverzekerde kinderen worden voorkomen.

De dan resterende, relatief kleine groep autochtone onverzekerden is zonder meer het meest problematisch en divers. Allereerst zijn er de mensen die niet handelen en denken conform de veronderstellingen in de memorie van antwoord. Ik denk hierbij aan de thuis- en daklozen – die wel een adres hebben, maar geen adres hebben –, verslaafden, psychiatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten en vereenzaamde ouderen. Zij hebben gemeen dat zij niet passen in het gedrag dat door de tekst in het wetsvoorstel en de toelichting daarop wordt verondersteld, en dat zij niet zullen reageren op de stimuli die daarin zijn vervat.

Verder zijn er de mensen die geen mogelijkheid zien om de premie te betalen, bijvoorbeeld de niet werkende volwassen zoon zonder uitkering die nog bij zijn moeder woont. Moeder ziet geen mogelijkheid om de premie voor haar zoon te betalen. Daarnaast zijn er nog de mensen die niet of niet adequaat worden geholpen door de schuldsanering en niet zien hoe zij de premie of boete kunnen betalen. Stichting De Ombudsman geeft aan dat velen niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het aanvragen van een zorgtoeslag. Voor al deze groepen is aan te geven dat de zorgverzekering ingewikkeld is en het aanvragen van de zorgtoeslag een hoogstandje waar ze tegen opzien.

Ik heb uitvoerig stilgestaan bij al deze voorbeelden omdat daaruit niet zozeer een beeld naar voren komt van onwelwillendheid als wel van onbekendheid en onmacht. Kortom, waarom denkt de minister dat dit een effectieve aanpak is voor de verschillende groepen die ik heb opgesomd? Waarom speelt zij niet veel meer in op de onmacht en onbekendheid bij de onverzekerden? Deelt de minister de mening dat veel van deze mensen de status van verzekerde sneller en met minder bureaucratische rompslomp zullen bereiken als zij op een adequate wijze worden voorgelicht dan wel geholpen?

De heer Van de Beeten (CDA):

Ik heb de heer Hamel in zijn analyse van de verschillende groepen slechts bij één categorie een mogelijke oplossing horen noemen in de vorm van een vraag bij de registratie van de geboorte van een kind bij de burgerlijke stand. Bij andere kinderen zal dat een probleem zijn, maar ik denk dat voor de overige groepen die in de analyse de revue gepasseerd zijn, toch de koppeling van gegevensbestanden nodig zal zijn om de groep überhaupt in kaart te brengen. In het begin van zijn betoog heeft de heer Hamel sterke kritiek geuit op het feit dat er zo'n enorm databestand wordt gecreëerd ten behoeve van de uitvoering van dit wetsvoorstel, maar uit zijn analyse kan ik niet anders dan concluderen dat het in kaart brengen langs de weg

Hamel

van koppeling noodzakelijk zal zijn voor de aanpak van de verschillende groepen die hij heeft gesignaleerd.

De heer **Hamel** (PvdA):

Ik begrijp de vraag niet helemaal. Laten we simpel zijn: de monitor monitort pas op het moment dat men is ingeschreven. Dat geldt dus niet voor studenten, maar als men normaliter bij de GBA wordt ingeschreven, wordt men althans even in de statistieken van de monitor herkend. Ik heb de suggestie gedaan om al die groepen er op dat moment op te wijzen dat zij verzekerd dienen te zijn. Ik heb geen uitvoerige oplossing willen schetsen, maar er kan dan gewoon een kaartje worden gestuurd of een document van de verzekeraar. Zo krijgt men per omgaande te lezen hoe het zit en weet men dat men zich kan verzekeren.

De heer **Van de Beeten** (CDA):

Dat veronderstelt dat zich geregeld mensen bij de GBA melden voor een uitschrijving of inschrijving wegens verhuizing of anderszins. Voor veel van de mensen in de categorieën die de heer Hamel heeft geïdentificeerd, zal dat niet het geval zijn.

De heer **Hamel** (PvdA):

Ik begrijp u in dezen niet. We hebben 150.000 onverzekerden. Het merendeel daarvan is allochtoon. Ze komen in de monitor als ze zich hebben ingeschreven bij de GBA. Ze zijn dus langs dat loket geweest. Mijn simpele stelling is dat we dit moeten koppelen aan de inschrijving voor een verzekering. Dat hoeft de GBA niet te doen, maar je kunt er een meldingsplicht van maken. Op dat moment weet degene die zich aanmeldt dat hij zich moet verzekeren. Vraag bijvoorbeeld eens aan een paar Duitsers hoe het werkt. Ik woon weliswaar in Groningen, maar ook daar wonen veel mensen uit de rest van de wereld. Duitsers hebben ook geen benul dat ze zich hier moeten verzekeren. Ze weten niet hoe het werkt. Ik geef nu een kort voorbeeld.

De **voorzitter**:

U was aan uw afronding bezig.

De heer **Hamel** (PvdA):

Dan kom ik bij mijn laatste zin: wij wachten met belangstelling de antwoorden van de minister af.

□

Mevrouw **Swenker** (VVD):

Voorzitter. Wij hebben in Nederland gekozen voor een ziektekostenverzekeringssysteem voor iedereen. Iedereen is verplicht zich te verzekeren: jong en oud, ziek en gezond, en wel zonder uitsluitingen of premiedifferentiatie. Daarin ligt de solidariteit verankerd. Dat betekent dus ook dat iedereen moet bijdragen aan het betalen van de nominale premie. Ook daar geldt de verplichting tot solidariteit omdat iedereen vroeg of laat gebruikmaakt van de gezondheidszorg en dus kosten veroorzaakt die door de premies moeten worden gedekt.

Voor degenen die qua inkomen aan de onderkant zitten, is er de zorgtoeslag, waardoor de nominale premie betaalbaar is. Een andere, meer algemene garantie in ons land is dat niemand ooit onder het sociaal minimum zal terechtkomen. Dat betekent helaas ook dat een regeling voor wanbetalers en voor degenen die zich niet verze-

keren, het logische sluitstuk vormt. Daar hebben wij het vandaag over. Helaas, want de VVD fractie is van mening dat dit veel regels en administratieve rompslomp met zich brengt, zeker ook voor werkgevers.

Inhoudelijk rijst de vraag over wie wij het hebben. Wie zijn die onverzekerden? Vervolgens rijst de vraag: maken wij niet van een mug een olifant? Volgens de VVD-fractie zijn de cijfers van de VWS-verzekerdenmonitor niet echt duidelijk. Ik ga even de diepte in. Volgens het CBS waren er eind maart 2010 152.240 onverzekerden, ofwel 0,9% van alle verzekeringsplichtigen. Volgens diezelfde monitor is 0,3% allochtoon. Laat ik dat afronden op zo'n 50.000. Het is dus onduidelijk wie de andere 100.000 zijn. Waarschijnlijk zijn het voor het merendeel buitenlanders; dat hoorde ik de heer Hamel ook al zeggen. Is dat juist? In de monitor is sprake van bijna 79.000 mensen die een ander land van herkomst hebben. Daar vallen dus ook landen als Marokko, Turkije, de voormalige Nederlandse Antillen enzovoorts onder, waar veel allochtonen vandaan komen.

Er moet dus een overlap in de cijfers van onverzekerden zitten. Als je de mensen uit eerdergenoemde landen in mindering brengt, kom je op ongeveer 60.000 buitenlanders. Ik meen dat de heer Hamel op 64.000 uitkwam. Dat zou betekenen dat onder de 100.000 resterende onverzekerden een kleine 40.000 autochtone Nederlanders overblijven naast de 50.000 allochtone Nederlanders. Kortom, de VVD-fractie zou graag van de minister willen weten wie die 100.000 onverzekerden nu echt zijn en heeft dan ook het dringende verzoek aan de minister om de verzekerdenmonitor zo te herinrichten dat de cijfers klip-en-klaar zijn, zonder overlap of gaten tussen de betreffende groepen. Het feit dat de heer Hamel en ik tot verschillende interpretaties van de cijfers uit de monitor komen, spreekt voldoende boekdelen.

Ik kom vervolgens te spreken over een ander, inhoudelijk punt. Een deel van de onverzekerde buitenlanders is hier woonachtig. Voor hen zijn de AWBZ en in het verlengde daarvan de Zorgverzekeringswet van toepassing. Deze mensen moeten dus een zorgverzekering afsluiten in Nederland. Een interessante vraag in dit verband is: wanneer woont iemand hier? Beter gezegd, in formele termen: wanneer is iemand hier ingezetene, zodat op hem de AWBZ en in het verlengde daarvan de Zorgverzekeringswet van toepassing zijn?

In de AWBZ wordt gesteld dat je ingezetene bent als je hier woont of onder de loonbelasting valt dan wel als je je maatschappelijk middelpunt in Nederland hebt. Ik noem een voorbeeld. Een pensionado met een buitenlands pensioen woont in Parijs en komt in de zomer een paar maanden naar Nederland, niet om te overzomeren, want dat lijkt me in dit land niet zo handig, maar bijvoorbeeld om uitgebreid zijn kinderen te bezoeken. Om het ingewikkelder te maken: hij heeft ook nog een heel klein appartementje in Nederland. Waar ligt nu zijn maatschappelijk middelpunt? Bij de familie en de kinderen of in Parijs? Als hij geen ingezetene is, is hij dus geen onverzekerde in de termen van dit wetsvoorstel. Wie beslist hierover? Het CVZ of de SVB? Hoe wordt dat criterium ingevuld? Graag krijg ik hierover duidelijkheid van de minister.

Tot slot heeft de VVD-fractie nog twee korte vragen aan de minister. Het overgrote deel van de zorgverzekeraars houdt de wanbetalers in verzekering en volgt de procedure die in de wanbetalerswet is vastgelegd. Er blijken echter twee zorgverzekeraars te zijn die wanbetalers royeren. Volgens de Zorgverzekeringswet kan dat, maar dat betekent wel dat de mensen die geroyeerd zijn, waarschijnlijk

onverzekerd raken. Wordt dit royement van de wanbetalende verzekerde ergens gemeld of moet deze onverzekerde volgens dit wetsvoorstel weer opgespoord worden?

Dan de tweede vraag. Stel: iemand heeft bij de Belastingdienst zijn zorgtoeslag aangevraagd. Ongetwijfeld heeft hij zijn polis overgelegd en krijgt hij de toeslag. Na enkele maanden zegt hij zijn verzekering op. Waarschijnlijk komt de Belastingdienst daar pas een jaar later achter. De VVD-fractie gaat ervan uit dat de fiscus dan de zorgtoeslag terugvordert voor de periode dat betrokkene onverzekerd was, maar geeft de fiscus dit ook door? Als betrokkene weer in het regime is gebracht, krijgt hij dan zijn zorgtoeslag opnieuw? Met andere woorden: in de stukken staat dat de wet over een paar jaar geëvalueerd zal worden. Ware het niet goed om precies in kaart te brengen wie nu onverzekerd is en of wij geen simpeler regelgeving kunnen maken voor de groep waarover het gaat?

Graag ziet de VVD-fractie de antwoorden tegemoet.



Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Voorzitter. Met een onderwerp als vandaag is het, zeker als ik de eerdere verhalen heb gehoord, best moeilijk om er nog originele opmerkingen over te maken. Voor een deel zal mijn toespraak elementen bevatten die de andere bijdragen ook al bevatten, maar toch.

Mijn bijdrage spreek ik ook uit namens de fractie van GroenLinks.

Het is voor deze Kamer het eerste debat dat zij voert met deze minister. Voor mijzelf is het de derde minister van VWS met wie ik de degenen kruis, een minister die overigens toen het voorliggende wetsvoorstel aan de overkant werd besproken, voor haar fractie woordvoester was. Dat heeft als voordeel dat ze in ieder geval op dit onderwerp goed ingevoerd is en dat zal, naar ik verwacht, de kwaliteit van het debat ten goede komen. Ik wens de minister veel succes.

Haar voorganger heeft het voorliggende wetsvoorstel 32150 al aangekondigd tijdens de discussie over wetsvoorstel 31736. Beide behelzen een wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In het ene werden structurele maatregelen voorgesteld om het aantal wanbetalers terug te dringen. Het andere, dat we vandaag bespreken, omvat maatregelen die tot doel hebben het aantal onverzekerden te minimaliseren.

Als het voorstel wet wordt, is het mogelijk om het verzekerdenbestand AWBZ, beheerd door de SVB, te koppelen aan het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet en op die manier onverzekerden op te sporen. Het CVZ, dat wettelijk ook de taak heeft om de maatregelen uit te voeren die het aantal wanbetalers moeten terugdringen, krijgt de bevoegdheid onverzekerden een brief te sturen waarin zij worden aangespoord zelf een zorgverzekering af te sluiten. Als zij dat niet doen, dan krijgen zij tot twee maal toe een boete ten bedrage van drie maanden standaardpremie. Personen die na twee boetes nog steeds niet verzekerd zijn, worden door het CVZ ambtshalve verzekerd bij een zorgverzekeraar. De onverzekerde moet daarna twaalf maanden lang een bestuursrechtelijke premie betalen, die gelijk is aan de standaardpremie. Indien nodig kan deze premie via bronheffing worden geïnd. Na twaalf maanden wordt ervan uitgegaan dat de verzekerde zichzelf verzekert. Het is een heel verhaal,

maar het geeft een beetje aan dat het best wel ingewikkeld is.

Onze fracties zijn overigens met de minister van mening dat er alles aan gedaan moet worden om het aantal onverzekerden zo klein mogelijk te maken. Daarnaast, zoals ook in eerder debatten is betoogd, zijn wij echter ook van mening dat er qua aanpak een onderscheid gemaakt dient te worden tussen verschillende groepen onverzekerden, en wel zij die niet kunnen betalen en zij die niet willen betalen of niet op de hoogte waren. Wat ons betreft zou daar de discussie over moeten gaan.

De senaat oordeelt over proportionaliteit en effectiviteit van een wetsvoorstel. Wij gaan er daarom van uit dat er steeds een gedegen analyse ten grondslag ligt aan voorgestelde maatregelen. Juist aan deze analyse lijkt het bij dit voorstel echter te schorten. De maatregelen gaan uit van de steeds herhaalde mantra dat er groepen mensen zijn die zich onttrekken aan hun maatschappelijke verantwoordelijkheid door zich niet te verzekeren of niet te betalen terwijl ze, aangezien het sociale minimum daarop is afgestemd, in beginsel in staat zouden moeten zijn de nominale premie van de zorgverzekeraar te betalen. Wij vinden dat dit getuigt van een niet erg vruchtbare tunnelvisie en denken dat als minister en ministerie meer vanuit hun comfortabele binnenwereld de gure buitenwereld zouden betreden, er een ander inzicht zou kunnen groeien. Ik wil daar overigens graag een steentje aan dragen.

Eerst wil ik aandacht besteden aan de groep niet-willers en niet-weters. De getallen zijn al eerder genoemd en iedereen had zijn eigen rekenmethode. Ik ga die nu ook erbij voegen. Volgens de cijfers, door de minister in de memorie van antwoord verstrekt, telde ons land op 1 mei 2009 152.240 verzekeringsplichtigen zonder zorgverzekeringsovereenkomst. Deze onverzekerden betaalden in het algemeen, als het inkomen als zelfstandige of in loondienst toereikend was, wel de procentuele inkomensafhankelijke premie. Door echter geen nominale premie te betalen vormen ze een bedreiging voor de solidariteit en het draagvlak onder ons zorgstelsel. Als ze wel zorg nodig hebben, lopen deze mensen tegen hoge kosten op. Er is ook nog kans dat zij zorg mijden en dat kan een risico voor de volksgezondheid zijn. Toch is dit maar een deel van het verhaal.

Stichting De Ombudsman – de heer Hamel verwees er ook al naar – die in opdracht van het ministerie van VWS doelgroepgerichte voorlichtingscampagnes uitvoert, meldt in het rapport "Van zorg verzekerd, dat begint met de Zorgverzekeraars", van maart 2010, dat de dienstverlening van zorgverzekeraars ten opzichte van onverzekerden regelmatig te wensen overlaat. In het rapport valt te lezen dat verschillende groepen onverzekerden zo makkelijk te traceren zijn en met goede gerichte voorlichting zijn binnen te halen als verzekerde. Het gaat dan om pas geboren kinderen, die binnen drie maanden moeten worden ingeschreven op de polis van één van de ouders, om 18-jarigen die zichzelf moeten gaan verzekeren, om (ex-)gedetineerden, die na hun detentie weer zelf verantwoordelijk zijn voor de inschrijving, en om buitenlanders die in ons land komen wonen of alleen werken.

In al deze gevallen gaat het overigens eerder om onwettendheid dan om onwil. Mijn fractie is benieuwd of de minister dat met ons eens is en ook of zij een indicatie heeft hoe groot deze groepen zijn. Wat dat betreft sluit ik mij van harte aan bij het verzoek van mevrouw Swenker. Wij denken namelijk dat er met betere voorlichting door gemeenten bij de geboorte van een kind of bij het bereiken

Slagter-Roukema

van de leeftijd van 18 jaar nog een wereld is te winnen. Ook het ministerie van Justitie kan een rol spelen als het om de gedetineerden gaat.

Dan blijven over de zorgverzekeraars, die het qua voorlichting volgens Stichting De Ombudsman bar slecht doen. Ze weigeren op foute gronden, bijvoorbeeld niet opgenomen zijn in de GBA, onverzekerden in te schrijven en zijn slecht op de hoogte van de boeteregeling. Als de minister zich nu eerst eens inspannt om de voorlichting aan de poort te verbeteren, dan is dat toch een veel praktischer en goedkopere oplossing dan die welke met het wetsvoorstel wordt voorgesteld? Graag commentaar.

Nog een vraag over de huidige boeteregeling. Bij de aanneming door de Tweede Kamer van dit wetsvoorstel op 18 mei 2010 is ook de motie van het lid Smilde aangenomen. Daarin werd voorgesteld de solidariteit van de Zorgverzekeringswet te waarborgen door het boetebestel uit de Zorgverzekeringswet per direct te laten vervallen, om te voorkomen dat mensen een belemmering zouden ondervinden om alsnog een verzekering te sluiten. Kan de minister ons vertellen op welke wijze uitvoering is gegeven aan deze motie? Het boeteregime dat in het voorliggende wetsvoorstel wordt voorgesteld, wordt toch pas van kracht na aanneming van het voorstel, en dat is op z'n vroegst per 1 juli 2011. Hoe vergaat het de onverzekerde die zich alsnog wil inschrijven, in de tussentijd, de tijd die ligt tussen de aanneming van de motie in de Tweede Kamer en 1 juli 2011? Kan hij zich boeteloos inschrijven?

Als nu de groepen die met betere voorlichting geïdentificeerd kunnen worden, bereikt en bewust kunnen worden gemaakt, blijven de onverzekerden over die er bewust voor kiezen zich niet te verzekeren, de calculerende burgers met een slechte betalingsmoraal, en de betalingsonmachtige onverzekerden. Beide groepen bestaan en dat weet de minister ook. Het betreft echter niet alleen mensen die, in de woorden van de memorie van antwoord, voor een deel bewust andere keuzen maken in het uitgavenpatroon of niet in staat zijn de tering naar de nering te zetten, mensen die in schuldsituaties terechtkomen omdat zij een iPhone hebben, het laatste model breedbeeldtelevisie aanschaffen of op wintersportvakantie gaan.

Onze fracties zijn verbaasd over deze stereotypering en achten deze ook onnodig kwetsend en stigmatiserend. Waar haalt de minister deze kennis vandaan, kennis die overigens haaks staat op ervaringen van onze fracties? Wij hebben kennis verworven door gewoon basaal met schuldhulpverleners te communiceren en door onderzoek dat er, weliswaar mondjesmaat, wel degelijk is. Mondjesmaat ook omdat er groepen mensen zijn die liever niet in de schijnwerpers staan, omdat ze te veel zijn bedreigd in hun bestaan. De strategie van dit kabinet lijkt te zijn: doen alsof deze kwetsbare mensen niet bestaan. Als ze er niet zijn, hoef je er ook geen rekening mee te houden.

Ik probeer het blikveld van minister en ministerie toch wat te verruimen en dan maak ik even een uitstapje naar wat we inmiddels weten over de effectiviteit van de invoering van het wetsvoorstel inzake terugdringing wanbetalers (31736). De minister heeft ons er op 17 december 2010 een brief over geschreven. Het aantal wanbetalers dat sinds de invoering van dit wetsvoorstel op 1 september 2009 is afgemeld bedraagt 19.365, terwijl het streefcijfer 50.000 per jaar was. En dan zijn er nog minstens 264.000 wanbetalers over, die inmiddels vallen onder het bestuursrechtelijke regime, waarvan gemeld wordt dat de incasso van de boetes door het CJIB bijzonder moeizaam

verloopt. In de brief en overigens ook in de memorie van antwoord staat dat het CJIB via incasso een bedrag van 107 mln. zal proberen te innen en ook dat er elke maand circa 28 mln. aan bestuursrechtelijke premies bijkomt. Uit de brief van 17 december blijkt dat van die 107 mln. boete het CJIB tot dan nog geen 10 mln. heeft kunnen incasseren. Dat gaat toch in korte tijd uit de hand lopen? Voor onze fracties is dat op z'n minst een indicatie dat er niet alleen sprake kan zijn van een massale aanschaf van iPhones en breedbeeldtelevisies en een trek naar wintersportgebieden. Er moet nog iets anders aan de hand zijn. Is de minister dat met ons eens?

Naast alle andere groepen die wel duidelijk in beeld zijn te krijgen en die met gerichte voorlichting en eventueel een aanpak als met dit wetsvoorstel wordt geïntroduceerd, zijn over te halen tot het aangaan van een overeenkomst met een zorgverzekeraar, bestaat er volgens onze fracties nog een groep waarvoor dit wetsvoorstel niet effectief zal blijken te zijn. Onverzekerde of wanbetaler zijn heeft niet altijd met bewuste keuzes te maken, het kan ook stomme pech zijn. Vanuit mijn ervaring als praktiserend huisarts kan ik daar echt sterke staaltjes van vertellen. Daarom is de kans groot dat met het boeteregime dat met het wetsvoorstel van vandaag wordt geïntroduceerd, het oninbare bedrag alleen maar zal toenemen.

De minister moet zich de vraag stellen of dit systeem van proberen geld te halen waar het niet te krijgen is, wel voor iedereen behapbaar is. In onze ogen leggen wij de zwaarste lasten financieel en administratief bij de minstvermogens, financieel en intellectueel. Op termijn zal het daarom niet houdbaar zijn. De evaluatie van de wanbetalersregeling in het najaar zal dat vast uitwijzen. Mensen zijn tot op grote hoogte zelf verantwoordelijk voor hun leven en de manier waarop zij het inrichten. Maar als ze daar om welke reden dan ook – die redenen zijn er soms echt – niet in slagen, is het in ons aller belang te zorgen dat de gevolgen ervan zo klein mogelijk zijn. Wij zien uit naar de beantwoording door de minister.



De heer **Van den Berg** (SGP):

Voorzitter. Ik voer het woord namens de fracties van de SGP en de ChristenUnie. De Zorgverzekeringswet is wel een mijlpaal in de geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel genoemd. Een van de redenen om tot een zo grondige stelselwijziging van de gezondheidszorg te komen, was dat het erg onoverzichtelijk was geworden. Mensen konden verplicht verzekerd zijn via het ziekenfonds, zij konden verzekerd zijn via een publiekrechtelijke regeling of konden zich particulier verzekeren. Het soort verzekering was afhankelijk van inkomen, burgerlijke staat en werksituatie. Naast het aantal verschillende verzekeringsvormen, waren er bijvoorbeeld problemen rond de wijze van premieheffing, het verzekerde pakket en de acceptatievoorwaarden (selectie of geen selectie). Het gevolg hiervan was dat de financiële middelen in de gezondheidszorg niet altijd effectief werden gebruikt. Met de Zorgverzekeringswet werd beoogd het stelsel overzichtelijk te maken, maar vooral ook een gelijk speelveld te creëren. Verzekerden kunnen nu gemakkelijk overstappen van de ene verzekeraar naar de andere. Er is daardoor sprake van meer keuzevrijheid. De verzekerde is doende zelf medeverantwoordelijk om de marktwerking te stimuleren en zo tot een beperking van de kostenstijging in de gezondheidszorg te komen. Ik denk aan het

stemmen met de voeten. Het gaat om meer concurrentie en invloed voor de zorgverzekeraar. Zij hebben een belangrijke rol doordat zij onderhandelen met zorgaanbieders over de kwaliteit, de prijs en de inhoud van de te leveren zorg. Het resultaat is weer van invloed op de premie en de kwaliteit van de verzekeraars.

Het zou ook leiden tot meer maatwerk en minder bureaucratie. Maar wel zo – dat was bij de behandeling in deze Kamer ook de inzet – dat de overheid de sociale voorwaarden zou blijven bepalen. Allereerst omdat het in de zorg om mensen gaat, mensen die zelf keuzes kunnen maken, maar ook mensen die daartoe niet in staat zijn. Voor onze fracties zijn mensen schepselen van de Heere God. Zorg bieden en het organiseren daarvan is vanuit een Bijbelse visie meer dan alleen maar contractdenken. Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet is in deze Kamer ook daarvoor nadrukkelijk aandacht gevraagd. Nu de verzekeringsplichtige niet meer van rechtswege verzekerd zal zijn, maar zelf een zorgverzekering zal moeten afsluiten, zal het voor kwetsbare mensen de vraag zijn of ze dit zullen en kunnen doen. Helaas was deze zorg niet ongegrond. Het blijkt nodig te zijn, zo blijkt uit dit wetsvoorstel, om te kunnen optreden. Woorden als "opsporing" vind ik moeilijk passen in de gezondheidszorg. Ze doen mij meer denken aan mijn collega Holdijk, die jurist is en die dit soort termen gebruikt. Ik word er altijd een beetje zenuwachtig van. Ik wil maar duidelijk maken dat het vaak gaat om heel kwetsbare mensen. Het gaat hier om het persoonlijk belang van de onverzekerden, maar ook om de solidariteit. Beide moeten wij proberen vast te houden.

De doelstelling van dit wetsvoorstel om het aantal onverzekerden terug te dringen, heeft de sympathie van de fracties van de SGP en de ChristenUnie. Wel vragen wij ons af of met dit wetsvoorstel dit doel wordt bereikt. Sprekers voor mij, met al hun kwaliteiten, hebben dat ook betoogd. De minister heeft het gemerkt. Er zijn allerlei cijfers ter onderbouwing aangedragen. Mijn collega van de SP, geen arts in ruste maar huisarts in de meest actieve zin van het woord, een huisarts die bovendien verloskundede bedrijft, sprak van baby's van drie maanden. Laat ik nou denken dat het om baby's van vier maanden ging ...

Uit een onderzoek van Stichting De Ombudsman valt over de categorie onverzekerden veel te leren. Allereerst blijkt dat de dienstverlening van zorgverzekeraars als het gaat om onverzekerden regelmatig te wensen overlaat. Wij vinden dat echt zorgelijk. Zo blijkt dat er een hardnekkig misverstand is dat voor het afsluiten van een zorgverzekering inschrijving in de gemeentelijke basisadministratie wettelijk verplicht is. Mensen zonder vaste woon- en verblijfplaats worden zo stelselmatig geweigerd aan de poort. Om maar niet te spreken van die onverzekerde baby's van mevrouw Slagter. Dat zijn baby's die niet tijdig aangemeld zijn door hun ouders, na hun geboorte.

Een ander probleem is dat niet alle zorgverzekeraars jongeren goed inlichten over de voor hen geldende wijzigingen bij het bereiken van de achttienjarige leeftijd. En om nog iets te noemen: helaas laat maar de helft van de zorgverzekeraars de overgang voor ex-gedetineerden van het ene naar het andere zorgstelsel soepel verlopen. Wij vragen de minister dan ook: zouden er nu werkelijk zoveel bewust onverzekerden zijn, als de zorgverzekeraars hun werk goed zouden doen? Wij denken van niet. En is de voorgestelde wetgeving dan wel echt noodzakelijk? Laat ik nu van dit kabinet begrepen hebben dat het ten strijde wil trekken tegen overmatige regelgeving. Maar ik kan me vergist hebben. Minder regelgeving, maar waarom tuigen

we dit dan op deze wijze op? De minister zal daar ongetwijfeld een heel helder antwoord op hebben. Wat gaat dit straks kosten? Is er een kosten-batenanalyse? Is het wel zo gezond om de regelgeving nog meer uit te breiden?

Wij willen vervolgens van de minister weten of het CVZ in staat is deze extra taak uit te voeren. We hebben bange vermoedens dat dat op dit moment niet zo goed zal gaan lukken. Is het dan ook niet veel effectiever om alles gehoord hebbende – onze fracties proberen zoals bekend altijd een heel positieve bijdrage te leveren, ook aan het bestuur van dit land – de uitvoering bij één zorgverzekeraar onder te brengen? Dan kun je die voorlichting veel meer professionaliseren, dan vallen er al een heleboel mensen af die goed worden voorgelicht, dan hoef je geen dure afdeling bij het CVZ op te starten, en dan heb je één zorgverzekeraar die dat kan doen. Laten die andere zorgverzekeraars daaraan een financiële bijdrage leveren, dan zal het iets schelen in de premie. De nominale premie zou dan wat kunnen worden verlaagd, wat een enorme besparing is in vergelijking met de huidige situatie. Je hebt dan ook veel minder aanvragen voor zorgtoeslagen. Ik ben geen minister, ik zal het ook nooit worden, die kwaliteiten heb ik niet, maar ik denk dat dat wellicht financieel neutraal uitpakt. Maar dat is een suggestie van onze fracties. Naar de mening van onze fracties is juist bij deze specifieke problemen van mensen die onvoldoende zelf een beslissing kunnen nemen, maatwerk nodig.

Op zich is het overheidsstreven naar eigen verantwoordelijkheid van de burger goed. Daar staan wij achter, en dat moeten we ook blijven stimuleren. Dat is ook de basis van de Zorgverzekeringswet. Er is veel aandacht voor vraagsturing en marktwerking. De invulling van de eigen verantwoordelijkheid wordt hier ook verplichtend geformuleerd. Daardoor ontkomen we niet aan veel toezicht, monitoring en controle, maar hoe treden we die mensen tegemoet die echt niet in staat zijn die verantwoordelijkheid waar te maken? Nogmaals, de vraag is of we de problematiek van het onverzekerd zijn met dit wetsvoorstel beheersbaar maken. Daar hebben wij onze vragen bij.

Wij hopen dat de minister, die hier voor het eerst is, onze fracties op een goede wijze kan overtuigen, als ze dat nog wil na deze betogen. Dat is altijd weer die spanning: wat gebeurt er vanachter de regeringstafel? Met grote belangstelling wachten wij de beantwoording door de minister af.

De heer **Van de Beeten** (CDA):

Voorzitter. De verleiding was groot om bij het eerste optreden van deze minister het woord "pandrecht" te laten vallen, maar ik ben tot de conclusie gekomen dat dat een virtueel dood paard is, en dat het een niet erg elegante vertoning zou worden als ik daaraan zou gaan trekken. Ik zal dat dus niet doen. Niettemin noem ik het wel, omdat het woord "pandrecht" een civielrechtelijk begrip is, dat dus staat voor een civielrechtelijke benadering van een probleem dat ik aan de orde heb gesteld bij de problematiek van de wanbetalers. Dat is het aanknopingspunt voor mijn bijdrage, want ik ga niet overdoen wat de collega's al naar voren hebben gebracht.

Terugkijkend naar de behandeling van het wetsvoorstel inzake wanbetalers, baart mij zorgen de manier waarop wij in dit land voornamelijk vanuit departementen – met opzet formuleer ik dit in het meervoud, omdat ik het probleem niet wil beperken tot dat van deze minister –

Van de Beeten

omspringen met de benadering van vraagstukken zoals die nu voorliggen. Men ziet een redelijk complexe maatschappelijke werkelijkheid. Wat doet de overheid? De overheid gaat met een soort systeembenadering die werkelijkheid vervolgens te lijf, en zij doet dat dan ook nog eens op een manier die typisch des overheids is: als men op een departement gewend is om te denken in termen van bestuursrechtelijke oplossingen, trajecten en systemen, dan wordt de oplossing voor een maatschappelijk probleem onmiddellijk in die termen gevat, en dan wordt gezocht naar een wettelijke regeling om langs die lijnen tot een aanpak daarvan te komen. Dat is weinig creatief, en het doet geen recht aan de maatschappelijke problemen zoals ze zich voordoen. De kans dat dat uiteindelijk tot mislukkingen leidt, of tot tegenvallende resultaten, is natuurlijk groot.

Wat men vaak ziet, ook in deze Kamer, is dat dit leidt tot finetuning van datgene wat al in de wet staat. Dan wordt er nog wat bijgedaan, er wordt nog wat afgedaan, en er wordt nog wat bijgesteld om te proberen het probleem dan toch nog op te lossen, en het gewenste resultaat te bereiken. Zelden leiden evaluaties van wetten namelijk tot een volledige intrekking ervan. Er is altijd een reden om vervolgens te komen tot enige vorm van bijstelling. Mijn eerste vraag aan de minister – ik begrijp best dat ze daarop niet onmiddellijk volmondig ja zal zeggen – is of ze de evaluatie van onverzekerden zo veel mogelijk met een open geest wil benaderen. Wil zij zich, als het aan de orde komt, afvragen of het wel de juiste weg is geweest, en of we niet moeten kijken naar andere wegen? De vraag is overigens in hoeverre tot die 152.000 burgers ook calculerende burgers behoren. Moet je de onmachtigen niet via een heel andere benadering proberen verzekerd te krijgen, bijvoorbeeld via schuldhulpverlening, de gemeenten en andere kanalen waar mensen op de werkvloer rechtstreeks met dergelijke gezinnen en individuen van doen hebben? Ik denk dat dat veel zinvoller zou zijn. Wil de minister daarop ingaan?

Het nu voorliggende wetsvoorstel is eenvormig en kent één systeem, dat geen recht doet aan alle verschillende groepen. Ik vind dat zorgelijk. Als wij als medewetgever daarvoor onvoldoende aandacht hebben, en men daar op de departementen ook geen aandacht voor heeft, laten we kansen liggen om de problemen wel op een zinvolle manier op te lossen. Dat zal misschien een oplossing zijn waarbij je niet alle 152.000 onverzekerden alsnog aan een verzekering kunt helpen, maar ook hier geldt natuurlijk dat het betere de vijand van het goede is. Dat zouden we ons als wetgever moeten aantrekken. Ik hoop dat de minister wil toezeggen dat ze met die invalshoek wil kijken naar de evaluaties en wil reageren op de bijdragen van de collega's.

De voorzitter:

Wenst een van de leden in eerste termijn nog het woord? Ik zie dat de heer Hamel nog iets willen zeggen, naar ik aanneem, in aanvulling op zijn eerste termijn.

De heer Hamel (PvdA):

Voorzitter. Er was mij in eerste termijn een vraag gesteld waarop ik toen niet helemaal precies heb geantwoord. Het ging mij er natuurlijk niet om dat men in de GBA staat. Mijn voorstel had er meer betrekking op dat wanneer men zich inschrijft bij de gemeente, dát het moment is waarop buitenlanders gebruik zouden kunnen maken

van de mogelijkheid om zich te verzekeren. Dan komt men daarna automatisch in de GBA te staan.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 14.35 uur tot 14.50 uur geschorst.