Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2007–2008

30 918 Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering)

C

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 13 november 2007

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het voorlopig verslag inzake het voorstel van wet tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering).

De leden van de fractie van de PvdA hebben terecht geconstateerd dat de regering zeer verschillende onderwerpen regelt in één wetsvoorstel. Dit is gedaan uit praktische overwegingen. Ik probeer hiermee te voorkomen de beide Kamers der Staten-Generaal onnodig te belasten met allerlei, kleine, afzonderlijke wetsvoorstellen. Voorts hebben deze leden aangegeven op onderdelen nog vragen te hebben.
De leden van de fractie van de SP constateren dat de in het wetsvoorstel opgenomen regels weliswaar betrekking hebben op een aantal op zichzelf staande aspecten, maar dat zij veronderstellen dat deze bedoeld zijn om de werking van het door de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) in het leven geroepen stelsel te verbeteren.

Onderstaand ga ik in op de vragen en opmerkingen van uw leden van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin. Hierbij heb ik de volgorde en de indeling van het voorlopig verslag zoveel mogelijk aangehouden.

1. Inleiding

De leden van de fracties van de SP en van de PvdA hebben gevraagd welke structurele maatregelen de regering voornemens is te nemen die ertoe zouden moeten leiden dat zorgverzekeraars niet tot royementen over hoeven te gaan en waarmee wanbetaling wordt tegengegaan. Ook vragen de leden van de PvdA-fractie waarin het structurele karakter van deze maatregelen schuilt.

KST112085
ISSN 0921 - 7363
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2007

De regering pakt het niet betalen van de Zvw-premie (wanbetalers) en het niet voldoen aan de Zvw-verzekeringsplicht (onverzekerden) aan via twee sporen:

1. Voor wanbetalers wordt premie-incassering via bronheffing gerealiseerd, waarbij tevens de zorgtoeslag als inkomensbestanddeel wordt aangemerkt waarover bronheffing mag plaats vinden. Het wetsvoorstel hiertoe is in voorbereiding.
2. Om het aantal onverzekerden terug te dringen wordt doelgroepgerichte voorlichting ontwikkeld of geïntensiveerd. Daarnaast bekijkt de regering de mogelijkheid om alle mensen zonder zorgverzekering via bestandskoppeling individueel te benaderen om zich te verzekeren; de actieve opsporing.

De voorgenomen maatregelen vergen een wijziging van de Zvw en van de Wzt. Ik heb het voornemen het genoemde wetsvoorstel medio 2008 bij de Tweede Kamer in te dienen. Bij deze wijziging wordt de bevoegdheid gecreëerd om ten behoeve van het Zorgverzekeringsfonds een vervangende premie te innen op inkomen(sbronnen) van verzekerden die een betalingsachterstand hebben voor de nominale premie van meer dan zes maandpremies. Daarbij wordt de uitvoering opgedragen aan een uitvoeringsorgaan. Met deze maatregel wordt beoogd compenserende inkomsten te genereren voor het Zorgverzekeringsfonds en die te incasseren op inkomen(sbronnen) van degenen die niet aan hun betalingsverplichtingen willen voldoen. De zorgtoeslag wordt daarbij tevens als inkomen(sbron) beschouwd. Naast een wetswijziging is het inrichten van een bijbehorende uitvoeringsstructuur noodzakelijk.

De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat de Belastingdienst, afdeling toeslagen, nog steeds niet in staat is om aan de hand van de inkomensgegevens waarover de dienst beschikt, burgers actief te informeren dat ze de zorgtoeslag waarop ze recht hebben, laten liggen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen of bekend is welke mensen het zijn, wat hun achtergrond is en in welke situatie men verkeert.

De systematiek van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen houdt in dat bij het vaststellen van de voorschotten van toeslagen wordt gewerkt met de geschatte gegevens van het toeslagjaar. De Belastingdienst beschikt niet over deze geschatte gegevens. De enige die dat kan inschatten is de burger zelf. Uiteraard beschikt de Belastingdienst over inkomensgegevens, maar die zijn twee jaar oud. Onderzoek heeft uitgewezen dat de voorspellende waarde van dit inkomen voor het inkomen twee jaar later beperkt is. Het op basis van deze informatie toch actief informeren van de burger over de mogelijkheid dat zij in aanmerking komen voor zorgtoeslag, kan leiden tot veel verwarring bij burgers en wellicht tot veel navorderingen achteraf.
Daar waar het wel kan neemt de Belastingdienst overigens wel het initiatief om burgers te informeren. Zo krijgen alle burgers die 18 jaar worden een brief om hen opmerkzaam te maken dat zij in aanmerking kunnen komen voor zorgtoeslag. Ook worden burgers die 65-jaar zijn periodiek door SVB geïnformeerd over de mogelijkheid om een zorgtoeslag aan te vragen. Daarnaast is er veel informatie beschikbaar op de site van de Belastingdienst. Hier kan ook berekend worden of burgers in aanmerking komen voor zorgtoeslag.

De leden van de fractie van GroenLinks hebben gevraagd of er een beeld bestaat van het half miljoen mensen dat niet verzekerd is of hun zorgpremie niet betalen.
De leden van GroenLinks merken tevens op dat ik nog geen onderzoek heb gedaan naar de vraag waarom bijna een half miljoen Nederlanders zich niet verzekert of zijn premie niet betaalt.

De Zvw biedt mij thans niet de mogelijkheid de onverzekerden of wanbetalers individueel te identificeren en te benaderen voor onderzoek.
Op mijn verzoek heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek wel onderzoek gedaan naar de samenstelling van de groep wanbetalers. In het rapport van 22 augustus 2007 heeft het CBS aangegeven dat er op 31 december 2006 (gecorrigeerd voor dubbele inschrijvingen en inschrijving in het GBA) 190 210 wanbetalers waren met een premie-achterstand van meer dan zes maandpremies. Ontvangers van een uitkering, eenoudergezinnen, ongehuwde stellen met kinderen en allochtonen zijn relatief vaak wanbetaler. Ruim honderdduizend wanbetalers zijn tussen de 20 en 40 jaar oud. Ruim 71 000 hebben een niet-westerse achtergrond en meer dan 20 000 allochtone wanbetalers hebben een westerse achtergrond. Ongeveer 40 000 wanbetalers hebben een uitkering. Ik heb het CBS inmiddels verzocht om een nadere analyse waarmee ik beter inzicht kan krijgen in de inkomstenbron en de woonplaats.
Wat betreft het onderzoek door CBS naar onverzekerden verwijs ik naar het antwoord hierna op een vraag van de leden van de PvdA naar de stand van zaken over het aantal onverzekerden.

Voorts vragen de leden van de fractie van GroenLinks of mij bekend is hoe het staat met het verstrekken van gegevens door verzekeraars aan het Inlichtingenbureau. Immers, volgens de leden van de fractie is gebleken dat dit slechts zeer sporadisch was gedaan door enkele zorgverzekeraars. Deze leden vragen of ik nog actie heb ondernomen. Ook de leden van de SP-fractie vragen of alle zorgverzekeraars hun verzekerdenbestand inclusief de wanbetalers aan het Inlichtingenbureau aangeleverd.

Niet alle verzekeraars hebben informatie over premieachterstanden gemeld bij het Inlichtingenbureau (momenteel 12 zorgverzekeraars). Door de invoering van het nieuwe stelsel hebben verzekeraars prioriteiten moeten stellen ten aanzien van de inzet van hun automatiseringscapaciteit. Dit heeft er bij een aantal verzekeraars toe geleid dat de aanlevering van gegevens aan het Inlichtingenbureau niet de hoogste prioriteit heeft verkregen. Bovendien heeft bij deze verzekeraars de overweging gespeeld dat men collectieve contracten heeft gesloten met een groot aantal gemeentelijke sociale diensten. Door het aangaan van deze contracten is de toegevoegde waarde van het aanleveren van gegevens aan het Inlichtingenbureau minder opportuun. Overigens wijs ik er op dat momenteel een nadere uitwerking wordt gegeven aan de onder meer door ZN onlangs ondertekende «Intentieverklaring in het kader van samenwerking ter voorkoming van problematische schulden». Deze uitwerking zal onderhavige problematiek nog verder reduceren.
Omdat inderdaad de afstemming tussen zorgverzekeraars en gemeenten niet optimaal verloopt zijn er tussen zorgverzekeraars, gemeenten en het Inlichtingenbureau nieuwe afspraken gemaakt. Er bestaat inmiddels een landelijk bestand wanbetalers. Dit bestand wordt ter beschikking gesteld aan het Inlichtingenbureau. Het Inlichtingenbureau informeert de gemeenten en die kunnen op basis hiervan actie ondernemen. Amsterdam wordt hierbij pilotgemeente.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen zich af of de maatregelen die in het wetsvoorstel zijn opgenomen gaan leiden tot beter betaalgedrag van verzekerden en verzekeraars ervan zullen weerhouden om de kwart miljoen mensen met flinke betalingsachterstanden te royeren. Ook vragen zij zich af of de maatregelen de mensen met betalingsachterstand en de onverzekerden zullen aansporen tot spontane betalingen en aanmeldingen.

Met de zorgverzekeraars is afgesproken dat zij geen verzekerden zullen royeren of rechten van verzekerden zullen opschorten. Daarnaast zullen zij

hun incassopraktijken op basis van het Protocol voortzetten. Het oogmerk van de maatregelen die in gang zijn gezet en welke, zoals hiervoor is aangegeven, in het verlengde van het wetsvoorstel zullen volgen, is dat actief incassobeleid mede door het uitstralingseffect dat daarvan kan uitgaan zal leiden tot een beter betaalgedrag. Voorts verwacht ik dat doelgroepgerichte voorlichting aan onverzekerde groepen en de actieve opsporing van onverzekerden, mensen uiteindelijk zal aansporen zich bij een verzekeraar aan te melden.

2. Inhoud wetsvoorstel

Verzwaring incassoregime premie zorgverzekering

De leden van de fractie van het CDA hebben aangegeven dat zij behoefte hebben aan een nadere analyse van de wanbetalers op het gebied van bestandssamenstelling en oorzaken van niet-betaling van de premies. Zij vragen wat de positie van de wanbetalers is indien zij langer dan 18 maanden hun premie niet hebben betaald.

De positie van deze groep wanbetalers is niet anders dan bij een betalingsachterstand van zes maandpremies. De wanbetaler mag niet weg bij zijn zorgverzekeraar en de verzekeraar doet wat hij kan om de achterstallige premie alsnog te incasseren. Zoals hiervoor al aangegeven heb ik het CBS een nadere analyse gevraagd over de samenstelling van de groepen wanbetalers.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of er een plafond komt bij de financiële compensatie.

Ik kan deze leden mededelen dat een plafond niet wordt gehanteerd. Het is het de bedoeling dat deze compensatieuitgaven na inwerkingtreding van eerder gememoreerd wetsvoorstel met aanvullende maatregelen om wanbetaling tegen te gaan, worden gecompenseerd door bij wanbetalers vervangende premie te innen op hun inkomen(sbronnen).

De leden van de CDA-fractie hebben ook gevraagd hoe het convenant van de zorgverzekeraars er na 1 juli 2007 uit ziet.

De werkwijze met betrekking tot de incassomaatregelen die in het protocol is opgenomen, is niet gewijzigd na 1 juli 2007. De afspraken die zijn gemaakt met betrekking tot de compensatie voor verzekeraars blijven onder de gestelde voorwaarden van kracht totdat de structurele maatregelen in werking zijn getreden. Wel zullen verzekeraars – in verband met de voorgenomen structurele maatregelen – het protocol hierop aanpassen en de informatievoorziening over wanbetalers uitbreiden. In mijn antwoord hierna op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de praktijk van de incassoprocedure in de eerste zes maanden, is nader ingegaan op de toekomstige werkwijze.

Waarom, zo vragen de leden van de CDA-fractie, bestaat voor de verzekeraar nog steeds de mogelijkheid de zorg op te schorten?

Het voorliggend wetsvoorstel regelt niet dat zorgverzekeraars bij wanbetaling niet mogen royeren. Zoals de leden van de CDA-fractie terecht constateren, regelt het wetsvoorstel evenmin, dat zorgverzekeraars bij wanbetaling de rechten uit de zorgverzekering niet mogen opschorten. Dat verzekeraars hun cliënten niet royeren of de dekking opschorten is echter wel een expliciete voorwaarde voor het verkrijgen van de compensatiebijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds nadat de premieschuld is opgelopen tot (meer dan) zes maandpremies. In het Besluit

zorgverzekering is geregeld dat recht op compensatie alleen bestaat als de zorgverzekering van de wanbetaler niet wordt opgezegd of ontbonden, noch de dekking ervan wordt geschorst of beperkt. Voor zover mij bekend, heeft dit ertoe geleid dat de zorgverzekeringsdekking van wanbetalers inderdaad niet wordt beperkt. Aldus wordt zonder de privaatrechtelijke positie van zorgverzekeraars aan te tasten toch verregaand het beoogde doel bereikt.

Ook willen de leden van de CDA-fractie vernemen hoe het inzage- en correctierecht is geregeld wanneer iemand als wanbetaler is aangemerkt.

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) geeft in de Hoofdstukken 5 en 6 een regeling van de rechten van de betrokkene, waaronder een regeling van informatieverstrekking, inzage en verandering van persoonsgegevens. Op grond van de Wbp zal een zorgverzekeraar die iemand in het wanbetalersregister laat opnemen hem daarvan op de hoogte moeten stellen. De zorgverzekeraar is op verzoek van de betrokkene verplicht om mee te delen welke persoonsgegevens over hem worden verwerkt. Die verplichting omvat bovengenoemde opneming in het wanbetalersregister. De betrokkene die meent dat onjuiste of niet ter zake dienende persoonsgegevens worden verwerkt, kan de zorgverzekeraar vragen die gegevens te verbeteren of te wijzigen. De zorgverzekeraar moet op dat verzoek binnen vier weken schriftelijk een (bij afwijzing gemotiveerde) beslissing nemen, en bij een gegronde klacht de verwerkte persoonsgegevens verbeteren. Voorts kan de betrokkene de beslissing van de verzekeraar onderwerpen aan het oordeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of bij de rechter vergoeding van schade vorderen.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts wat de regering onderneemt naar aanleiding van de motie van de leden Omtzigt en Heerts inzake de actieve opsporing[1].

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel «Wet verzwaren incassoregime» in de Tweede Kamer op 20 juni 2007 heb ik toegezegd dat ik dit najaar een plan van aanpak zal sturen aan beide Kamers. Op dit moment ben ik daartoe de nodige voorbereidingen aan het treffen.

Ook vragen zij of de informatie voor mensen waarvoor de verzekeringsplicht geldt, zoals 18-jarigen, immigranten, afzwaaiende militairen en ex-gedetineerden wel adequaat is.

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel «Wet verzwaren incassoregime» in de Tweede Kamer op 20 juni 2007 heb ik toegezegd dat doelgroepgerichte voorlichting zal worden ontwikkeld of zal worden geïntensiveerd voor reeds in beeld zijnde groepen (zoals jongeren die 18 jaar worden, nieuw ingezetenen, militairen die de actieve dienst verlaten, ex-gedetineerden en ex-asielzoekers). Momenteel wordt afgestemd op welke wijze de voorlichting het beste kan worden vormgegeven en wordt bezien of voorlichting – gezien de omvang van de doelgroep en de verspreiding – effectief zal zijn. In het plan van aanpak over de actieve opsporing zal ik ook nader ingaan op de vormgeving van de doelgroepgerichte voorlichting.

Ten slotte vragen de leden van de CDA-fractie of ik inschat dat bij invoering van eigen risico de groep wanbetalers nog groter wordt.

Bij een eigen risico, dat slechts € 150 per jaar bedraagt en dat gemiddeld genomen geheel gecompenseerd wordt door een lage nominale premie, verwacht ik niet dat het aantal wanbetalers groter zal worden. Indien

[1] Kamerstukken II, 2006/07, 30 918, nr. 14.

verzekerde toch in de problemen komen omdat zij een bedrag van € 150 niet ineens kunnen voldoen, kunnen zij hun verzekeraar benaderen voor een betalingsregeling. Een dergelijke regeling kan ook deel uitmaken van de afspraken in het kader van een collectieve verzekering voor bijvoorbeeld bijstandsgerechtigden.

De leden van de fractie van de VVD merken op dat een van de redenen voor het wetsvoorstel is om carrouselgedrag van burgers die een betalingsachterstand hebben, te voorkomen. Daartoe is geregeld dat de verzekerde die wanbetaler is niet naar een andere verzekeraar kan overstappen.
Wat gebeurt er als zo'n verzekerde dit toch doet, zo vragen zij. Ontstaat er dan niet een nieuw soort carrousel omdat de nieuwe verzekeraar immers een acceptatieplicht heeft?

In het wetsvoorstel is geregeld dat de verzekerde die wanbetaler is, al vanaf de eerste betalingsachterstand niet kan opzeggen. Terecht merken deze leden op dat een verzekerde die niet kan opzeggen toch naar een andere verzekeraar kan stappen en een nieuwe verzekering kan sluiten, omdat de verzekeraar nog steeds een acceptatieplicht heeft.
Van belang is vast te stellen dat deze verzekerde bij zijn nieuwe verzekeraar de nominale premie moet voldoen en dat een nieuwe verzekeraar door de informatieuitwisseling tussen verzekeraars onderling, ervan op de hoogte is dat iemand bij de oude verzekeraar een betalingsachterstand heeft. Een carrousel kan ontstaan in de situatie dat een verzekerde ook bij een nieuwe verzekeraar de premie niet betaalt. Het uitgangspunt van het wetsvoorstel, de afspraken die zijn neergelegd in het Protocol en de compenserende maatregelen zijn bedoeld om te voorkomen dat een wanbetaler onverzekerd raakt. Daartoe zal de verzekeraar de wanbetaler niet royeren en niet de rechten opschorten.
Het Protocol is evenwel niet van toepassing op de hierbedoelde situatie. Betrokkene is immers verzekerd (bij zijn oude verzekeraar) en de verzekeraar heeft de mogelijkheid deze wanbetaler te royeren. Zo zal dus geen carrousel ontstaan.

De leden van de fractie van de PvdA hebben gevraagd of ik inzicht kan geven in de verschillende achtergronden van wanbetaling. Voorts vragen zij of de koppeling van bestanden van wanbetaling en inkomensverwerving voldoende adequaat is om te voorkomen dat verzekerden – wanneer zij geen wanbetaler meer zijn – opnieuw in een vergelijkbare situatie terecht kunnen komen.

Voor het antwoord op de vraag of ik in het algemeen inzicht heb in de achtergronden van wanbetaling, verwijs ik naar het antwoord op pagina 2 op de vraag van de leden van GroenLinks. Op grond van de huidige wetgeving is het niet toegestaan gegevensbestanden te koppelen met het doel financieel kwetsbare groepen «aan de hand» te nemen en maatregelen te treffen om te voorkomen dat zij – wanneer zij geen wanbetaler meer zijn – opnieuw in een vergelijkbare situatie terecht kunnen komen.

Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie of de regering niet heeft overwogen een fonds in te stellen waaruit betalingen kunnen worden verricht in situaties waarin het geld er gewoonweg niet is, zoals het geval kan zijn bij zwervers, daklozen en illegalen. Is de regering met de PvdA-fractie van mening dat een fonds in de situatie van deze groepen kan voorzien, zo vragen zij voorts. Deze leden opperen dit als mogelijkheid mee te nemen bij het wetsvoorstel dat in voorbereiding is met betrekking tot de oninbare vorderingen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en verzoeken de regering hierop te reageren.

De regering heeft niet overwogen om een fonds op te richten waaruit de betalingsachterstanden van de zorgverzekeringspremie kunnen worden betaald. De regering is van mening dat zo'n fonds ook niet gewenst is. In beginsel zou iedereen namelijk in staat moeten zijn de nominale premie te betalen. De bijstandsnorm – in combinatie met de zorgtoeslag – is daarop afgestemd. In de praktijk is er daarnaast een aantal mogelijkheden die betalingsproblemen kunnen voorkomen. Als iemand door omstandigheden tijdelijk niet zou kunnen betalen, dan kan een zorgverzekeraar bijvoorbeeld een betalingsregeling met die persoon treffen of afspraken maken over automatische incasso. In veel gevallen nemen ook gemeenten hun verantwoordelijkheid voor bepaalde groepen van sociale minima, waaronder de dak- en thuislozen. Als deze personen een bijstandsuitkering ontvangen kan op vrijwillige basis de betaling van de premie met de gemeente geregeld worden.
Overigens zijn personen die hun zorgpremie niet betalen wel verzekerd. Indien zij zorg nodig hebben dan worden de kosten van deze zorg betaald door de verzekeraar.

Illegalen mogen zich op grond van de Vreemdelingenwet 2000 niet verzekeren voor de sociale verzekeringen, waartoe de Zvw behoort. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 18 december 2006[1] ben ik voornemens de financiering van aan illegalen verleende medisch noodzakelijke zorg stroomlijnen. Het wetsvoorstel hiertoe is onlangs ingediend bij de Tweede Kamer. In dit wetsvoorstel worden de bestaande financieringsregelingen vervangen door één nieuwe wettelijke regeling. Deze regeling heeft ook betrekking op AWBZ-zorg. Het uitgangspunt van de regeling is dat iemand die niet verzekerd is, dus ook een illegaal, in eerste instantie zelf de kosten voor de zorg moet betalen. Pas nadat gebleken is dat dit niet mogelijk is, kan de zorgaanbieder, onder voorwaarden, een beroep doen op de voorgestelde bijdrageregeling.

Verder vragen de leden van de PvdA-fractie het laatste inzicht te verschaffen in de omvang van de onverzekerdenproblematiek.

Het CBS heeft op 2 mei 2007 gerapporteerd over de omvang van het aantal personen dat op 1 mei 2006 onverzekerd was en dat een half jaar later nog steeds was. Nadien heeft geen nieuwe telling meer plaatsgevonden. Het aantal onverzekerden was 241 160.
Het CBS heeft naar aanleiding van mijn verzoek van 27 juni 2007 op 11 september jl. een nadere rapportage uitgebracht van het aantal onverzekerden naar land van herkomst in de 25 grootste gemeenten van Nederland. In de rapportage van 11 oktober is dit verder uitgesplitst. Doel van deze nadere analyse was met name om inzicht te krijgen in de herkomst en de regionale spreiding van de in totaal 39 000 westerse allochtonen en 66 000 niet-westerse allochtonen, die in de rapportage van 2 mei 2007 genoemd werden.

Van de onverzekerden afkomstig uit westerse landen is een aantal herkomstlanden opvallend vertegenwoordigd. Zo zijn er 12 000 onverzekerden afkomstig uit Duitsland, 6000 uit het Verenigd Koninkrijk, 5000 uit de Verenigde Staten, 5000 uit Polen en 10 000 uit Frankrijk, België, Italië en Spanje tezamen. Van de niet-Westerse landen zijn 5500 onverzekerden afkomstig uit China, 2500 uit India en Pakistan tezamen, 2000 uit Irak, 1600 uit Iran en 2000 uit Ghana en Angola tezamen. In de rapportage van 2 mei was al vermeld dat 8000 onverzekerden afkomstig zijn uit Marokko, 7500 uit Turkije, 7500 uit Suriname en 4000 uit de Nederlandse Antillen.
De gegevens die in de analyses naar voren zijn gekomen zullen zo veel mogelijk worden gebruikt in het kader van doelgroepgerichte voorlichting.

[1] Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 126.

Het CBS heeft mij onlangs medegedeeld dat in het voorjaar van 2008 zal worden gerapporteerd over het aantal onverzekerden dat zes maanden na 1 mei 2007 nog steeds onverzekerd was.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering heeft overwogen de opdracht van de Commissie Klazinga over de invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg te verbreden met het verstrekken van medisch noodzakelijke zorg aan bijvoorbeeld daklozen, zwervers en groepen onverzekerden.

De Commissie Klazinga is ingesteld door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), met secretariële ondersteuning van Pharos om over de medische zorg aan illegale en ongedocumenteerde zieke vreemdelingen te adviseren aan genoemde beroepsorganisaties. De regering heeft dit initiatief uit het veld verwelkomd. Het is echter niet aan de regering om de opdracht van deze commissie te verbreden.

De leden van de fractie van de PvdA vragen de regering mee te delen wat de argumenten voor en tegen het stopzetten van de zorgtoeslag zijn. Bovendien vernemen zij graag wat de ingeschatte consequenties daarvan zijn, zowel op het gebied van de volksgezondheid, als op de financiële situatie van betrokkenen en de sociale effecten die dit met zich brengt.

Tijdens de plenaire behandeling van het voorliggend wetsvoorstel in de Tweede Kamer heb ik aangegeven te streven naar implementatie van een maatregel tot stopzetten van de zorgtoeslag met ingang van 1 januari 2008 (als overgangsmaatregel tot 1 januari 2009 wanneer de structurele maatregel inwerking treedt). Ik heb aangegeven een en ander verder te onderzoeken en uw Kamer zo snel mogelijk in te lichten over de mogelijkheden om te komen tot stopzetting van de zorgtoeslag voor wanbetalers. Ter uitvoering van de motie van de leden Heerts en Omtzigt[1] ben ik in overleg getreden met de staatssecretaris van Financiën. Uit dit overleg kwam naar voren dat het stopzetten van de zorgtoeslag theoretisch wel mogelijk is, maar dat de condities waaronder dit kan, van dien aard zijn dat zowel voor de uitvoeringspraktijk als voor de wanbetalende verzekerde sprake zal zijn van zeer ongewenste gevolgen, waarvan de belangrijkste zijn:

– De zorgtoeslag kan maar op één moment, eind 2007, stopgezet worden. Wanbetalers die hierna worden aangemeld blijven gedurende heel 2008 zorgtoeslag ontvangen;
– De zorgtoeslag kan per 1 januari 2008 alleen voor het hele jaar gestopt worden. Als de premieschuld jegens de zorgverzekeraar in 2008 wordt voldaan, herleeft het recht op zorgtoeslag voor de rest van dat jaar dus niet.
– Bij een wanbetaler in een gezin, waarvan één partner of alleen de aanvrager wanbetaler is, zou de zorgtoeslag in zijn geheel (dus voor het hele gezin) dienen te worden stopgezet.

Het vorenstaande is voor mij aanleiding geweest de maatregel tot het stopzetten van de zorgtoeslag niet per 1 januari 2008 in te voeren, maar deze maatregel te betrekken bij de structurele maatregel van bronheffing (het rechtstreeks inhouden van een premie ter vervanging van de nominale premie op het inkomen van wanbetalers) met ingang van 1 januari 2009. Voor een uitgebreidere uiteenzetting van de redenen waarom ik heb besloten dat het niet verstandig is de zorgtoeslag per 2008 stop te zetten, verwijs ik de leden van de PvdA-fractie gaarne naar de brief die ik hierover onlangs aan de Tweede Kamer heb gezonden.[2]

[1] Kamerstukken II, 2006/07, 30 918, nr. 21.
[2] Kamerstukken II, 2006/07, 30 918, nr. 26.

Voorts hebben de leden van de PvdA-fractie gevraagd wat wordt verstaan onder een «goed incassobeleid» van een verzekeraar en hoe dat gestimuleerd kan worden.

Het incassobeleid dat verzekeraars hanteren is neergelegd in het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet van oktober 2006. Op twee zorgverzekeraars na wordt het Protocol door alle zorgverzekeraars gehanteerd. Om voor compensatie in aanmerking te komen is in het Besluit Zorgverzekering geregeld dat de zorgverzekeraar «ten aanzien van verzekerden met premieschuld handelt volgens de ter zake door de zorgverzekeraars vastgestelde regels dan wel anderszins aantoont zich voldoende te hebben ingespannen om te komen tot inning van de verschuldigde premie». Een verzekeraar voert «goed incassobeleid» wanneer hij in elk geval de in het Protocol neergelegde werkwijze volgt. Een verzekeraar wordt daartoe gestimuleerd omdat het een voorwaarde is om in aanmerking te komen voor de compensatie. De zorgverzekeraars is gevraagd om tot het moment waarop de structurele maatregelen in werking zullen zijn getreden wanbetalers niet te royeren of het recht op verstrekking op te schorten, en het Protocol te blijven volgen.

In het bijzonder vragen de leden van de PvdA-fractie hoe het incassotraject er in de eerste zes maanden van betalingsachterstand uitziet, opdat voorkomen wordt dat de wanbetaling leidt tot het stopzetten van de zorgtoeslag.

In de eerste zes maanden maant de verzekeraar al na een achterstand van twee maanden aan. Deze aanmaningen worden herhaald en nemen in urgentie toe. Er zal worden gewezen op de consequenties van het niet-betalen, waaronder – na inwerkingtreding van het wetsvoorstel met aanvullende maatregelen om wanbetaling tegen te gaan – het gevolg dat bij voortduring van niet-betalen de nominale premie op het inkomen, uitkering of zorgtoeslag zal worden ingehouden.
Op dit moment zijn de consequenties, na een achterstand van zes maandpremies, dat iemand in het verzwaarde incassotraject terecht komt. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar verplicht is de incasso uit te laten voeren door derden, die zich beroepshalve met incassoactiviteiten bezighouden, zoals externe incassobureaus en deurwaarders. In de structurele situatie – dat wil zeggen na inwerkingtreding van eerdergenoemd wetsvoorstel met aanvullende maatregelen tegen wanbetaling – start dan de inhouding van de premie op het inkomen of eventuele toeslagen. De genoemde werkwijze zal te zijner tijd ook in het Protocol worden opgenomen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of verzekeraars voldoende prikkels ervaren om in de eerste zes maanden een goed incassobeleid vorm te geven als zij juist na die zes maanden worden gecompenseerd voor gederfde premie-inkomsten.

De compensatie voor de gederfde nominale premie vanuit het Zorgverzekeringsfonds gaat pas in nadat jegens de zorgverzekeraar een premieschuld ter hoogte van zes maandpremies is ontstaan, en ziet slechts op vanaf dat moment opkomende premietermijnen. Bovendien is de compensatie niet volledig maar slechts ter hoogte van de rekenpremie (circa 90%). De prikkel tot incasso blijft dus voldoende aanwezig.

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie naar de structurele maatregelen die de regering voornemens is te nemen, verwijs ik naar het antwoord op pagina 1 van de memorie van antwoord.

De leden van de PvdA-fractie hebben voorts een vraag over de situatie die ontstaat als iemand ten onrechte wordt aangemerkt als wanbetaler.

Betrokkene kan zich dan wenden tot de zorgverzekeraar en zonodig een geschil hierover neerleggen bij de Stichting klachten en geschillen zorgverzekering (SKGZ).

De leden van de PvdA-fractie zouden graag vernemen welke mogelijkheden de SKGZ heeft om fouten ongedaan te maken en vragen met een concreet voorbeeld te verduidelijken op welke wijze dat wordt aangepakt.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke doorzettingsmacht en mogelijkheden de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft indien zij constateert dat een verzekeringnemer ten onrechte als wanbetaler wordt aangemerkt (en derhalve ten onrechte met incasspogingen wordt lastig gevallen).
De adviezen van de SKGZ zijn bindend, zowel voor de verzekeringnemer als voor de zorgverzekeraar. Als de SKGZ constateert dat een zorgverzekeraar iemand ten onrechte als wanbetaler beschouwt, zal deze derhalve per direct op moeten houden de verzekeringnemer met incassomaatregelen te bestoken. Daarnaast krijgt de verzekeringnemer de € 37,00, die hij voor het in behandeling nemen van zijn geschil aan de SKGZ heeft moeten betalen, terug.
Voor het door deze leden gevraagde voorbeeld van een bindend advies van de SKGZ, verwijs ik hen gaarne naar de website van de SKGZ, www.skgz.nl. Onder de rubriek «bindend advies» zijn daar diverse voorbeelden van adviezen te vinden, zij het geen advies in een zaak waarin iemand bezwaar maakt tegen het – door zijn zorgverzekeraar – als wanbetaler aangemerkt worden.

De leden van de fractie van de PvdA refereren aan de motie van de leden Omtzigt en Heerts omtrent de knelpunten bij de buitenlandaspecten van de Zorgverzekeringswet en de toezegging van de regering om te komen met een masterplan. Zij vragen of de regering kan meedelen welke zaken daarin geregeld worden en of ook de Eerste Kamer over dit masterplan wordt geïnformeerd.

In de motie van de Kamerleden Omtzigt en Heerts[1] is gevraagd om een overzicht van de buitenlandaspecten van de invoering van de Zvw. Daarbij is gevraagd in te gaan op de vraag of er in grensoverschrijdende situaties nog knelpunten bestaan, oplossingen voor te stellen en aan te geven hoe de gekozen oplossingen voor alle verzekerden in het buitenland passen binnen de huidige en toekomstige Europese sociale zekerheidsverordening.
In mijn reactie, waarvan ik een afschrift aan uw Kamer zal sturen, zal ik ter wille van het goede begrip aandacht besteden aan het bredere kader van de internationale gevolgen van de invoering van de Zvw. Daarbij wordt ook ingegaan op andere, nadien gestelde, Kamervragen die eveneens de internationale aspecten van de Zvw betreffen.

De leden van de fractie van de SP verwijzen naar onderzoek in de VS, waarbij is gebleken dat de categorie onverzekerden die niet wil betalen vooral bestaat uit jonge mensen tussen 20–40 jaar. Zij vragen of er in ons land onderzoek is gedaan onder onverzekerden, waaruit is gebleken dat het wegvallen van draagvlak onder de solidariteit een motief is om zich niet te verzekeren. Voorts vragen zij of bekend is of de groep die in Nederland niet wil betalen gelijkenis vertoont met de situatie in de VS.

Zover mij bekend is er in de Verenigde Staten één onderzoek uit 2003, waarbij gekeken is naar de oorzaken dat mensen niet betalen. In Nederland is geen onderzoek gedaan onder onverzekerden, omdat niet bekend is wie deze onverzekerden zijn. Aan hen kan derhalve ook niet gevraagd worden wat hun beweegredenen zijn.

[1] Kamerstukken II, 2006/07, 30 918, nr. 16.

De leden van de SP-fractie vragen of ik kan garanderen dat de 40 000 onverzekerde kinderen in voorkomende gevallen adequate medische zorg krijgen.

Indien het onverzekerde kinderen betreft met een legale verblijfstatus, die dus onder de verzekeringsplicht van de Zvw vallen, is er altijd de mogelijkheid – en de plicht – zich alsnog te verzekeren voordat zorg wordt verleend. Voor kinderen geldt dan niet de boete bij te laat verzekeren, die voor te laat verzekerde volwassenen wel geldt. Indien zorg niet zonder gezondheidsschade kan worden uitgesteld en er dus geen tijd is om de zorgvrager aan te melden bij een zorgverzekeraar, dient toch zorg verleend te worden. Het is echter aan de arts om te beoordelen of medische zorg noodzakelijk is. Overigens merk ik op dat ik door middel van doelgroepgerichte voorlichting, aan onder andere kinderen, het aantal onverzekerden terug wil dringen.

Ook vragen deze leden naar de mogelijkheid van medische zorg van de kinderen van wie de ouders illegaal in Nederland verblijven.

Artikel 10 Vreemdelingenwet 2000 geeft ruimte voor het verlenen van financiering van medisch noodzakelijke zorg. Dat betreft nagenoeg[1] alle zorgvormen die zijn opgenomen in het Nederlandse wettelijke sociale verzekeringspakket (Zvw en AWBZ). Het voorgaande gaat slechts op onder de voorwaarde dat de vraag of de zorg nu en hier moet worden verleend, positief wordt beantwoord door de behandelend arts. De noodzaak van de medische zorg dient te worden bezien in samenhang met de duur van het verblijf.
Ook vragen de leden van de SP-fractie of ik het met hen eens ben dat kinderen nooit de dupe mogen worden van de situatie van de ouders.

Ik ben het uiteraard met deze gedachte eens. Mij is alleen niet bekend wie deze kinderen zijn, omdat ik momenteel niet de wettelijke mogelijkheden heb hun ouders op te sporen en aan te schrijven. Wel zal ik doelgroepgerichte voorlichting initiëren om te proberen de ouders van onverzekerde kinderen te bereiken. Ik merk nog wel op dat het uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de ouders is om te voldoen aan hun wettelijke verplichting te voorzien in een zorgverzekering voor hun kinderen.

De leden van de SP-fractie vragen voorts of het voor ouders die zelf niet verzekerd zijn mogelijk is hun kind(eren) wel in te schrijven bij een zorgverzekeraar.

Een polis op grond van de Zorgverzekeringswet is een individuele polis. Ouders die zelf niet verzekerd zijn, kunnen te allen tijde hun kind(eren) inschrijven bij een zorgverzekeraar. In financieel opzicht is er hierbij geen enkele barrière omdat dit voor de ouders kosteloos is. Ik heb vernomen dat in de praktijk, als een ouder met een kind naar de dokter gaat inderdaad wordt gestimuleerd dat ouders hun kinderen aanmelden.

Ook vragen zij of er een oplossing is gevonden voor het probleem van onverzekerde baby's van wie beide ouders een verblijfsvergunning hebben?

Deze kinderen worden met het wetsvoorstel voor de stroomlijning van de financiering van medisch noodzakelijke zorg verleend aan illegalen vanaf de geboorte onder de AWBZ verzekering gebracht en daarmee onder de verzekeringsplicht voor de Zvw. Dit wetsvoorstel is inmiddels ingediend bij de Tweede Kamer.
Ter toelichting merk ik nog het volgende op. Voor bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen bestaat een verzekeringsgat louter omdat

[1] IVF en genderoperaties behoren daar niet toe.

een aantal administratieve processen moet worden doorlopen voordat een verblijfsvergunning wordt verstrekt die voorwaarde is voor de AWBZ verzekering. Het betreft minderjarige vreemdelingen die in Nederland zijn geboren uit een ouder die in het bezit is van een verblijfsvergunning dan wel die in het buitenland zijn geboren uit in Nederland wonende ouders die in het bezit zijn van een verblijfsvergunning. Ook kinderen die door in Nederland wonende en rechtmatig verblijvende ouders geadopteerd worden en voor wie met het oog op adoptie beginseltoestemming is verleend op grond van artikel 2 van de Wet opneming buitenlandse kinderen ter adoptie, worden op overeenkomstige wijze onder de AWBZ verzekering gebracht en daarmee onder de verzekeringsplicht voor de Zvw.

De leden van de SP-fractie vragen of ik vind dat er een instantie zou moeten zijn die monitort, coördineert en op tijd aan de bel trekt wanneer blijkt dat mensen op meerdere fronten financiële problemen hebben en de schuldenproblematiek van deze mensen op verschillende plekken bekend is. Ook vragen zij of ik van mening ben dat voldoende duidelijk is hoe de verantwoordelijkheden liggen.

Het is geen overheidstaak om een instantie in het leven te roepen die de financiële problemen van individuele burgers monitort, coördineert of waarschuwt wanneer het mis dreigt te gaan. Dat zou ook een vergaande overheidsbemoeienis vergen in het privédomein van die burgers. Iedere burger heeft een eigen verantwoordelijkheid voor zijn of haar financiële huishouden. Voor mensen die op meerdere fronten met financiële problemen kampen zijn er diverse instanties waar zij terecht kunnen voor hulp. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan gemeenten, gemeentelijke volkskredietbanken, schuldhulpverleningsinstanties en het Nibud. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de burger om al of niet hulp in te roepen of gebruik te maken van hulp.

De leden van de SP-fractie vragen of alle zorgverzekeraars hun verzekerdenbestand inclusief de wanbetalers aan het Inlichtingenbureau aangeleverd.

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik u naar de beantwoording van de vraag van de leden van de fractie van GroenLinks over ditzelfde onderwerp op pagina 2, voorlaatste alinea, van de memorie van antwoord.

De leden van de fractie van de SP vragen voorts of het mogelijk is dat de Belastingdienst, die naast de zorgtoeslag ook zorgt voor uitbetaling van de huurtoeslag en de kinderopvangtoeslag, de huurtoeslag inhoudt wanneer de wanbetaling voor de zorgverzekering voortduurt. Gaat zorg voor wonen, zo vragen deze leden zich af, of is het net andersom.

Dit soort afwegingen zijn bij het onderhavige wetsvoorstel nog niet aan de orde en zullen aandacht krijgen met het wetsvoorstel waarin de bronheffing (het rechtstreeks inhouden van een premie ter vervanging van de nominale premie op inkomensbronnen van wanbetalers) wordt mogelijk gemaakt. Het is mijn bedoeling dit wetsvoorstel medio 2008 aan de Tweede Kamer aan te bieden.

Ook vragen de leden van de SP-fractie zich af of de Belastingdienst, gezien de chaos rond de invoering van de Wet Walvis, wel in staat is om deze extra taak (de zorgtoeslag inhouden bij wanbetaling) naar behoren uit te voeren. Ook vragen zij of ik met hen van mening ben dat pas tot deze ingreep mag worden overgegaan als volstrekt helder is dat de Belastingdienst dit ook goed zal kunnen uitvoeren.

Op dit moment vindt afstemming plaats met de Belastingdienst over de bronheffing. Hierbij is de inhouding van de zorgtoeslag betrokken. Ik ben het uiteraard met deze leden eens dat de Belastingdienst dit wel goed moet kunnen uitvoeren.

De leden van de fractie van de SP vragen voorts hoe er valt te heffen bij de bron als mensen niet belastingplichtig zijn, zoals nogal eens het geval is bij zeer lage inkomens.

Doorgaans zullen deze mensen wel een zorgtoeslag hebben. Dan kan de premie in ieder geval daaruit voor een aanzienlijk deel worden voldaan. Het is mogelijk dat er mensen zijn met zo'n laag inkomen dat bronheffing geen volledige oplossing is voor het innen van een vervangende premie. De verwachting is dat dit slechts voor een heel klein deel van de wanbetalers aan de orde is.

De leden van de fractie van de SP vragen verder of bekend is hoeveel wanbetalers geen zorgtoeslag krijgen.

Ongeveer 1,8% van de zorgtoeslagontvangers is wanbetaler. Van de gemiddelde Nederlandse ingezetenen is dat ongeveer 1,5%. Van alle Nederlandse ingezetenen ontving 37 procent zorgtoeslag in 2006. Van de wanbetalers is dat 44,9%. Het gemiddelde bedrag dat wanbetalers aan zorgtoeslag ontvingen was € 487, tegenover € 482 voor de gemiddelde zorgtoeslagontvanger. De wanbetaler ontving gemiddeld dus net iets vaker, maar ook iets meer zorgtoeslag dan de gemiddelde zorgtoeslagontvanger in Nederland. In totaal krijgen 85 391 wanbetalers zorgtoeslag, terwijl 104 819 wanbetalers geen zorgtoeslag krijgen. Deze cijfermatige gegevens zijn opgenomen in de CBS-rapportage «Kenmerken van wanbetalers zorgverzekeringswet» van 22 augustus 2007.

Ten slotte vragen deze leden of bekend is hoe groot het bedrag aan nog niet geïnde nominale premieschuld is.

Volgens berekeningen van CVZ[1] is het totale bedrag aan openstaande premievorderingen ruim € 196 miljoen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe reëel het is te veronderstellen dat met het wetsvoorstel en het protocol in de hand betaling van premie wel zal geschieden. Volgens deze leden zullen er altijd wanbetalers en onverzekerden blijven, omdat er nu eenmaal een categorie mensen niet in staat is om hierin zelfredzaam te zijn.

Ik onderschrijf de visie van de leden van de SP-fractie dat er altijd mensen zullen zijn, die hun rekeningen niet kunnen of willen betalen of die zich niet tijdig willen verzekeren. Door de aanvullende maatregel van een bronheffing zullen evenwel wanbetalers met een detecteerbare inkomensbron zich niet meer aan betaling van de premie kunnen onttrekken.
Ook de maatregelen die ik voornemens ben te treffen in het kader van de actieve opsporing zullen onverzekerden aanzetten zich te verzekeren. Dit samenspel van maatregelen zal er naar mijn overtuiging toe leiden dat het aantal wanbetalers en onverzekerden zal afnemen.

De leden van de SP-fractie memoreren dat er van de 460 gemeenten 350 gemeenten collectiviteiten voor bijstandsgerechtigden hebben opgericht. Zij vragen of bekend is welke gemeenten dat niet hebben gedaan (grote of juist kleinere) en waarom niet. Welk percentage van de bijstandsgerechtigden valt hiermee buiten de boot, zo vragen zij.

[1] Jaarstaat Risicoverevening, 1e voorlopige afrekening 2006, 30 augustus 2007.

Op dit moment hebben een kleine 400 gemeenten een collectieve verzekering gesloten. In de praktijk blijkt dat met name de kleine gemeenten geen collectieve verzekering hebben gesloten. Het is mij niet precies bekend welke kleine gemeenten dit betreft en wat de beweegredenen hiertoe zijn. Er zijn echter gemeenten die geen collectieve verzekering willen sluiten, omdat de meeste zorgverzekeraars als voorwaarde bij een collectieve verzekering stellen dat de premie rechtstreeks wordt ingehouden op de bijstandsuitkering. Deze gemeenten zijn van mening dat dit indruist tegen de zelfredzaamheid van de bijstandsgerechtigden, hetgeen het uitgangspunt is van de wet Werk en bijstand. Geschat wordt dat 75% van de bijstandsgerechtigden en 10% van de overige minima in een dergelijk collectief contract van de gemeente participeert.
Verder heb ik de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid op 16 augustus jl. schriftelijk geïnformeerd[1] over de pilot «Parkpolis» van de gemeente Amsterdam en hem verzocht onder de aandacht te brengen van de Nederlandse gemeenten.

De leden van de SP-fractie vragen ten slotte of ik een indicatie kan geven wat de kosten van alle opsporings- en aansporingsactiviteiten zijn om onverzekerden/wanbetalers te traceren en of deze kosten opwegen tegen de baten?

In het plan van aanpak over de actieve opsporing dat ik de Tweede Kamer in het najaar heb toegezegd, zal ik de Tweede Kamer berichten wat de uitkomst is van de inmiddels in het veld uitgezette vraag naar de mogelijkheden om te komen tot actieve opsporing en de daarmee gemoeide kosten. Ik weet dat op dit moment nog niet.

Academische component

De leden van de fractie van het CDA vragen of het niet in de rede zou liggen ook de categorale oogziekenhuizen in de lijst van aan Academische Ziekenhuizen gelieerde instellingen (naast het Antonie van Leeuwenhoekziekenhuis; NKI-AVL) op te nemen.

Vanuit het oogpunt van kwaliteit en efficiëntie is de innoverende functie geconcentreerd bij de academische ziekenhuizen. Deze functie steunt onder meer op het daar geconcentreerd fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Dit laat onverlet dat er ook innovatie plaats vindt in andere ziekenhuizen, waaronder Het Oogziekenhuis. Het is echter niet noodzakelijk deze producten procesinnovaties apart te bekostigen. De instellingen kunnen namelijk zelf, naar eigen inzicht, hun inkomsten uit de prijzen van DBC's aanwenden voor niet-wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Met de invoering van prestatiebekostiging per 2009 kunnen ziekenhuizen niet alleen in het B-segment (vrije prijsvorming), maar ook in het B1-segment (onderhandelbare prijzen binnen de maatstaf) bij de vaststelling van prijzen rekening houden met de kosten en opbrengsten van innovatie. Wanneer een koppeling aan wetenschappelijk onderzoek gewenst is, staat het ziekenhuizen vrij om hierover samenwerkingsafspraken te maken met een academisch ziekenhuis.

De leden van de fractie van de PvdA vragen zich af of de impulsen voor innovatie en onderzoek via subsidieregelingen enerzijds, niet op gespannen voet komen te staan met de kostenbeheersing en het strikte budgetregime anderzijds.

Met de voorliggende wijziging van de financiering van de academische component verandert de manier waarop de gelden bij de instellingen terecht komen, maar niet de wijze waarop de hoogte van het bedrag wordt bepaald. Het historische gegroeide kader van de academische

[1] Brief van 16 augustus 2007, Z/VV-2791995.

component vormt namelijk het uitgangspunt bij de bepaling van het subsidiebedrag. De financiële consequenties hiervan zouden dus bij elk beheersingsregime dezelfde zijn.

Welke ruimte biedt de Zvw om met deze spanningen om te gaan en hoe wordt voorkomen dat innovatieve ontwikkelingen op het gebied van de topreferente zorg in verschillende sturingsinstrumenten en financieringsstromen vastlopen, zo vragen zij voorts.

Als gevolg van de wetswijziging kunnen middelen uit het Zorgverzekeringsfonds worden aangewend voor de uitgaven ten behoeve van de academische component. De Zvw biedt de minster hiermee de ruimte om de gelden die nodig zijn voor topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling, binnen het Zorgverzekeringsfonds apart te houden en vervolgens via subsidies te verstrekken aan de academische ziekenhuizen en het NKI-AVL. De overige zorg en innovatie die niet gekoppeld is aan wetenschappelijk onderzoek wordt via de reguliere bekostiging gefinancierd. De voorgestelde wijziging van financiering van de academische component zal de financieringsstromen daarmee eerder transparanter maken en meer waarborgen bieden. Ook in de vroegere Functiegerichte Bekostigingssystematiek was er een apart budget voor de Academische functie. Het hiermee samenhangende onderscheid in de financieringsstromen biedt veel meer voordelen dan het vermeende nadeel dat in de vraag wordt gesuggereerd.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat tussen ziekenhuizen een ongelijk speelveld wordt geschapen om door middel van subsidiëring te bewerkstelligen dat er een voldoende aanbod aan topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling in academische ziekenhuizen of in een daarmee gelijk te stellen ziekenhuis wordt gecreëerd. Dit staat, zo vinden zij, haaks op de door de overheid gewenste marktwerking. Innovatie is ook belangrijk voor de toekomst van de zorg en kan kostenbesparing in de hand werken. Graag ontvangen deze leden een nadere motivering van het voorstel.

In de zorgsector worden zaken, waar dat verantwoord mogelijk is, zoveel mogelijk aan de actoren in het veld overgelaten, zoals ook is vastgelegd in onder andere de Zvw. Ten aanzien van topreferente zorg, innovatie en ontwikkeling bestaan er echter gegronde redenen om aan te nemen dat het publieke belang van een voldoende aanbod zonder overheidsinterventie niet voldoende is gewaarborgd. Daarom wordt met het voorliggende wetsvoorstel een expliciete verantwoordelijkheid voor de minister geschapen om daarvoor financiële middelen ter beschikking te stellen. Criteria voor deze bijzondere bekostiging van innovatie en ontwikkeling en topreferente zorg zijn de koppeling aan fundamenteel wetenschappelijk- en fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Op dit moment voldoen alleen de academische ziekenhuizen en het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) hier aan. Om redenen van kwaliteit en efficiëntie zijn topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling bij de academische ziekenhuizen geconcentreerd. Mijn beleid is niet gericht op uitbreiding van het aantal aanbieders van deze functies. Uiteraard vindt er wel innovatie plaats in andere ziekenhuizen. En dit is ook heel belangrijk. Er is echter geen noodzaak om deze product- en procesinnovaties, die niet gekoppeld zijn aan wetenschappelijk onderzoek, apart te bekostigen. In mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie heb ik dit nader toegelicht.

Buitenland

De leden van de CDA-fractie constateren dat er nog problemen bestaan

met betrekking tot de verzekeringsdekking van personen die in de Nederlandse Antillen of op Aruba wonen.

Omdat de verschillende sociale ziektekostenverzekeringen in de Nederlandse Antillen niet voor alle ingezetenen toegankelijk zijn en omdat de premies van particuliere ziektekostenverzekeringen na de invoering van de Zvw aanmerkelijk zijn gestegen, hebben personen met een Nederlands pensioen die zich vestigen of hervestigen in de Nederlandse Antillen verzocht om ook voor hen een «verdragsdekking» te organiseren. Mijn ambtgenoot van de Nederlandse Antillen en ik onderkennen de wenselijkheid van een dergelijke regeling en sturen op korte termijn een voorstel van rijkswet aan uw Kamer waarin deze «verdragsdekking» wordt vastgelegd. Ik spreek graag de wens uit dat dit voorstel op een spoedige parlementaire behandeling mag rekenen, zodat de door betrokkenen gevraagde sociale bescherming al op 1 januari 2008 kan worden geboden.
Met betrekking tot de situatie van Nederlanders op Aruba merk ik op dat in het Land Aruba een sociale ziektekostenverzekering bestaat, die toegankelijk is voor alle ingezetenen. Daardoor speelt voor Aruba de hierboven geschetste problematiek niet. De genoemde regeling geldt dan ook niet voor Aruba.
Op de situatie van baby's van niet-Nederlandse ouders ben ik hierboven reeds ingegaan naar aanleiding van de vraag van de leden van de SP-fractie of er een oplossing is gevonden voor het probleem van de onverzekerde baby van wie beide ouders een verblijfsvergunning hebben.

De leden van de CDA-fractie merken op dat in mijn brief van 17 juli 2007[1] wordt gemeld dat er in het wetsontwerp een fout is gemaakt en dat die zal worden hersteld. Zij vragen hoe en wanneer dat zal gebeuren.

In de brief van 17 juli jl. heb ik aangegeven deze vergissing zo snel mogelijk te herstellen door middel van wetswijziging. Aan deze toezegging heb ik uitvoering gegeven in de eerste nota van wijziging op het wetsvoorstel tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico. Dit wetsvoorstel is op 9 oktober 2007 door de Tweede Kamer aangenomen[2].

Bestuursmodel CVZ/College Bouw/CSZ/NZa

De leden van de CDA-fractie hebben de vraag gesteld of het, gezien de onafhankelijke status van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), niet van belang is dat bij dat college de openbaarheid wordt gehandhaafd. Ook de leden van de PvdA-fractie hebben de aandacht hiervoor gevraagd.

Met deze leden ben ik van mening dat een onafhankelijke oordeelsvorming door het CVZ van belang is. Ook bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is aan dit aspect aandacht besteed. Die Kamer heeft eveneens aangedrongen op het bieden van waarborgen voor onafhankelijke advisering. Om daaraan tegemoet te komen heb ik bij nota van wijziging[3] een nieuw artikel 59a Zvw in het wetsvoorstel ingevoegd, waarmee wordt geregeld dat het CVZ adviezen over krachtens de zorgverzekering te verzekeren prestaties in commissieverband voorbereidt. Daarmee is de door deze leden genoemde onafhankelijke oordeelsvorming gewaarborgd. Met betrekking tot de openbaarheid van vergaderingen is het in het wetsvoorstel opgenomen uitgangspunt gehandhaafd. Daarmee is aangesloten bij het uitgangspunt dat vergaderingen van zelfstandige bestuursorganen doorgaans niet openbaar zijn, tenzij dat orgaan zelf anders in zijn bestuursreglement heeft vastgelegd.

[1] Kamerstukken II, 2006/07, 30 918, nr. 23.
[2] Kamerstukken II, 2006/07, 31 094, nr. 7, artikel II.
[3] Kamerstukken II, 2006/07, 30 918, nr. 13.

De leden van de SP-fractie vragen of de bestuursleden van het CVZ benoemd zijn, uit welke geledingen zij afkomstig zijn en of de advisering door het CVZ zonder last of ruggespraak geschiedt. Deze leden vragen ook of de patiënten in de adviesraad zijn vertegenwoordigd.

Bij de behandeling van het wetsvoorstel heb ik met een nota van wijziging geregeld dat het CVZ een commissie inricht die rapporten of signalen als bedoeld in artikel 66 Zvw voorbereidt. Mijn ambtsvoorganger had al eerder ingestemd met een voorstel van het CVZ om een raad van advies in te richten die het CVZ bijstaat bij strategische vraagstukken. Benoeming van de leden van de commissie, bedoeld in artikel 59a, vindt pas plaats na aanvaarding van het onderhavige wetsvoorstel. Het ligt voor de hand daarbij uit te gaan van advisering zonder last of ruggespraak, zoals deze leden ook veronderstellen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink