

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

## Herziening Zorgstelsel

Nr. 111

### VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 14 augustus 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 28 juni 2006 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 juni 2006 inzake de zevende voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 99);**
- **de brieven van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2005 en 24 april 2006 inzake het rapport Zorg verzekerd (29 689, nrs. 47 en 83);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 mei 2006 inzake declaratieproblematiek huisartsen (29 689, nr. 93);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 mei 2006 inzake Wijziging van de Regeling Zorgverzekering in verband met vaststellen woonlandfactoren (29 689, nr. 95);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juni 2006 inzake Zorgverzekeringwet en wonen in een niet-EU/EER- of Verdragsland (VWS-06-917);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 juni 2006 inzake tijdpad bij gewijzigde Regeling zorgverzekering in verband met aanpassing bijdrage verdragsgerechtigden (29 689, nr. 98);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 juni 2006 inzake ontwikkelingen voortgang Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 99).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

### Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Heemskerk** (PvdA) wijst op het artikel op de voorpagina van de Volkskrant van 28 juni 2006 waarin staat dat volgens het Centraal Planbureau (CPB) en de Erasmus Universiteit de premie van de ziektekostenverzekeringen in 2007 met € 100 wordt verhoogd, meer dan 10% van de huidige premie. De minister heeft aangegeven dat hij vasthoudt aan 3% omdat hij niet uit is op de situatie die zich onder de parase kabinetten

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), onder-voorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Kraneveldt (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GroenLinks), Koşer Kaya (D66) en Van der Sande (VVD).

Piv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Van Egenschot (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GroenLinks), Bakker (D66) en Nijs (VVD).

voordeel – waar hij deel van uitmaakte – toen de premies met 12% stegen. Overigens is ondanks die stijging het budgettair kader van de zorg toen niet overschreden; bovendien zijn met dat geld wachtlijsten weggevoerd en arbeidsomstandigheden verbeterd. Waar baseert de minister het percentage van 3 op? Wat is zijn visie op de prognoses van het CPB en de Erasmus Universiteit? Waarom moet het voordeel dat de werknemers hebben genoten op deze manier verrekend worden, ten gunste van de werkgevers, die al zo veel voordeel hebben gehad van het nieuwe zorgstelsel omdat voorzieningen vrijvielen? Het systeem van het achteraf verrekenen van voordelen bij werkgevers of werknemers is onzinnig; op die manier ontstaat een jaarlijks terugkerend jojo-effect ten aanzien van de premies. Het is beter om de werknemers het voordeel over 2006 te laten behouden; waarschijnlijk houden zij daar bij de nieuwe cao-onderhandelingen rekening mee door hun looneisen bij te stellen. Is met de prognose van € 100 rekening gehouden bij het bepalen van de koopkracht voor 2007? Gepensioneerden en vutters, met name oud-ambtenaren, zijn er in 2006 fors op achteruitgegaan. Gaan zij er in 2007 verder op achteruit? Kan de minister bevestigen dat studenten die tijdelijk in het buitenland verblijven dubbele premies moeten betalen?

De fusies van de zorgverzekeringsmaatschappijen worden kritisch gevolgd door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Worden daarbij de onderwerpen regionale machtsposities en hoge marktaandelen betrokken? Economisch gezien zijn hoge marktaandelen slecht, hoewel dominante lokale ziekenfondsen vaak de kolen uit het vuur halen ten aanzien van onverzekerden, inkoop en regionale problemen. Kunnen op dat punt problemen ontstaan als de marktaandelen dalen?

Het invoeren van het woonlandgewicht is gunstig voor de remigranten want zij hoeven veel minder premie te betalen. Wat is de betalingsbalans met betrekking tot het buitenland: wat wordt uit het buitenland ontvangen en wat wordt eraan betaald? Klopt de stelling van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) dat er eigenlijk geen instrumenten zijn om betaling af te dwingen?

In de voortgangsrapportages staat dat de verzekeraars zich niet aan de wet houden; het intern toezicht, de inspraak van verzekerden via verzekerdenraden, is niet op orde. Hoe wil de minister artikel 28 van de wet handhaven?

Het aantal geschillen is in vergelijking met het aantal dat door het CVZ gemiddeld in behandeling werd genomen, fors gedaald. Waar is dat aan te wijten? Weten mensen de weg niet meer te vinden naar de geschillencommissies? Is er als gevolg daarvan nog een fors aantal geschillen te verwachten? Of zijn verzekeraars misschien soepeler geworden?

Wanneer kan de Kamer voorstellen verwachten om de administratieve rompslomp bij het overstappen naar een andere verzekeraar voor zowel verzekerden als verzekeraars te verminderen?

Sommige verzekeraars hebben in de polisvoorwaarden opgenomen dat het aanvullende pakket moet worden opgezegd als een verzekerde zich voor het basispakket ergens anders verzekert. Dat is in strijd met de wet. Op welke manier spreekt de minister de verzekeringsmaatschappijen hierop aan?

Mevrouw **Arib** (PvdA) stelt de problematiek van de onverzekerden aan de orde. In het kader van de goedkeuringswet mag medisch noodzakelijke zorg niet worden onthouden of uitgesteld als daarmee het leven of de gezondheidstoestand van betrokkene, dan wel de Nederlandse volksgezondheid ernstige schade wordt toegebracht. Twee Rotterdamse huisartsen hebben echter in een brief aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aangegeven dat onverzekerden zijn geweigerd voor een behandeling in een ziekenhuis. Erkent de minister dat in de praktijk onverzekerden wel degelijk worden geweigerd? Waarom zet hij niet meer vaart achter het onderzoek door de IGZ?

Dak- en thuislozen en zwaar verslaafden blijken zich vanwege de hoge premies niet te verzekeren voor ziektekosten. Als gevolg daarvan worden zij niet behandeld in ziekenhuizen. Kan de minister aangeven hoeveel onverzekerden worden geweigerd? Wat zijn tot nu toe de gevolgen van het onduidelijke beleid waarbij de verantwoordelijkheid wordt afgeschoven op artsen? Worden artsen door ziekenhuisdirecties aangespoord om onverzekerden te weigeren? Worden onverzekerden wellicht weggestuurd omdat een en ander financieel niet goed geregeld is? Waar ligt de grens voor het begrip «medisch noodzakelijk»? Moet iemand op sterven na dood zijn of wordt zorg ook als noodzakelijk beschouwd als verergering van de klachten in een later stadium kan worden voorkomen?

De KNMG meent dat direct een waarborgfonds moet worden ingesteld voor de vergoeding van ziektekosten van onverzekerde patiënten. Het is onredelijk dat de overheid van artsen en ziekenhuizen verwacht dat zij opdraaien voor de kosten voor noodzakelijke hulp. De minister laat zich soms positief en soms negatief uit over een dergelijk fonds; een waarborgfonds zou averechts werken op de motivatie van mensen om zich te verzekeren en op de inspanning van verzekeringsmaatschappijen om premies te innen. Deze argumenten worden terecht bestreden door de KNMG. In de regeling van een waarborgfonds kunnen maatregelen worden genomen om dergelijke situaties te voorkomen.

Een ander probleem betreft de declaratie door huisartsen. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de administratieve rompslomp op dat punt? Huisartsen moeten soms extra krachten inhuren om aan de administratieve verplichtingen te voldoen. Het aantal onverzekerden is niet door hen vast te stellen; door een fout bij de invoering van een naam in het computersysteem kan een patiënt «zoek raken», maar dat betekent niet dat iemand dan onverzekerd is. Fa-med wil de contracten met huisartsen wijzigen omdat het de inschrijftarieven niet meer kan uitbetalen en deze niet vergoed worden door de verzekeraar. Volgens de minister verloopt alles soepel; hij doet knelpunten af als aanloopproblemen. Aanloopproblemen houden echter een keer op. Wanneer wordt duidelijk wat de structurele gevolgen zijn van de nieuwe Zorgverzekeringswet voor huisartsen? Is de minister bereid om een onafhankelijk onderzoek te laten uitvoeren naar de administratieve consequenties van de Zorgverzekeringswet?

De huisarts is verantwoordelijk gemaakt voor het innen van geld voor verrichte diensten, maar door de combinatie van marktwerking en stelselwijziging is dat steeds gecompliceerder geworden. Door de vrijheid van contracten is het onmogelijk geworden voor huisartsen om uniform regelingen af te spreken. Het was de bedoeling dat huisartsen geen ondernemers- of debiteurenrisico zouden lopen, maar in de praktijk blijkt daar wel degelijk sprake van te zijn. Laat de minister op dit punt de regie ter hand nemen in plaats van lijdzaam toe te zien.

De heer **Van Bommel** (SP) wijst in relatie op de huisartsen op het probleem van de bevoorschotting. Dat probleem zou voor 1 juli 2006 zijn opgelost, maar signalen uit de praktijk doen het ergste vrezen. Als de bevoorschotting op 1 juli stopt, komen veel huisartsen in financiële problemen, voor sommigen mogelijk eindigend in een faillissement. De administratie van zorgverzekeraars met betrekking tot patiëntengegevens is vaak niet op orde. De vraag is of degenen die met de nieuwe Zorgverzekeringswet te maken hebben net zo tevreden zijn als de minister.

Heeft de minister inmiddels overlegd met zorgverleners zoals tandartsen? Wat is daarvan het resultaat? Is het de minister bekend dat zich in de kraamzorg problemen voordoen? In voorkomende gevallen wijzen Achmea en de zorgveiling naar elkaar zonder tot oplossingen te komen. Volgens berichten heeft Achmea oude patiëntenbestanden gewist, waardoor niet na te gaan is waar, en in welke mate, patiënten verzekerd waren

en welke rekeningen nog betaald moesten worden. Wie draait uiteindelijk op voor de kosten van deze fout: zorgverleners of patiënten?

Het is positief dat de aanvankelijke maatregel van onverzekerd raken na het gedurende drie maanden niet betalen van premie, wordt afgeschaft. Wel blijft de hoogte van de premie een probleem. Voor mensen met lage inkomens of hoge financiële lasten is deze onbetaalbaar. Dat geldt ook voor daklozen, al dan niet psychiatrisch geïndiceerd, en illegalen.

Het is van belang dat een waarborgfonds wordt ingesteld. Niet alleen door de twee Rotterdamse artsen maar ook door de KNMG wordt daarop aangedrongen. Het signaal is duidelijk: als er geen voorziening wordt gerealiseerd, dan ontstaat de Amerikaanse situatie dat mensen die acute zorg nodig hebben, sterven op de stoepen van de ziekenhuizen.

Sommige mensen maken gebruik van een hulpmiddel dat vergoed wordt door de verzekeraar. Als zij overstappen, moeten zij het hulpmiddel inleveren en bij de nieuwe zorgverzekeraar een machtiging aanvragen voor een nieuw hulpmiddel. Kan de minister toezeggen dat aan deze vreemde praktijk een einde wordt gemaakt?

Mevrouw **Schippers** (VVD) is zeer tevreden over het verloop van de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. De overgang is soepel gegaan, op de declaratieproblemen van de huisartsen en fysiotherapeuten en de problemen van Nederlanders in het buitenland na.

Veel zorgaanbieders dringen aan op de invoering van een waarborgfonds waarbij zij niet betaalde rekeningen kunnen declareren. Momenteel bestaan op dit punt de beleidsregel dubieuze debiteuren, voor ziekenhuizen en instellingen, en het Koppelingsfonds, voor de eerstelijnsverzorging. Vanwege het afnemende aantal zorgvormen dat onder de contracteerplicht valt, komt de beleidsregel dubieuze debiteuren onder druk te staan. Deze zal op termijn vervangen moeten worden. Het ligt voor de hand om het Koppelingsfonds daarbij te betrekken. De oprichting van een waarborgfonds als derde regeling is in dit licht onverstandig. Betrokkenen moeten geprikkeld blijven om betalingen op reguliere wijze af te ronden. Betalingen zijn anders niet meer urgent en de kosten voor wanbetalers worden dan verhaald op de gemeenschap.

De declaratieproblematiek van beroepsbeoefenaren, met name huisartsen, is nog steeds niet opgelost. Het aantal klachten neemt sterk af, maar is nog niet tot nul gereduceerd. Wat is de stand van zaken op dit punt? Wat zijn de ervaringen van de veegploeg?

De nieuwe regeling voor Nederlanders die wonen in het buitenland is positief. De premies worden vastgesteld op basis van de kosten die in het woonland worden gemaakt. De regeling is een adequate uitvoering van de motie-Schippers (29 689, nr. 52). Kan de minister ingaan op de verplichting tot inhouding van bijdragen in het kader van de Zorgverzekeringswet op de pensioenen van deze mensen? Het CVZ heeft over de maanden januari tot en met april geen Zorgverzekeringswetbijdragen geïncasseerd en wil deze door inhouding van de ongedifferentieerde bijdragen verrekenen. Die inhouding staat echter in geen relatie tot de werkelijke bijdragen, waarna dus een tweede keer moet worden verrekend. Dat is bureaucratisch, omslachtig en niet klantgericht. Het moet mogelijk zijn om het goede bedrag in één keer te verrekenen.

De nieuwe Zorgverzekeringswet pakt voor grensarbeiders bijzonder negatief uit. Een opbouw van verschillende regimes in een Zorgverzekeringswet kan niet op goedkeuring rekenen, omdat op die manier een kerstboom ontstaat gelijk aan die van het zorgverzekeringsstelsel in het verleden. Is de inkomensachteruitgang van grensarbeiders vooraf voorzien en is deze terecht?

In overleg met Zorgverzekeraars Nederland is een voorstel opgesteld om wanbetalers na zes maanden onbetaalde premies de keuzevrijheid te ontzeggen. De wanbetaler moet dan blijven bij de verzekeringsmaatschappij waar hij was verzekerd en kan niet overstappen tot de premies zijn

voldaan. Verder wordt het incassoregime verzwaaard. Dit zijn redelijke en simpele oplossingen waarmee een rondreizend circus van wanbetalers wordt voorkomen. Als een wanbetaler uiteindelijk door de verzekeraar wordt geroyeerd, moeten andere zorgverzekeraars hem wél accepteren. Het risicovereveningsstelsel is de ruggengraat van het zorgstelsel. Door dit stelsel is het mogelijk om iedereen een vrije keuze van zorgverzekeraar en jaarlijkse overstapmogelijkheden te bieden, ongeacht de gezondheidstoestand en leeftijd van de verzekerde. Bovendien zorgt het stelsel ervoor dat het verbod op premiedifferentiatie ten aanzien van risico's voor verzekeraars niet tot verliezen leidt. Het evenningsstelsel is niet perfect en niet af; de vraag is of dat ooit het geval zal zijn. Zorgvuldigheid en behoedzaamheid zijn geboden. Fouten in de verevening kunnen leiden tot onder- of overcompensatie. Een signaal daarvan is onder meer de bereidheid van zorgverzekeraars om collectieve contracten af te sluiten met patiëntenverenigingen. Overigens kan deze bereidheid ook het gevolg zijn van de mogelijkheden op de zorginkoopmarkt. Kan de minister bevestigen dat een internationaal gezelschap van deskundigen zich buigt over het evenningsstelsel?

De argumenten van de minister ten aanzien van de aangehouden motie-Schippers over het uitbreiden van het experiment persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet met andere vormen van chronische zorg (30 300 XVI, nr. 149), zijn tamelijk aanbodgestuurd en probleemzoekend in plaats van gericht op mogelijkheden. Met thuisdialyse is bijvoorbeeld reeds ervaring opgedaan in de AWBZ, tot tevredenheid van de budgethouders. Over de kansen voor innovatie die daarmee worden geschapen, staat niets in de brief van de minister. De motie-Schippers zal dan ook in stemming worden gebracht.

Mevrouw **Smilde** (CDA) merkt op dat men inmiddels gewend begint te raken aan de nieuwe Zorgverzekeringswet. De voortgang is positief, maar zorgvuldigheid bij de uitvoering blijft van het grootste belang.

De regeling voor Nederlanders in het buitenland is positief. De vraag is wel of het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) de achterstanden kan inlopen en in juli en augustus al tot een nieuwe, gedifferentieerde premiebijdrage kan komen. Het is ook goed dat niet van een terugwerkende kracht wordt uitgegaan tenzij die berekening uitvalt in het voordeel van verzekerden.

Het standpunt van de minister over de gezinsleden van NAVO-medewerkers verdient ondersteuning. Zij nemen deel aan alle volksverzekeringen of aan geen enkele volksverzekering. Desalniettemin is sprake van een probleem. Is de minister bereid om met de NAVO of andere organisaties die met dezelfde problemen kampen, te overleggen over een oplossing? Postactieve militairen in verdragslanden kunnen een beroep doen op een overgangsregeling vooruitlopend op de invoering van verordening 88 304. Is deze overgangsregeling reeds van kracht? Is het mogelijk om deze met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2006 te laten ingaan? Kan de minister bevestigen dat mensen die met FPU zijn gegaan, gelijkgesteld worden aan vutters en dus ook een beroep kunnen doen op die regeling? Is de minister bereid om extra aandacht te besteden aan de Arubaanse en Antilliaanse jongeren die in Nederland studeren?

Het is belangrijk dat onverzekerden, of verzekerden die in hoge mate het risico lopen om onverzekerd te raken, getraceerd kunnen worden. Als mensen een hulpaanvraag doen, bijvoorbeeld bij de Voedselbank, dan kan direct worden bekeken of zij verzekerd zijn voor ziektekosten. Overigens kan er een onderscheid gemaakt worden tussen wanbetalers, die niet willen betalen, en onverzekerden, die niet kunnen betalen of dat zijn vergeten. Deze laatste groep moet niet hard worden aangepakt, maar worden geholpen, bijvoorbeeld door hen al na een maand te wijzen op premieachterstand. Bewuste wanbetalers moeten streng worden aangepakt. In dat kader zijn de gemaakte afspraken positief. Kan de minister

ingaan op het tijdpad waarlangs steeds strengere maatregelen worden genomen? Waarom moet in de wet een overstap worden geregeld terwijl de effectiviteit van drang- en dwangmiddelen nog niet bekend is? Zolang daarin geen inzicht is, mag er geen overstapverbod in een wetswijziging worden vastgelegd.

Volgens de minister wordt met de regeling voor wanbetalers een waarborgfonds overbodig. Daarmee wordt weer geen onderscheid gemaakt tussen onverzekerden en wanbetalers. Met de genoemde regeling wordt alleen het incassobeheer geregeld. Een waarborgfonds heeft echter betrekking op de ziektekosten voor onverzekerden. Kan de minister nogmaals aangeven waarom hij geen heil ziet in een waarborgfonds, ook gelet op de argumenten van de werkgroep In zorg verzekerd?

Mevrouw Smilde steunt namens haar fractie de motie van mevrouw Schippers.

Voorheen werden in het publiekrechtelijke zorgsysteem beschikkingen opgelegd, waarbij duidelijk omschreven werd hoe daartegen bezwaar kon worden gemaakt. Voor het privaatrechtelijke document van de polis, dat in het nieuwe zorgstelsel aan de orde is, geldt die verplichting niet. De vraag is dan ook of verzekerden op de hoogte zijn van het maken van bezwaren bij de geschillencommissie. Op de een of andere manier moeten verzekerden op die mogelijkheid gewezen worden, bijvoorbeeld in de polis. Is de minister bereid om dat punt in te brengen in het overleg met de zorgverzekeraars of desnoods op te nemen in een veegwet?

De heer **Omtzigt** (CDA) is zeer tevreden over de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. De belangstelling voor het voortgangsoverleg is minimaal hetgeen als een compliment voor de minister kan worden beschouwd.

Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet heeft de Kamer vastgelegd dat het saldo van het vereveningsfonds in principe nul moet zijn aan het einde van het jaar. Kan de minister aangeven hoe het gesteld is met de financiële positie van het vereveningsfonds? Wat is de prognose voor het einde van het jaar in het licht van de grotere economische groei en de hogere loonkosten? Welke effecten heeft deze positie voor de premietelling van het volgende jaar? Wat zijn de vermogensposities en solvabiliteit van verzekeraars?

Er vindt momenteel een tamelijk grote fusiegolf plaats onder verzekeringsmaatschappijen. Dat hoeft niet negatief te zijn, zolang er nog voldoende keuzevrijheid en concurrentie blijven bestaan. Hoe groot mogen verzekeraars in Nederland zijn voordat elke fusie die hen groter maakt, verboden wordt?

In de afgelopen tijd zijn veel collectieve contracten gesloten tussen patiëntenverenigingen en verzekeraars. Door het vereveningsfonds worden verzekeraars immers voldoende gecompenseerd. Op dit punt is sprake van een markant verschil met het Amerikaanse zorgstelsel, want Nederlandse verzekeraars werven nu actief zieke mensen. Toch zijn niet alle groepen mensen in staat geweest om een nieuw contract af te sluiten; mensen met een zeldzame, chronische aandoening kampen met problemen. Door opname van twee diagnosekostengroepen en een mogelijkheid om met comobiliteit rekening te houden door meer dan één farmaceutische kostengroep (fkg) toe te passen, kunnen die problemen worden opgelost. Het wordt dan aantrekkelijk om mensen te verzekeren die zowel psychiatrische als lichamelijke problemen hebben. Welke maatregelen neemt de minister om andere ziekten in de komende jaren adequaat in het vereveningsfonds op te nemen? Is hij bereid om alternatieven te beschouwen en over systemen met verzekeraars te overleggen, zoals de voorgestelde hogerisicoverevening?

Het is positief dat hulpmiddelen en paramedische hulp als vereveningsfactor worden meegenomen. Daarmee worden de kosten gecompenseerd voor mensen die daar relatief veel gebruik van maken. Op dit punt is het

een probleem dat een nieuwe verzekeraar niet verplicht is om staande hulpmiddelen, of de machtiging daarvoor, over te nemen. In het kader van positieve patiëntenbejegening en administratievelastenverlichting dient een en ander te worden opgelegd. Overigens is het voornemen om de overstaptermijn te verkorten naar twee maanden onverstandig. Wanneer kan de Kamer de wetswijzigingen verwachten waarin de overstap met hulpmiddelen wordt geregeld en de verlaging van de zorgtoeslag met terugwerkende kracht ongedaan wordt gemaakt?

De structuur van het CVZ schijnt te veranderen. Kan de minister aangeven waarom dat noodzakelijk is?

Is voor zeevarenden een akkoord bereikt over compensatie, al dan niet binnen het zorgstelsel?

Kan de minister aangeven hoe MVV'ers in Nederland verzekerd zijn tot het moment dat zij een definitieve verblijfstatus krijgen?

De heer **Vendrik** (GroenLinks) stelt het verschil aan de orde tussen onverzekerden, wanbetalende verzekerden, die het risico lopen om onverzekerd te raken, en onverzekerbaren, de groep illegalen. Het resultaat van het overleg met Zorgverzekeraars Nederland over wanbetalers is op een aantal punten sympathiek. Het algemene probleem van wanbetalers blijft echter onbelicht en wordt niet aangepakt. De oplossing ligt niet in goede incassotrajecten maar in hulp bij schuldsanering en in samenwerking met sociale diensten. Het achterlopen op premiebetaling staat immers meestal niet op zich; vaak zijn er ook problemen met huur- en energiebetalingen aan de orde. Is de minister bereid om in te zetten op een doorgeleiding van contacten van zorgverzekeraars naar hulpinstanties?

De onverzekerbaren – illegalen – kunnen vanwege het gemis van een legale status geen enkele verzekering aanvragen. De problemen daaromtrent betreffen niet zozeer de verzekeringsmaatschappijen, als wel degenen die opdraaien voor de kosten van de zorg voor deze groep. Gekissebis over termen zoals «medisch noodzakelijke zorg», «acute zorg» en «zorg die terstond nodig is» neemt niet weg dat in de praktijk illegalen door ziekenhuizen geweigerd worden voor behandeling. In het debat over de Koppelingswet in 1996 stelde voormalig minister Borst-Eilers dat de zorg waar mensen met een illegale status recht op hebben, omschreven moet worden als medisch noodzakelijke zorg. In een brief van 2 juli 1999 over hetzelfde onderwerp staat echter dat is afgestapt van het aanvankelijke voornemen om de gezondheidszorg alleen open te stellen voor illegalen in het geval van medische zorg ter afwending van acute, levensbedreigende klachten. In plaats daarvan is gekozen voor de term «medisch noodzakelijke zorg». De voormalig minister stelde dat in feite alle medische hulp die door erkende zorgverleners wordt aangeboden, geïndiceerde hulp is. Volgens haar valt vrijwel alle zorg die in het verstrekkingenpakket van de sociale ziektekostenverzekeringen is opgenomen daaronder; alleen voor cosmetische ingrepen en genderoperaties wordt een uitzondering gemaakt. De huidige minister van VWS heeft op 23 mei 2005 aangegeven dat hij zich geheel aansluit bij de woorden die mevrouw Borst-Eilers gesproken heeft in de debatten. Zorg voor illegalen moet dus meer zijn dan acute zorg. «Medisch noodzakelijk» is het enige begrip dat geldt. De beoordeling van artsen of het terstond verlenen van zorg medisch noodzakelijk is, is niet relevant voor de interpretatie van de Koppelingswet.

De kortdurende, op genezing gerichte ggz wordt ondergebracht onder de Zorgverzekeringswet, inclusief het pgb waarvoor mensen kunnen kiezen. Gevreesd wordt dat de keuzevrijheid daarbij niet wordt behouden en de pgb-aanspraken in het geding komen. Kan de minister aangeven of deze vrees gegrond is?

Het vereveningsstelsel is de hoeksteen van het nieuwe zorgstelsel en verdient in dat kader een opknopbeurt. Als ondergrens van een klacht geldt bijvoorbeeld het bedrag van € 500; aandoeeningen die minder kosten

met zich meebrengen, kunnen dus niet verhaald worden op het vereveningsfonds.

Uit economisch statistische berichten blijkt dat verzekeraars in het afgelopen jaar onder de kostprijs hebben gewerkt. Financiële reserves zijn met name door particuliere verzekeraars daarvoor aangewend. Wat is de visie van de minister daarop?

Onlangs is weer een grote fusie tussen zorgverzekeringsmaatschappijen aangekondigd. De minister reageert daar nauwelijks op en verwijst voor nader onderzoek naar de NMa. Is de minister bereid om aan te geven waar de toelaatbaarheidsgrens ligt met betrekking tot fusies door verzekeraars?

### **Antwoord van de minister**

De **minister** beschouwt de toename van het consumentenvertrouwen en het aantal consumptieve bestedingen als een indicatie dat de nieuwe Zorgverzekeringswet goed is ingevoerd. Aanvankelijk was meer dan de helft van de bevolking ervan overtuigd dat het nieuwe zorgstelsel zou leiden tot een achteruitgang in inkomen. Nu is duidelijk dat veel mensen er juist in inkomen op vooruit zijn gegaan, waardoor de uitgaven stijgen. De stelling dat de zorguitgaven onder de paarse kabinetten binnen de financiële kaders zijn gebleven, is onjuist. De zorguitgaven zijn vier jaar lang overschreden. Dankzij de beperkte uitgaven van andere ministeries konden de zorguitgaven toen worden gecompenseerd. Gedurende twee jaar zijn de zorgkosten zelfs explosief gestegen, met 12%, gedeeltelijk vanwege – noodzakelijke – loonstijgingen, maar ook voor een groot gedeelte vanwege onduidelijke oorzaken. In de laatste twee jaar was de groei van de zorguitgaven gemiddeld 3%, een duidelijke vooruitgang op die groei van 12% onder Paars II.

Met een premiestijging van 3% is bedoeld op het totaal, dus op de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage en de AWBZ-premie. Het zou onzinnig zijn om het percentage van 3 te noemen ten aanzien van alleen de nominale premie omdat in het Centraal Economisch Plan van het CPB van april 2006 al een premiestijging van € 130 is voorzien. In de wet staat dat de verhouding tussen de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie 50/50 moet zijn. Overigens is die inkomensafhankelijke bijdrage niet alleen een zaak van werkgevers, maar ook van werknemers en gepensioneerden. De afspraak voor deze verhouding is gemaakt om te voorkomen dat de rekening uiteindelijk verschuift naar de ene of de andere partij. Inmiddels is gebleken dat de nominale premie veel lager is geworden dan was verwacht; dat verschil moet gecompenseerd worden met de verhouding in het volgende jaar. De daling van de nominale premie in dit jaar leidt daarmee wel tot een extra verhoging van de nominale premie in het volgende jaar, hetgeen de stabiliteit van de premieontwikkeling niet ten goede komt. Met andere departementen wordt dan ook besproken of het verstandig is om dat inhaaleffect jaarlijks door te berekenen. De Kamer wordt geïnformeerd over de manier waarop hiermee wordt omgegaan zonder van het principe van een 50/50-verhouding af te stappen. Voor zover mogelijk zal daarbij ook ingegaan worden op de ontwikkeling van het vereveningsfonds in 2006 en de algemene beleidsconclusies die daaruit worden getrokken.

De fusies van de zorgverzekeringsmaatschappijen worden gevolgd door de NMa, een zelfstandig bestuursorgaan. Inmenging van de minister is daarbij niet aan de orde. Overigens was het volstrekt te verwachten dat organisaties in de markt zouden samengaan; dat was ook voorspeld. De NMa ziet erop toe dat de markt niet dichtschroeit door het aantal fusies. Er moet sprake blijven van goede concurrentie, hetgeen goed mogelijk is met vier grote zorgverzekeraars en een aantal middelgrote zorgverzekeraars. Desgevraagd benadrukt de minister dat het niet aan hem is maar aan de NMa om de maximaal toegestane grootte van een zorgverzeke-



ringsmaatschappij te bepalen. De Kamer wordt geïnformeerd over de kaders die de NMa daarbij hanteert en de visie van de minister daarop. Met de zorgverzekeraars is een globale oplossing voor het probleem van de wanbetalers gevonden. In de eerste zes maanden van het uitblijven van premiebetaling blijven zorgverzekeraars volledig verantwoordelijk voor hun verzekerden in die zin dat zij het reguliere incassotraject in gang zetten. De verzekeraars kunnen niet al na drie maanden wanbetaling de verzekerde royeren. De verantwoordelijkheid van de verzekeraars wordt hiermee fors vergroot. Na die zes maanden valt de wanbetaler onder een verzaamd regime; deze wordt sneller gewezen op premieachterstand. In die periode kan de verzekerde niet van verzekering veranderen omdat hij anders het incassotraject kan ontvluchten. De verzekeraars hebben zich voorgenomen om voor verzekerden in die periode een gezamenlijk incassobeleid te voeren, bijvoorbeeld aan de hand van een gezamenlijk incassobureau. De periode van het verzaamd regime kan een jaar duren en gedurende die tijd willen de verzekeraars gecompenseerd worden voor eventuele wanbetaling. Die compensatie wordt gezocht in het vereveningsfonds. Als na anderhalf jaar nog steeds sprake is van wanbetaling, kan de verzekeraar de dekking opzeggen. Verzekerden moeten dan een andere verzekeraar zoeken, waarbij de acceptatieplicht geldt.

De afspraken over wanbetalers worden vastgelegd in een wetswijziging. Tegen die tijd zijn gegevens bekend over de aantallen wanbetalers. Daarbij kan geen onderscheid gemaakt worden tussen moedwillige en noodgedwongen wanbetalers want daarin kan op geen enkele manier inzicht in worden verkregen. Anderhalf jaar na invoering van de wetswijziging kan worden geëvalueerd hoe de maatregelen werken. Wellicht kan daarop een versoepeling volgen. Deze punten, en dat van de Wet bescherming persoonsgegevens bij het oprichten van een gezamenlijk incassobureau, kunnen worden besproken bij de behandeling van de wetswijziging. De IGZ is ingeschakeld na de melding van twee Rotterdamse huisartsen dat patiënten worden geweigerd door ziekenhuizen voor behandeling. Deze heeft onlangs meegedeeld dat de Rotterdamse ziekenhuizen altijd spoedeisende hulp bij levensbedreigende situaties verlenen. In niet spoedeisende gevallen wordt de medische noodzaak van zorg vastgesteld door een arts. Deze benadering is vastgelegd in een beleidsregel die door Rotterdamse ziekenhuizen is aangenomen. De mogelijke oorzaak van het probleem tussen de ziekenhuizen en de straatdokters is een verschillende interpretatie van het uitgangspunt dat een medicus vaststelt of sprake is van medisch noodzakelijke zorg. De ziekenhuizen gaan ervan uit dat de medische noodzaak wordt vastgesteld door een arts van het ziekenhuis, terwijl de straatdokters van mening schijnen te zijn dat zij die zelf vaststellen. Desgevraagd geeft de minister aan dat aan illegalen die in levensbedreigende situaties verkeren, spoedeisende hulp moet worden verleend. Het is evenwel logisch dat ziekenhuizen trachten om illegalen te laten betalen voor zorg. De minister stelt dat illegalen eigenlijk gewoon naar huis moeten.

Het oprichten van een algemeen waarborgfonds is op dit moment niet noodzakelijk. Zorgverleners zijn voorstander van een waarborgfonds omdat op die manier op gemakkelijke wijze rekeningen kunnen worden ingediend, maar zij kunnen niet op voorhand van de plicht ontheven worden om rekeningen te innen bij moeilijke debiteuren. Degenen die netjes hun premie betalen, mogen niet lijden onder degenen die niet hun rekeningen betalen en op die manier de premies laten stijgen. Het Koppelingsfonds en de beleidsregel dubieuze debiteuren dienen als waarborgen voor kosten die bijvoorbeeld gemaakt zijn voor illegalen. Deze instrumenten functioneren voldoende. Wanneer wordt overgegaan naar een nieuwe financieringsystematiek van de ziekenhuizen kan worden gezien of aanpassing noodzakelijk is.

Op het punt van de declaratieproblematiek van huisartsen is veel vooruitgang geboekt. Tussen contractpartijen, zoals Fa-med en huisartsen, is nog

sprake van problemen maar die liggen in de sfeer van de contracten. Mogelijk wordt daarvoor de gang naar de rechtbank gevolgd. De overheid heeft daar echter geen bemoeienis in. Zoals toegezegd heeft bestuurlijk overleg plaatsgevonden tussen Zorgverzekeraars Nederland, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en het departement van VWS. Daarin zijn afspraken gemaakt, die op een goede manier worden nagekomen. Het volgende bestuurlijk overleg is gepland voor 29 juli 2006. De Kamer wordt geïnformeerd over de uitkomsten daarvan. Signalen van misstanden worden door de veegploeg en de helpdesk van VECOZO opgepikt en behandeld.

De problemen met tandartsen, fysiotherapeuten en kraamzorg zijn veel minder omvangrijk dan die met de huisartsen. In de afgelopen tijd zijn in de media alleen maar positieve berichten verschenen over de gang van zaken met de tandartsen. Weliswaar heeft de meerderheid van de tandartsen geen contracten gesloten met zorgverzekeraars, maar de tarieven zijn door het CTG vastgesteld en declaraties worden, al dan niet op grond van een aanvullende verzekering, vergoed.

De betalingsbalans in relatie tot het buitenland was eerst gunstig en neigt tegenwoordig naar neutraal.

Ten aanzien van de premiebetaling van Nederlanders die in het buitenland wonen, worden geen handhavingsproblemen verwacht. Na toepassing van de woonlandcorrectie kan de premie immers bij de bron worden ingehouden. Op vragen van het lid Heemskerk over het weergeven van deze gegevens in de begroting, zegt de minister toe dat hij zal nagaan op welke manier daarover kan worden gerapporteerd.

Studenten in het buitenland betalen volgens het besluit uitbreiding/beperking kring van verzekerden uit 1999 geen dubbele premie. Studenten tot 30 jaar blijven verzekerd voor de AWBZ en daarmee ook voor de zorgverzekering. Het is wel mogelijk dat als zij in het buitenland erbij gaan werken, zij onder de wetgeving van het verblijf land vallen. Aangezien het dan waarschijnlijk om bijbaantjes gaat, zullen daar geen grote bedragen mee gemoeid zijn. De minister zal samen met het CVZ bezien of de informatievoorziening hierover helder genoeg is. Overigens zal coulançe met de boetebetaling worden betracht ten aanzien van studenten die dubbel verzekerd zijn en die al verzekerd waren voor 31 december 2005. De invloed van verzekerden op het bestuur van zorgverzekeraars is nog niet in alle gevallen in de statuten opgenomen. De Nederlandse Zorgautoriteit NZa erkent dat ook en heeft de desbetreffende verzekeraars tot 1 november de kans geboden om een en ander alsnog goed te regelen. Na 1 november zal bekend worden gemaakt welke verzekeraars het punt nog niet hebben opgenomen in de statuten, zodat verzekeraars daarmee rekening kunnen houden bij het afsluiten van een verzekering. Koppelverkoop van basisverzekering en aanvullende verzekering wordt nauwlettend gevolgd door de NZa. Wanneer de wet wordt overtreden moet daarop worden ingegrepen.

De daling van het aantal beroepszaken bij het CVZ heeft mogelijk te maken met het grote aantal klachten dat eerder is neergelegd vanwege de ingrepen in het pakket. Dat betrof een eenmalige hausse.

Met Zorgverzekeraars Nederland zijn afspraken gemaakt over de overstap-service, het overstappen op een andere verzekeraar. De Kamer wordt geïnformeerd over concrete voorstellen die daarvoor worden gedaan. Over het verdwijnen van patiëntenbestanden is bij de minister niets bekend. Hij laat zich daarover informeren.

Het overnemen van hulpmiddelen bij het overstappen op een andere verzekeraar is niet permanent geregeld in de veronderstelling dat daaraan goed vorm wordt gegeven in de praktijk. Vooralsnog is het niet de bedoeling om verzekeraars een volgende verplichting op te leggen. De minister zal bezien hoe een en ander in de praktijk verloopt en dat onderwerp bij de evaluaties van het zorgstelsel meenemen. Vooruitlopend daarop zal de Kamer bij brief geïnformeerd worden over de vraag of een verzekerde bij

het overstappen op een andere verzekeraar mag eisen dat zijn hulpmiddel vergoed wordt tot het aflopen van de machtiging, ook als dit bij een andere afnemer dan de vaste afnemer van de nieuwe verzekeraar is aangeschaft.

De in Nederland wonende gepensioneerde grensarbeiders zijn als een van de weinige groepen erop achteruitgegaan met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Zij hadden meer baat bij het oude systeem omdat zij toen niet verzekerd waren ingevolge de Ziekenfondswet. Zij betaalden in België en Duitsland een geringe premie maar hadden in Nederland recht op het volledige pakket. Het is goed dat die onrechtvaardigheid ongedaan is gemaakt.

Er is geen officiële commissie van buitenlandse deskundigen die adviseert over de risicoverevening. Wel bestaat er een netwerk van wetenschappers uit landen die met risicoverevening werken, namelijk België, Duitsland, Zwitserland, Israël en Nederland. Zij komen jaarlijks bijeen om de ontwikkelingen in hun landen te bespreken en daaruit conclusies voor de toekomst te trekken. Op die manier wordt vanuit het buitenland geadviseerd over het Nederlandse zorgstelsel.

Het pgb heeft met betrekking tot thuisdialyse geen meerwaarde. Men kan voor dialyse immers alleen terecht bij een dialysecentrum. Bovendien werd dialyse voorheen niet uit de AWBZ betaald; dialyse werd dubbel gefinancierd, via de Ziekenfondswet en via de AWBZ. Die situatie is hersteld. De markt voor hulpmiddelen is in ontwikkeling. Onder de Ziekenfondswet is op dat punt al eens een experiment uitgevoerd waarbij het pgb geen meerwaarde bleek te hebben ten opzichte van een restitutiesysteem.

Voor de NAVO-medewerkers geldt een optiesysteem. Zij kunnen kiezen voor alle sociale verzekeringen of geen enkele.

Het is onduidelijk of mensen onvoldoende geïnformeerd zijn over het bestaan van de geschillencommissies. Eventuele nadere maatregelen worden gezien.

Er wordt in het volgende jaar een overstaptermijn van twee maanden gehanteerd. Die termijn is ruim voldoende om een bewuste keuze te maken. In de overgang naar een nieuw systeem was dit jaar een langere periode nodig, maar een dergelijk lange termijn moet in de toekomst worden voorkomen.

De bestuursstructuur van het CVZ wordt veranderd omdat het ondoenlijk is om een bestuur van zeven tot negen personen als aanspreekpunt te laten fungeren. Het bestuur wordt teruggebracht tot drie leden die direct verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse gang van zaken.

Met de zeevarenden wordt nagegaan wat de daadwerkelijke kosten zijn. De Kamer wordt daarover geïnformeerd.

Zolang over de aanvraag van een verblijfsvergunning niet is beslist, zijn MVV'ers aangewezen op een particuliere verzekering. Het is goed mogelijk om die af te sluiten, hoewel de kosten daarvan wat hoger zijn dan voorheen.

### **Nadere gedachtewisseling**

De heer **Heemskerk** (PvdA) constateert dat de minister ten aanzien van de premieverrekeningen af wil van het jojo-effect. Richt hij zich daarbij op 2007 of 2008?

Mevrouw **Arib** (PvdA) merkt op dat er een discrepantie bestaat tussen hetgeen de minister ervaart en hetgeen de mensen op de werkvloer ervaren met de nieuwe Zorgverzekeringswet. Hij negeert en bagatelliseert de problemen.

De veegploeg houdt zich bezig met de punten die door de LHV worden aangedragen, maar van individuele huisartsen komen ook veel berichten over de grote administratieve lasten. De minister houdt vol dat het om

aanloopproblemen gaat, maar dat is niet het geval want de problemen houden aan. Is de minister bereid om op dit punt de regie ter hand te nemen?

Op het punt van de IGZ voor de volksgezondheidszorg en de melding van de Rotterdamse straatartsen is het bezwaarlijk dat de minister beschikt over een rapport waarover de Kamer niet beschikt. Kan de minister dat rapport toesturen? Overigens is de opmerking van de minister dat illegalen gewoon naar huis moeten ongepast. Hij kan niet via zijn ministerie invloed uitoefenen op het migratiebeleid; die portefeuille behoort toe aan een andere minister.

Kan de minister in een brief ingaan op het beleid ten aanzien van hulpmiddelen? Op dat punt is veel winst te boeken.

De heer **Van Bommel** (SP) gaat ervan uit dat de conclusie van de minister na onderzoek van de situatie bij Achmea zal zijn dat zorgverleners noch patiënten daar de dupe van mogen worden.

Op de declaratieproblematiek en het punt van de bevoorschotting is de minister niet ingegaan. Is de minister bereid om er bij de zorgverzekeraars op aan te dringen dat de bevoorschotting een maand langer doorloopt, minimaal tot 1 augustus?

Over de hulpmiddelen kan veel informatie worden verschaft omdat er al veel bekend is. Zorgverzekeraars hoeven de machtiging niet over te nemen van de vorige verzekeraar waardoor mensen hun hulpmiddel moeten inleveren. Kan de minister zich op korte termijn tegen deze praktijk uitspreken?

Mevrouw **Schippers** (VVD) merkt op dat ook in andere overleggen steeds het onderwerp van fusies, de rol van de NMa enzovoorts aan de orde komt. Is de minister bereid om in zijn brief over de kaders die de NMa hanteert, breder in te gaan op het onderwerp?

Ten aanzien van de motie-Schippers over het PGB in de zorg is het vreemd dat er zoveel overlegd wordt maar er toch een groot gat blijft in de informatie die bij overlegpartners en het ministerie aanwezig is. Uit het voorbeeld van de thuisdialyse blijkt de onwetendheid van de minister, want het gaat niet om thuisdialyse maar om hulp bij thuisdialyse. Bij thuisdialyse komt innovatie aan de orde en de behandeling is patiëntvriendelijker. Met het pgb zouden aanbieders de mogelijkheid krijgen om een voet op de markt te zetten. De minister lijkt daar allemaal geen wetenschap van te hebben. Mevrouw Schippers zal daarom haar motie in stemming laten brengen.

Mevrouw **Smilde** (CDA) steunt mevrouw Schippers op het punt van de motie over het pgb in de zorg.

Kan de minister ingaan op de problemen rond Antilliaanse en Arubaanse studenten in Nederland? Is de problematiek rond ex-verdrachtsgerechtigden geregeld?

Wat betreft de geschillencommissies moeten mensen stelselmatig geïnformeerd worden over het bestaan daarvan.

De heer **Omtzigt** (CDA) herhaalt dat hogerisicoverevening een oplossing kan betekenen voor een kleine groep patiënten.

De minister brengt het aantal bestuursleden van het CVZ terug naar drie. Dat verschilt van het advies van de commissie-Kohnstamm. Het verdient de voorkeur dat de minister dergelijke beslissingen, en zijn motivatie daarvoor, formeel onder de aandacht van de Kamer brengt.

Het antwoord van de minister ten aanzien van MVV'ers is duidelijk.

Worden mensen uit het verre buitenland op de hoogte gesteld van de manier waarop dergelijke verzekeringen kunnen worden afgesloten?

De **minister** zegt toe, het rapport van de IGZ over de melding van de Rotterdamse straatartsen naar de Kamer te sturen.

Met het bezien van het jojo-effect van de zorgpremies wordt uitdrukkelijk gekeken naar het jaar 2007. Daarover moet met de andere ministers, in het bijzonder de minister van Financiën, worden gesproken.

Als huisartsen problemen ervaren, dan moeten zij die melden bij de veegploeg. Deze komt binnenkort weer bij elkaar om de problemen te bespreken. Het streven van alle partijen was gericht op elektronisch declareren vanaf 1 juli, zonder bevoorschotting. Volgens de informatie is die datum nog steeds haalbaar, maar daarover moeten de partijen in het volgende bestuurlijk overleg spreken.

De minister vindt het onverstandig om opnieuw in te gaan op het punt van de NMa en dergelijke in den brede. Daarover is al veel informatie verstrekt en een herhaling van debatten en brieven is ongewenst.

Het is vreemd dat partijen over het pgb hebben overlegd maar er toch veel verschil in interpretatie van de uitkomst van die gesprekken is. De minister zal bezien of op dat punt een nadere afweging aan de orde moet zijn.

Ook het punt van de Arubaanse en Antilliaanse studenten zal nader worden bezien.

De FPU'ers zijn wat de zorgverzekering betreft identiek aan de vutters.

De postactieve militairen vallen onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Defensie. De Kamer wordt schriftelijk geïnformeerd of voor deze groep het principe van terugwerkende kracht wordt gehanteerd.

Reparatiewetgeving wordt na de zomer naar de Kamer gestuurd. Ook over het bestuur van het CVZ wordt nadere informatie naar de Kamer gestuurd.

Het punt van de hogerisicoverevening wordt nader bezien.

In een toekomstige voortgangsrapportage wordt ingegaan op de MVV'ers.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Blok

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen