Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2006–2007

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)

Nr. 7

VERSLAG

Vastgesteld 23 februari 2007

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport[1], belast met het voorbereidend onderzoek van bovenstaand wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.
Onder het voorbehoud dat de regering de vragen en opmerkingen in dit verslag afdoende zal beantwoorden, acht de commissie de openbare behandeling van het voorstel van wet voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave **blz.**

ALGEMEEN **1**

Inleiding 1
Verzwaring incassoregime premie zorgverzekering 2
Academische component 9
Overgangsmaatregel ziektekostenverzekering groep ex-Wtz-ers 10
Verwerking van persoonsgegevens door CVZ en ziektekostenverzekeraars 11
Wijziging van de zorgtoeslag 11
Wijziging bestuursmodel en werkwijze colleges 12
Financiële aspecten en administratieve lasten 13

Artikelsgewijs 13

ALGEMEEN

Inleiding

De leden van de **CDA**-fractie hebben kennis genomen van het wetsvoorstel. Zij constateren dat de regering eigenlijk vijf wetgevingsonderdelen tegelijk voorstelt in één wetsvoorstel. Deze leden hebben niet een eensluidend oordeel over alle vijf de onderdelen die, zoals de regering terecht opmerkt, afzonderlijke wetsvoorstellen zouden kunnen zijn.

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben kennis genomen van de verschillende maatregelen die nodig zijn om de werking van het ziekte-

[1] Samenstelling:
Leden: Van der Vlies (SGP), Atsma (CDA), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), fng. voorzitter, Ferrier (CDA), Joldersma (CDA), Eijsink (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Voordewind (CU), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Van Gijlswijk (SP), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Vacature (algemeen).
Plv. leden: van der Staaij (SGP), Çörüz (CDA), Azough (GL), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Van Hijum (CDA), Haverkamp (CDA), Spekman (PvdA), Verdonk (VVD), Griffith (VVD), De Pater-van der Meer (CDA), Van der Ham (D66), Gill'ard (PvdA), Van de Camp (CDA), Langkamp (SP), Jacobi (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Blom (PvdA), Kamp (VVD), De Wit (SP), Thieme (PvdD), Graus (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA) en Ormel (CDA).

KST105499
0607tkkst30918-7
ISSN 0921 - 7371
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2007

kostenstelsel te optimaliseren. Zij hebben begrip voor het feit dat gekozen is om deze maatregelen als één wijzigingsvoorstel aan te bieden, al gaat het om wel heel verschillende onderwerpen.

De leden van de **VVD-**fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel dat ten behoeve van een goede werking van het zorgstelsel op enkele punten aanvullende wettelijke regels stelt. De bundeling van verschillende regels in één wetsvoorstel is een pragmatische keuze en wordt door hen gesteund. Wel hebben deze leden nog een aantal vragen te stellen en kanttekeningen te plaatsen, die in de loop van dit verslag aan de orde worden gesteld.

De leden van de **PVV**-fractie hebben met interesse kennis genomen van de inhoud van voorliggend wetsvoorstel. Zij plaatsen in het vervolg van dit verslag een groot aantal vragen en opmerkingen waarop zij graag de reactie van de regering wensen te ontvangen.

De leden van de **SGP**-fractie kunnen zich op hoofdlijnen vinden in de voorgestelde maatregelen, maar willen nog wel een aantal vragen stellen bij enkele maatregelen in het wijzigingsvoorstel voor de Zorgverzekeringswet.

Verzwaring incassoregime premie zorgverzekering

De leden van de **CDA**-fractie delen de mening van de regering dat het haar taak is te bevorderen dat niemand in het nieuwe stelsel onverzekerd is. Dat verhoogt de solidariteit omdat iedereen premie betaalt, en verlaagt de kans dat mensen noodzakelijke zorg niet op tijd krijgen, en zo een bijdrage wordt geleverd aan de volksgezondheid.
Door middel van de Kamerbreedgesteunde motie-Omtzigt c.s. (30 800 XVI, nr. 78), ingediend tijdens de behandeling van de VWS-begroting 2007, hebben de leden van de CDA-fractie ook het initiatief genomen voor een analyse en een plan van aanpak om het aantal onverzekerden zo snel mogelijk terug te dringen. Het is juist die analyse van de oorzaken en het effect van de maatregelen die niet helder naar voren komen in het voorliggende wetsvoorstel. Mensen zijn ten principale verantwoordelijk voor het betalen van hun premie. Gelukkig betaalt 98% van de mensen hun premie ook op de juiste manier. Een regeling voor wanbetalers moet de kosten niet afwentelen op mensen die regulier hun premie betalen en er tegelijkertijd voor zorgen dat het aantal wanbetalers en onverzekerden daalt.
Het wetsvoorstel start bij het «protocol incassotraject wanbetalers zorgverzekeringswet»; een overeenkomst tussen zorgverzekeraars. De leden van de CDA-fractie zouden graag officieel kennis nemen van dit stuk, dat zij overigens wel op het internet hebben gevonden. Zij vragen de regering welke status dit protocol heeft in het wetgevingsproces en meer specifiek of vertegenwoordigers van vermeende wanbetalers ook een rol hebben gespeeld bij de opstelling van dit protocol. Heeft bijvoorbeeld de Consumentenbond of de NPCF een rol gespeeld bij het tot stand komen van dit protocol, om daarbij ook de belangen van mensen in de gaten te houden die terecht of ten onrechte beschuldigd worden van wanbetaling?
De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering het protocol aan de Kamer te doen toekomen, en daarbij aan te geven wat zij vindt van de daarin voorgestelde maatregelen.
Met name vragen zij de regering daarbij in te gaan op de volgende vragen:
Deelt de regering de mening van de leden van de CDA-fractie dat er tenminste twee aanmaningen moeten zijn en een minimum betalingsachterstand voordat een verzekerde zich in het verzwaarde incassoregime bevindt? Daarmee maak je namelijk onderscheid tussen mensen die iets vergeten en mensen die echt wanbetaler zijn. Hoe wordt iemand met een

betalingsachterstand geïnformeerd over het traject? Dit zou namelijk ook een zekere afschrikkende werking kunnen hebben.
Op welke wijze en bij welke onafhankelijke instantie kan iemand bezwaar maken als hij/zij vindt dat ten onrechte gebruik wordt gemaakt van het verzwaarde incassoregime, bijvoorbeeld bij een conflict over uitschrijving uit de oude verzekering en het dus ongewild dubbel verzekerd zijn? Welke specifieke maatregelen worden genomen ten aanzien van mensen die failliet zijn verklaard en/of onder de Wet schuldsanering natuurlijke personen vallen?
De zorgtoeslag is weliswaar beslagvrij, maar kunnen mensen ook effectief over hun zorgtoeslag beschikken en hoe is gegarandeerd dat mensen, die een hoog verzamelinkomen hebben onder de WSNP (omdat ze werken) en dus geen zorgtoeslag, hun premie kunnen betalen?
Waarom worden langdurig gedetineerden genoemd als een groep met oninbare vorderingen? In artikel 24 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) staat immers dat de zorgverzekering wordt opgeschort tijdens detentie om vervolgens bij vrijlating te herleven. Kunnen cijfers worden gegeven van het aantal gedetineerden dat desondanks zijn oude verzekering behoudt, omdat ze niet weten dat ze de verzekering zelf moeten laten opschorten? Wordt iemand bij het in detentie nemen erop gewezen dat hij/zij een brief moet/kan schrijven om zijn verzekeringsplicht op te schorten en zijn hierover afspraken gemaakt tussen de verzekeraars en het ministerie van Justitie?
De leden van de CDA-fractie zouden graag vertrekken bij een analyse over hoe alle partijen gebaat zijn bij een zo laag mogelijk aantal verzekerden, en verzoeken de regering in te gaan op de volgende vragen:
Welke prikkels krijgen mensen die wanbetaler zijn om op tijd te betalen? Na hoeveel maanden wordt bijvoorbeeld de uitbetaling van de zorgtoeslag bij wanbetalers stopgezet? Bestaan er regelingen waardoor mensen kunnen vragen om hun achterstallige zorgtoeslag samen met een eigen betaling rechtstreeks naar de verzekeraar over te maken, zodat zij in één keer van wanbetaler een reguliere betaler worden?
Welke prikkels ondervinden verzekeraars na een half jaar om de premie ook werkelijk te incasseren? De leden van de CDA-fractie verbazen zich er namelijk over dat zij de volledige premie vergoed krijgen uit het vereveningsfonds, en dat hier tot € 40 mln. mee gemoeid is in 2006. Onder de oude wet werd gemiddeld pas na een jaar geroyeerd, dus waarom neemt de overheid de premie al na een half jaar voor haar rekening?
Wat gebeurt er met deze betalingen wanneer iemand zijn premie-achterstand alsnog inloopt?
Welke prikkels ondervinden mensen die in het geheel niet verzekerd zijn om zich opnieuw te verzekeren? Worden zij actief opgespoord en geholpen om een verzekering af te sluiten voordat de boetes te hoog worden?
Bij eerdere overleggen hebben de leden van de CDA-fractie er vaak op aangedrongen om specifieke acties te richten op groepen, die wellicht uit onhandigheid, onkunde en onbekwaamheid handelen. Welke acties zijn hier ondernomen voor bijvoorbeeld mensen zonder vaste woon- en verblijfsplaats en mensen, die psychische problemen hebben?
De leden van de CDA-fractie vragen de regering aan te geven hoe de acceptatieplicht onverkort van toepassing is op mensen die geen uitschrijfbewijs kunnen laten zien met de vermelding dat aan alle premiebetalingen is voldaan. Welke maatregelen mag een nieuwe verzekeraar nemen tegenover iemand die niet kan aantonen dat hij zijn premiebetalingen heeft voldaan bij de oude verzekering?
In dit verband vragen deze leden ook een toelichting op het recht van een verzekeraar om een verzekerde vijf jaar lang te weigeren, wanneer hij geroyeerd is vanwege het niet nakomen van premiebetalingen. Wat is hier de definitie van een verzekeraar? Is dat een verzekeraar, die onder één

naam een verzekering aanbiedt, of is dat een heel verzekeringsconglomeraat?
De leden van de CDA-fractie missen een visie op hoe mensen, die geroyeerd zijn door hun zorgverzekeraar, zich opnieuw zullen verzekeren en ontvangen daarover graag een toelichting van de regering. Want het moet uitdrukkelijk mogelijk en aantrekkelijk zijn om, als je onverzekerd bent, je weer aan te melden voor een verzekering. Hoe zal de regering dat bevorderen, zowel voor mensen die al sinds 1 januari 2006 onverzekerd zijn of mensen die geroyeerd zijn?

De leden van de fractie van de **PvdA** kunnen zich vinden in het streven van de overheid om een extra inspanning te verrichten om diegenen te beschermen die toch om wat voor reden dan ook, onverzekerd raken.
In een brief van 13 december 2005 (29 689, nr. 47) schrijft minister Hoogervorst dat hij verwacht dat het aantal onverzekerden laag zal zijn, door de acceptatieplicht, de afspraken met zorgverzekeraars, de voorlichting en de opsporing. In deze brief neemt de minister een aantal aanbevelingen van de werkgroep onverzekerden over. Kan in een overzicht precies worden aangegeven in hoeverre deze toezeggingen om aanbevelingen over te nemen en specifieke maatregelen te nemen om het aantal onverzekerden zo laag mogelijk te houden, daadwerkelijk in de praktijk zijn gebracht?
De leden van de fractie van de PvdA vinden het belangrijk dat er nu eindelijk duidelijkheid komt over het aantal onverzekerden. In hoeverre is er nu zicht op het aantal niet-betalers? Wordt nog steeds uitgegaan van 182 000 onverzekerden? Wanneer kan een definitief aantal worden genoemd? Hoe kan deze groep worden uitgesplitst?
De leden van de fractie van de PvdA zijn van mening dat onderscheid gemaakt moet worden tussen mensen die niet willen betalen en mensen die de premie niet kunnen betalen. Om hoeveel mensen gaat het in deze beide groepen? Wat is precies gedaan om deze mensen te bereiken? Welke mogelijkheden zijn er voor mensen met een laag inkomen die, ondanks de zorgtoeslag, niet in staat zijn de premie te betalen? Welke oplossingen zijn door verzekeraars gezocht om deze mensen wel in staat te stellen om de premie te betalen, bijvoorbeeld via een traject van schuldsanering? Is in het protocol incassotraject wanbetalers, behalve een fase 1/regulier incassoregime en een fase 2/verzwaard incassoregime iets opgenomen over de wijze waarop verzekeraars mensen die niet (kunnen) betalen toch kunnen helpen c.q. stimuleren hun betalingsachterstand te voldoen? Of stuurt een verzekeraar alleen een maandelijkse aanmaning?
De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom wordt gesteld dat het pakket maatregelen dat nu wordt voorgesteld zowel in het belang is van de verzekeringsnemers als van de verzekeraars. Zij menen dat de voorgestelde maatregelen toch vooral gericht zijn op verzekeraars, zeker wanneer wanbetalers mensen zijn die wel een ziektekostenverzekering zouden willen betalen, maar daar financieel niet toe in staat zijn.
De leden van de fractie van de PvdA kunnen zich vinden in het streven een carrousel van wanbetalers te voorkomen. Zij hebben echter grote moeite met het feit dat het daarmee de vraag wordt of mensen hun recht op zorg ook verwezenlijkt kunnen zien. Uit de Grondwet en uit internationale verdragen vloeit voort dat de overheid verantwoordelijk is voor een zorgstelsel dat alle Nederlanders toegang geeft tot noodzakelijke, kwalitatief goede zorg. Op welke zorg kunnen mensen die geroyeerd zijn nog rekenen, en wie betaalt dat dan? Welke verantwoordelijkheid hebben verzekeraars hierin en welke verantwoordelijkheid heeft de overheid? De leden van de fractie van de PvdA willen graag precies aangegeven zien op welke wijze wordt gewaarborgd dat mensen de noodzakelijke zorg (uit het basispakket) ook daadwerkelijk krijgen als zij die nodig hebben, ook na de anderhalf jaar die is vastgelegd in het Protocol.
De leden van de fractie van de PvdA vragen of het mogelijk is dat verzekeraars compensatie krijgen voor wanbetalers die meer dan 6 maanden

geen premie hebben betaald, terwijl zij geen zorgkosten hebben vergoed voor deze wanbetalers. Met andere woorden: of het mogelijk is dat verzekeraars compensatie ontvangen, alleen omdat een verzekerde nog bij hen staat geregistreerd. In hoeverre wordt naar verwachting een beroep gedaan op het vereveningsfonds, en in hoeverre wordt daarmee de compensatie voor verzekeraars voor verzekerden met verhoogde gezondheidsrisico's beïnvloed?
De leden van de fractie van de PvdA vragen waarop de eerste schatting van € 25–40 mln. die extra wordt uitbetaald aan zorgverzekeraars is gebaseerd, om hoeveel maal compensatie van de rekenpremie gaat het dan, en voor hoeveel maanden?
De leden van de fractie van de PvdA vragen wat de te verwachten verhoging van de nominale premie en inkomensafhankelijke bijdrage is, gezien de nu bekende cijfers over het aantal wanbetalers. Deze leden zijn van mening dat duidelijk vastgelegd dient te worden welke mate van inspanning van een verzekeraar verlangd mag worden, voordat het inkomstenverlies wordt doorberekend aan de verzekerden, en vragen de regering om een reactie in deze. De leden van de fractie van de PvdA vragen welk beleid verzekeraars voeren. Is dit voor alle verzekeraars gelijk of zijn er verschillen? In hoeverre zijn de verschillende verzekeraars bereid tot betalingsregelingen en schuldsaneringen?
De leden van de fractie van de PvdA vragen voorts of alle verzekeraars hun premieachterstanden hebben gemeld bij het Inlichtingenbureau en zo nee, waarom verzekeraars dat niet hebben gedaan, terwijl dat toch was afgesproken. Wordt informatie eenduidig aangeleverd en wordt de informatie aangeleverd op het niveau van verzekerden of van huishoudens? Zijn verzekeraars bezig een centrale database op te zetten, en zo ja, wanneer wordt deze operationeel? Worden er nog rekeningen door verzekeraars gestuurd naar mensen die zich bij een andere verzekeraar hebben verzekerd? Is de administratie van alle ziektekostenverzekeraars nu op orde? Is het feit dat verzekeraars achterstanden hadden in hun administratie en dus pas laat rekeningen zonden aan verzekerden met achterstallige betaling, een gevolg van het feit dat de nieuwe zorgverzekering onder grote druk werd ingevoerd en verzekeraars onvoldoende tijd hadden om zich goed voor te bereiden?
De leden van de fractie van de PvdA zijn bezorgd over de te verwachten problemen per 1 juli a.s. Sociale Diensten zullen dan mogelijk worden geconfronteerd met mensen die grote premieachterstanden hebben opgebouwd. Deze mensen zijn dan geroyeerd door hun verzekeraar, zij zijn niet verzekerd als zijn noodzakelijke zorg nodig hebben en zij hebben een schuld die niet of nauwelijks is weg te werken. Bestaat deze schuld overigens alleen uit premieachterstand, of worden daar bedragen voor incasso en achterstallige betaling bijgeteld? Zo ja, kan een voorbeeld worden gegeven van de verhouding niet-betaalde premie en overige kosten van iemand die 18 maanden geen premie heeft betaald?
Is de vrees van sociale diensten juist dat per 1 juli a.s. tienduizenden mensen met een grote premieachterstand onverzekerd zullen zijn? Hoe gaat dit opgelost worden, en hoe wordt er voor gezorgd dat mensen die zorg nodig hebben deze wel kunnen krijgen? De leden van de fractie van de PvdA vinden het niet acceptabel dat mensen in het nieuwe stelsel, in tegenstelling tot de situatie onder de Ziekenfondswet, alleen zorg kunnen krijgen in levensbedreigende situaties. Dit heeft, afgezien van persoonlijke gevolgen, immers ook gevolgen voor de kosten van de zorg en kan ook gevolgen hebben voor de volksgezondheid in het algemeen. Zij vragen hoeveel gemeenten een collectieve verzekering voor bijstandsgerechtigden hebben afgesloten en in hoeveel gevallen de nominale premie wordt ingehouden op de uitkering. Zij vragen voorts hoe de financiële tegemoetkoming aan gemeenten voor de administratieve lasten van collectieve verzekeringen en de kosten van voorlichting (€ 5 mln. in 2006) precies zijn besteed.

De leden van de **VVD**-fractie onderschrijven de inzet van de regering om het aantal onverzekerden en wanbetalers zo klein mogelijk te houden. Deze leden realiseren zich dat de verzekeringsplicht, de acceptatieplicht en de gevoelde noodzaak dat iedereen die zorg nodig heeft, deze zorg ook moet kunnen krijgen en dat iedereen ook moet bijdragen aan de kosten van de solidair opgezette ziektekostenverzekering, spanningen oproept. Verzekerden die hun betalingsverplichtingen niet nakomen ondermijnen de solidariteit die met opzet fors in het systeem is gebracht. Dat is kwalijk. Niet alleen de lusten, ook de lasten moeten door iedereen worden gedragen.
De maatregelen worden beschreven tegen wanbetaling. Globaal wordt het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet beschreven. Wat moeten de leden van de VVD-fractie zich precies voorstellen bij een verzwaard incassoregime? Kan dat concreet worden aangegeven? Kan precies worden geschetst hoe zo'n «steeds zwaarder wordend incassoregime» er concreet uitziet? In hoeverre is dit regime afhankelijk van de vrijwillige medewerking van de wanbetaler, en in hoeverre kan betaling worden afgedwongen?
Het is al mogelijk dat de verzekerde vrijwillig zelf besluit de zorgtoeslag rechtstreeks te laten storten bij de zorgverzekeraar. Kan de regering aangeven hoeveel mensen daartoe al hebben besloten? Wat zijn de mogelijkheden om bij aanzienlijke betalingsachterstanden de zorgtoeslag automatisch in te houden en rechtstreeks naar de zorgverzekeraar te storten, tegen de wil van de wanbetaler in? Is dat uitvoerbaar, en zo nee waarom niet? De leden van de VVD-fractie vinden het onbegrijpelijk dat enerzijds sprake is van serieuze wanbetaling die ten koste gaat van alle verzekerden die wel netjes hun premie betalen, en anderzijds de zorgtoeslag nog steeds wordt uitgekeerd terwijl dat wordt gefinancierd door de belastingbetaler. Dat is enerzijds dubbel bloeden en anderzijds dubbel profiteren. Hoe verhoudt dit onderdeel van het wetsvoorstel zich met de passage over de zorgtoeslagverrekening in het nieuwe Coalitieakkoord? Kunnen deze leden nog een nota van wijziging verwachten?
Het wetsvoorstel kiest voor een bewijs van uitschrijving, waarop al dan niet een aantekening wordt gezet die aangeeft of de verzekerde aan zijn betalingsverplichting heeft voldaan. Dit is een behoorlijk omslachtige manier om wanbetalers herkenbaar te maken voor de nieuwe verzekeraar. De leden van de VVD-fractie hebben al bij het ontstaan van dit idee aangegeven hiervoor niets te voelen, maar een zwarte lijst te verkiezen waarop wanbetalers worden geregistreerd. Dit voorkomt dat weer alle verzekerden worden lastig gevallen met uitschrijfrompslomp, omdat 1% van de verzekerden zijn betalingsverplichtingen niet nakomt. Iedereen kent de BKR-registratie in Tiel, waar mensen zonder problemen worden geregistreerd als zij hun betalingsverplichtingen op andere terreinen niet nakomen. Dit systeem werkt afdoende. Het is dan ook onbegrijpelijk waarom het hier wel kan, maar bij de zorgverzekeringen wordt afgewezen. Kan worden toegelicht wat het verschil is tussen een BKR-registratie en een registratie op de zwarte lijst in het licht van de privacybescherming, en in het licht van andere bezwaren die kennelijk tegen zo'n lijst bestaan? In de memorie van toelichting wordt beschreven dat zo'n bewijs natuurlijk ook nog zoek kan raken, naar het verkeerde adres kan worden gestuurd, wat er weer voor zorgt dat de verzekeraars onderling alsnog zo'n verzekerde moeten natrekken. Deze keuze veroorzaakt in de ogen van de leden van de VVD-fractie onnodige bureaucratie en onnodige administratieve lasten. Kan de regering ingaan op het verschil in administratieve lastendruk tussen de zwarte lijstvariant en de variant van het uitschrijfbewijs? (zie ook hoofdstuk VIII, a, tweede alinea). Kan de regering aangeven waarom toch de keuze is gemaakt voor het uitschrijfbewijs? In de memorie van toelichting staat o.a. «De nieuwe zorgverzekeraar bij wie een verzekeringsplichtige zonder de aantekening zich meldt, is daardoor in de gelegenheid te anticiperen op slecht betalingsgedrag». Kan concreet

worden aangegeven hoe de verzekeraar hierop kan anticiperen? Als de verzekeringsplichtige weigert mee te werken, wat zijn dan de mogelijkheden voor de zorgverzekeraar om betaling vanaf het begin af te dwingen? Waarom wordt niet geregeld dat in zo'n geval de nieuwe verzekeraar wel eisen mag stellen aan de betaling, bijvoorbeeld verplicht storten van de zorgtoeslag, automatische afschrijving, et cetera). Wordt dit alsnog overwogen? Zo neen, waarom niet?
Kan een overzicht worden gegeven van het aantal en percentage sociale diensten dat een collectief contract heeft afgesloten? Zijn er nog andere diensten en/of instellingen die voor financieel kwetsbare groepen collectieve contracten hebben afgesloten?

Het voorstel om het opzeggen van de verzekering door de wanbetaler (tijdelijk) onmogelijk te maken heef tot doel zorgverzekeraars te behoeden voor een carrousel van wanbetalers die van de ene naar de andere zorgverzekeraar overstappen met achterlating van onbetaalde premievorderingen, zo constateren de leden van de **PVV**-fractie.
Deelt de regering de mening van deze leden dat, hoewel deze wijziging iets doet voor de administratie en het (over)zicht op wanbetaling verbetert, het verzwaarde incassoregime waaronder een wanbetaler uiteindelijk komt te vallen, onvoldoende effect heeft om wanbetalers te bewegen hun rekeningen wel te voldoen, omdat deze ondanks wanbetaling wel gewoon verzekerd blijft en dus zorg kan krijgen waar deze wanbetaler niet voor betaalt? Zo ja, zijn er zwaardere maatregelen mogelijk, en welke dan, om wanbetalers te bewegen wel hun bijdrage te voldoen dan de in deze wetswijziging genoemde? Zo neen, waarom niet?
Er wordt voorzien in een gedeeltelijke financiële compensatie van de door de zorgverzekeraars gederfde premie-inkomsten gedurende het incassotraject. Is de regering van mening dat dit geen goede zaak is omdat het nu juist beter zou zijn zorgverzekeraars alle mogelijkheden te geven de schade van oninbare vorderingen/wanbetaling te verhalen, en hen nu juist niet financieel te compenseren, omdat daarmee de prikkel om de bijdragen van wanbetalers te innen vermindert? Zo neen, kan dat worden uitgelegd?
Hoeveel wanbetalers zijn er nu eigenlijk? Wanneer sociale diensten spreken over zo'n 250 000, Zorgverzekeraars Nederland over zo'n 400 000 en Zilveren Kruis zelfs voor 1 miljoen wanbetalers waarschuwt, is de regering dan met de leden van de PVV-fractie van mening dat het de grootst mogelijke spoed vereist hier wel inzicht in te hebben, zodat adequate maatregelen genomen kunnen worden?
Welke maatregelen gaat de regering nemen om het betalingsgedrag van verzekerden te verbeteren voordat een deel van hen wanbetaler wordt?
Is het juist dat iemand die niet zijn zorgpremie voldoet, wel – wanneer deze daar recht op heeft – een zorgtoeslag en zorg krijgt? Hoe legt de regering dit enorme onrecht uit aan alle mensen die wel netjes hun zorgpremie voldoen?
Wat gaat de regering doen om de enorme aanzuigende werking van wanbetaling (die niet het aanzienlijke premiebedrag betalen) en wel zorg en eventuele zorgtoeslag ontvangen, effectief te keren?
Deelt de regering de mening van deze leden dat het pakket aan maatregelen om het aantal mensen dat onverzekerd raakt als gevolg van royement wegens wanbetaling zo klein mogelijk te houden (1. voorkomen royement, 2. de onmogelijkheid om in geval van wanbetaling de verzekering op te zeggen, 3. financiële compensatie voor gederfde premie-inkomsten van de verzekeraar) een enorme wassen neus betreft die de wanbetaler niet of nauwelijks zal bewegen zijn betalingsgedrag te verbeteren? Deelt de regering voorts de mening dat dit pakket van maatregelen nu juist niet in het voordeel is van de verzekeringsnemer, omdat de verzekeringsnemer die wel netjes zijn bijdrage voldoet ook opdraait voor de kosten van de wanbetalers? Zo neen, waarom niet?

Wat zijn de totale zorgkosten voor wanbetalers? Wat zijn de totale zorgkosten voor onverzekerden? Wat zijn de totale zorgkosten voor illegalen? Er zijn geen gegevens bekend omtrent de samenstelling van de groepen onverzekerden. Wanneer zijn die wel beschikbaar? Kan een monitor worden opgesteld? Zo ja, wanneer kan die tegemoet worden gezien? Kan daarin ook een onderscheid worden aangebracht in sociaal-economische zin en in etnische groepen? Zo neen, waarom niet?
Is het waar dat door de Koppelingswet illegalen geen recht op zorg hebben ingevolge de sociale ziektekostenverzekering? Is het waar dat ingevolge artikel 10, tweede lid van de Vreemdelingenwet 2000 er ruimte is voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en dat dit nagenoeg alle zorgvormen betreft die zijn opgenomen in het Nederlandse wettelijke sociale verzekeringspakket? Deelt de regering de mening dat artikel 10, tweede lid van de Vreemdelingenwet 2000 zodanig veranderd moet worden dat illegalen geen recht op zorg hebben behoudens acute zorg (medisch noodzakelijke zorg die terstond moet worden verleend, zoals in geval van een hartinfarct of slagaderlijke bloeding)? Zo neen, waarom niet?
Deelt de regering voorts de mening dat ondeclarabele rekeningen op enigerlei wijze toch betaald moeten worden? Is de regering voornemens alle vormen van medisch noodzakelijke zorg die wordt verleend aan illegalen die niet betalen, te financieren uit een door de overheid te financieren fonds, gebruik makend van het reeds bestaande Koppelingsfonds? Bestaat het voornemen dit fonds tevens de mogelijkheden en de taak te geven de schade van oninbare vorderingen op de illegalen te verhalen?
In verband met de invoering van de Zvw is er gewerkt met nieuwe verzekerdenbestanden. Deze bestanden zijn geschoond voor dubbeltellingen. Het is niet mogelijk na te gaan of er verzekerden ontbreken in de bestanden. Mogelijk wordt het aantal verzekerden dus onderschat en het aantal onverzekerden overschat. Is het omgekeerde (meer onverzekerden dan geschat) ook mogelijk? Zo neen, waarom niet?
Kan de regering het getal noemen dat het aantal in Nederland verblijvende mensen dat om wat voor reden dan ook niet meebetalen aan de Zvw (wanbetalers, onverzekerden, illegalen) betreft? Zo neen, waarom niet en wanneer kan dat wel?
Bent u met de leden van de PVV-fractie van mening dat het initiatief van zorgverzekeraars Agis waarin zij met zo'n veertig gemeentelijke sociale diensten contracten heeft gesloten, wat inhoudt dat zij de zorgpremie inhouden op de uitkering om te voorkomen dat mensen hun zorgpolis niet meer betalen, navolging verdient in die zin dat alle zorgverzekeraars met alle gemeenten zulke contracten moeten afsluiten? Zo ja, is de regering bereid dat te bevorderen? Zo neen, waarom niet?

In de toelichting bij de maatregelen om het incassoregime te verzwaren wordt in feite aangesloten bij het Protocol dat met Zorgverzekeraars Nederland is afgesproken. De leden van de **SGP**-fractie constateren dat er echter niet voor is gekozen om het protocol bijvoorbeeld via een ministeriële regeling te bekrachtigen. Als gevolg hiervan sluit het wetsvoorstel in de praktijk aan bij een norm die zou kunnen veranderen als de zorgverzekeraars daartoe besluiten. Kan de regering uitleggen waarom hiervoor is gekozen? Levert dit geen mogelijke problemen bij de uitvoering in de toekomst op die op dit moment nog niet zijn te voorzien? Zouden de zorgverzekeraars er bijvoorbeeld voor kunnen kiezen om al sneller over te gaan tot een verzwaard regime dan na zes maanden? Wat zijn daarvan de consequenties?
In het wetsvoorstel kiest de regering ervoor om zorgverzekeraars te compenseren voor ten hoogste de premies van één jaar na verloop van zes maanden. De leden van de SGP-fractie vragen of kan worden toegelicht waarom voor deze duur van de compensatie is gekozen en niet voor bijvoorbeeld een half jaar of anderhalf jaar? Ook zouden zij graag een

toelichting zien op het gegeven dat in principe over dat jaar een volledige vergoeding wordt gegeven. Als gevolg hiervan is er voor zorgverzekeraars geen dringende reden meer om na afloop van het eerste halfjaar een verzwaard incassoregime in te zetten. Is deze conclusie juist? Hoe wordt bereikt dat zorgverzekeraars er toch alles aan zullen doen om de premies van wanbetalers te innen?
Verder vragen de leden van de SGP-fractie waarom er niet voor wordt gekozen om de zorgtoeslag voor de groep wanbetalers buiten beschouwing te laten. Kan hiervoor een motivering worden gegeven?
Als bewijs dat iemand aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan wordt er op een uitschrijvingsbewijs een aantekening gemaakt over het betalingsgedrag. De leden van de SGP-fractie vernemen graag of dit geen problemen op kan leveren bij verzekerden die aan het eind van het jaar via een «normale procedure» over willen stappen naar een andere verzekeraar. Zij veronderstellen dat het bewijs van uitschrijving pas verkregen kan worden na afloop van het verzekeringsjaar. Een inschrijving bij een andere verzekeraar zal gewoonlijk echter plaats moeten vinden voordat het nieuwe jaar ingaat. Op dat moment is er nog geen bewijs van betaling. Is deze gedachte juist? Zou er geen alternatief gevonden moeten worden om dergelijke problemen te voorkomen?
Aan de andere kant levert de gekozen regeling het risico op dat iemand met een betalingsachterstand weinig behoefte zal gevoelen om het bewijs van uitschrijving te overhandigen aan zijn nieuwe verzekeraar, omdat dat voor hem negatief kan werken. Zou de conclusie daarom niet moeten zijn dat de regeling weliswaar goed lijkt, maar in de praktijk niet veel verbetering zal brengen?

Academische component

De leden van de **CDA**-fractie vinden het opzetten van deze geldstroom een logisch gevolg van de keuze om opleidingen uit de VWS-begroting te financieren. Wel vragen zij waarom hier een onderscheid gemaakt wordt tussen academische ziekenhuizen enerzijds en topklinische ziekenhuizen anderzijds. In de laatste categorie vinden immers ook innovatie en nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling plaats en zij krijgen géén financiering hiervoor.
Zij vragen tevens hoe de hoogte van de toeslagen voor de academische ziekenhuizen en voor het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) dit jaar en de komende jaren wordt vastgesteld. Specifiek voor het NKI-AVL, in het huidige voorstel toch een vreemde eend in de bijt, vragen deze leden of deze regeling ook aanleiding kan zijn om de gehele subsidie aan het NKI helder en eenduidig te calculeren.

De leden van de fractie van de **PvdA** zijn met de regering van mening dat de overheid verantwoordelijk is voor een aantal zorgvoorzieningen behorend bij de academische component. Zij vinden dit deel gezien de opleidingstaak en de innovatie van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling van groot belang. Zij menen dat dit niet overgelaten mag worden aan marktpartijen, en dat de overheid ervoor moet zorgen dat de academische component in voldoende mate wordt gewaarborgd.
Deze leden kunnen instemmen met het voorstel om de bijzondere toeslag voor het AVL analoog aan de academische component door de minister via het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) te laten verstrekken. Zij vragen of dit ook voor andere topklinische (afdelingen van) ziekenhuizen geldt of kan gaan gelden.
De leden van de fractie van de PvdA vragen tot wanneer de fondsconstructie, waarbij verzekeraars op vrijwillige basis jaarlijks een vast bedrag per verzekerde bijdragen, wordt voortgezet. Welke verzekeraars dragen nu bij aan dit fonds, en in welke mate? Zijn er verzekeraars die ervoor kiezen

niet bij te dragen? Deze leden vragen of naar de mening van de regering een bijdrage van verzekeraars aan opleiding, en vooral aan innovatie en verbetering van de zorg, gecontinueerd moet worden en in welke vorm dat zou kunnen c.q. zou moeten geschieden.

De leden van de **VVD**-fractie steunen de oplossing die is gekozen om het leveren van topreferente zorg, de ontwikkeling en innovatie van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling en de verzorging van vervolgopleidingen in de zorg te garanderen.
Is de hele exercitie ook voor de academische ziekenhuizen budgetneutraal verlopen, vergeleken met de situatie vóór de Zorgverzekeringswet? Het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis wordt gezien als een categoraal academisch ziekenhuis en krijgt een apart budgetonderdeel, een bijzondere toeslag, die vergelijkbaar is met de academische component bij academische ziekenhuizen. Staat deze regeling ook open voor andere ziekenhuizen die topreferente zorg leveren? Staat de regeling in de toekomst open voor ziekenhuizen die topreferente zorg gaan leveren? Met andere woorden: is dit een gesloten regeling, of staat deze regeling ook open voor nieuwe aanbieders van topreferente zorg? Wat zijn precies de criteria die hiervoor worden toegepast?

Overgangsmaatregel ziektekostenverzekering groep ex-Wtz-ers

De leden van de **CDA**-fractie zijn verheugd dat de regering bereid is een oplossing te vinden voor deze kleine, gesloten groep mensen, voornamelijk bestaande uit missionarissen.
Wel vragen zij waarom deze groep, wanneer zij in het buitenland verblijft, de volledige premie dient te betalen, zonder daar op dat moment enig recht aan te kunnen ontlenen, terwijl mensen die in verdragslanden verblijven, een lagere nominale premie betalen, maar tegelijkertijd wel recht hebben op het woonlandpakket.
Welke premieverhoging betekent dit voor deze groep in vergelijking met de oude situatie, uitgaande van een verblijf in Nederland van een jaar na een verblijf in het buitenland van vijf jaar?

De leden van de **VVD**-fractie delen de kritiek van de Raad van State dat de gekozen overgangsmaatregel niet de schoonheidsprijs verdient. Deze leden steunen de visie van de Raad van State dat het de voorkeur verdient in beginsel speciale regelingen voor bijzondere gevallen te vermijden, en dat in beginsel iedere categorie voor wie een aanspraak op zorg moet worden voorzien onder de werking van de Zvw moet worden gebracht. Deze leden delen de zorgen die de Raad. De reactie van de regering vinden deze leden summier. Missionarissen krijgen geld en middelen van hun orde om in het levensonderhoud te voorzien. Wat is het verschil met een salaris? Waarom kan via de orde geen collectief contract worden gesloten die het probleem oplost? Graag ontvangen zij een toelichting.

De leden van de **SGP**-fractie willen een vraag stellen over de voorgestelde regeling voor missionarissen. De veronderstelling van de regering lijkt te zijn dat het hier een groep betreft waaraan geen nieuwe gevallen zullen worden toegevoegd. In de praktijk is de verwachting echter gerechtvaardigd dat er nieuwe gevallen zullen zijn van mensen die in een vergelijkbare situatie verkeren en te maken hebben met dezelfde problematiek, doordat zij niet AWBZ-verzekeringsplichtig zijn. Worden dergelijke personen vervolgens wel geconfronteerd met de hoge kosten van een particuliere ziektekostenverzekering? Kan worden uitgelegd hoe de situatie voor personen in dergelijke situaties voor de toekomst zal zijn?

Verwerking van persoonsgegevens door CVZ en ziektekostenverzekeraars

De leden van de **CDA**-fractie hebben slechts de technische vraag waarom hier gerefereerd wordt aan het sociaal-fiscaal nummer, en er geen rekening gehouden wordt met de mogelijkheid dat de wet op het burgerservicenummer eerder in werking treedt dan het voorliggende wetsvoorstel.

In de memorie van toelichting staat: «In het Addendum ligt de laatste schakel van de getrapte grondslag voor het doorbreken van het beroepsgeheim van zorgaanbieders bij materiële controles». De leden van de **VVD**-fractie stellen de volgende vragen. Kan de regering voor de helderheid de drie opeenvolgende trappen uitschrijven, zoals die gelden voor de Zvw en – indien afwijkend – voor de aanvullende verzekering? Wat betekent dit concreet?

Wijziging van de zorgtoeslag

De leden van de **CDA**-fractie kunnen uit de memorie van toelichting niet opmaken hoe de zorgtoeslag in de toekomst wordt berekend voor verdragsgerechtigden. Kan de regering daarover een uitleg met toelichting geven en de volgende voorbeeldberekeningen geven en duiden hoe deze zouden zijn voor en na toepassing van het voorliggende wetsvoorstel? Voor alle voorbeelden zien deze leden graag de te betalen premies en de te ontvangen zorgtoeslag.

Een alleenstaande man in Noorwegen met een inkomen van € 20 000.
Een echtpaar in Spanje met een gezamenlijk inkomen van € 25 000.
Een ouder echtpaar in Turkije met een inkomen van € 6000 (bestaande uit onvolledige AOW).
Een partner werkt in Duitsland en verwerft daar zijn gehele inkomen van € 30 000 per jaar. De andere partner en 3 minderjarige kinderen wonen in Nederland.

De leden van de CDA-fractie verbazen zich over de voorgestelde terugwerkende krachtbepalingen in het wetsvoorstel. Er wordt voorgesteld om dit deel van de wet in te laten gaan op 1 januari 2007. Wordt de zorgtoeslag in januari en februari 2007 uitbetaald op basis van de wet zoals die nu luidt, of op basis van de voorgestelde wet?
Indien de uitkeringen op basis van het voorliggende wetsvoorstel geschieden, wat gebeurt er dan wanneer iemand bezwaar maakt en uitkering eist op basis van de vigerende wetgeving? Is de bepaling met terugwerkende kracht juridisch houdbaar voor een zorgtoeslag?
De leden van de CDA-fractie gebruiken deze gelegenheid om de regering te vragen hoe de situatie van expats en impats op dit moment geregeld is. Voor expats en hun gezinsleden lijkt de dekking van de Zorgverzekeringswet niet altijd passend en komen dubbele verzekeringsplichten voor. Is de regering bereid oplossingen aan te dragen voor de volgende problemen:
De verschillende gezinsdefinitie in Nederland en Frankrijk, waardoor kinderen uit een eerder huwelijk van één van beide partners tussen wal en schip dreigen te vallen.
Het feit dat in Oostenrijk meestal sprake is van een lokale verzekeringsplicht, waardoor mensen verplicht dubbel verzekerd zijn. Is er een verdragsverplichting om deze mensen altijd onder de Zorgverzekeringswet te laten vallen?
Voor mensen die in Nederland arriveren maar nog niet verzekeringsplichtig zijn, bestaan geen effectieve manieren om zich te verzekeren. Is het volgens de regering mogelijk en wenselijk dat mensen zich onmiddellijk kunnen verzekeren wanneer zij rechtmatig in Nederland aankomen

met de bedoeling hier langer te blijven, bijvoorbeeld in het kader van gezinsvorming/hereniging of werk?
Zijn met alle omliggende landen sluitende afspraken gemaakt om ervoor te zorgen dat de verzekeringsplichten op elkaar aansluiten?

De leden van de **VVD**-fractie zijn content met de uitvoering van de motie-Schippers (29 689, nr. 52), maar hebben een vraag over de wijze waarop de motie is uitgevoerd. Deze motie verzocht om de bijdrage voor verdragsgerechtigden naar woonland te differentiëren, zodat er geen onevenwichtigheid bestaat in de bijdragen die personen in de verdragslanden opbrengen en de kosten die voor hen worden gemaakt. Kan de regering ingaan op de stelling dat «De kosten, die Nederland maakt, niet de kosten zijn, die de verdragslanden maken, maar 80% van die kosten». Dit zou geregeld zijn in de uitvoeringverordening (Vo. 574/72) bij Vo. 1408/71. Art. 94 lid 2 en art. 95 lid 2 Vo. 574/72 die bepalen:
«Het vaste bedrag wordt verkregen door de gemiddelde kosten per pensioen- of rentetrekker [art. 95; per gezin, art. 94] te vermenigvuldigen met het gemiddelde jaarlijkse aantal pensioen- of rentetrekkers [art. 95; aantal gezinnen, art. 94] waarmede rekening moet worden gehouden en de uitkomst daarvan met 20% te verminderen». Het betreft derhalve niet de woonlandfactor, maar 80% van de woonlandfactor. De leden van de VVD-fractie zouden hierop graag een reactie van de regering ontvangen.

Wijziging bestuursmodel en werkwijze colleges

De leden van de **CDA**-fractie vinden de opmerking: «de regering vindt het gewenst de formele regeling aan te passen aan de gewenste praktijk» buitengewoon ongepast. De regering heeft blijkens de stukken de praktijk aangepast en wenst dat nu wettelijk te verankeren. Dit is de omgekeerde gang van zaken en deze leden zouden graag eerst ten principale de discussie willen voeren over de gewenste praktijk alvorens wordt overgegaan op een andere structuur. Kan de regering derhalve toelichten waarom zij de bestuursmodellen van de colleges wenst te wijzigen?
Deze leden lezen in de memorie van toelichting dat het CVZ, het CBZ en het CSZ hun onafhankelijkheid dienen te bewaken. De leden van de CDA-fractie hechten namelijk bijzonder aan de onafhankelijke adviezen van het CVZ, die los kunnen staan van het politiek oordeel van de minister. Hoe is deze onafhankelijkheid beter geborgd in de voorgestelde structuur dan in de structuur die thans in de wet staat?
Kan de regering hierbij in het bijzonder ingaan op de vraag waarom zij voorstelt de vergaderingen van het bestuur niet langer openbaar te doen zijn. Hoe kunnen maatschappelijke organisaties in de nieuwe structuur en met die mate van openbaarheid input leveren op de adviezen van het CVZ?

De leden van de fractie van de **PvdA** vragen waarom gekozen is voor een gewijzigd bestuursmodel. Welke argumenten zijn er om te kiezen voor de nu voorgestelde werkwijze, en welke voordelen biedt die nieuwe werkwijze? Waarom is gekozen voor het niet meer openbaar zijn van vergaderingen, en welke voordelen worden daarmee naar verwachting behaald?

De leden van de **VVD**-fractie hebben al eerder in overleggen met de minister grote vraagtekens gezet bij de borging van de procedure van de risicoverevening. Deze procedure lijkt onvoldoende geborgd, want afhankelijk van een paar personen. De minister heeft de leden van de VVD-fractie toegezegd een uitvoerige beschrijving van de procedure toe te zenden, die echter nog steeds niet is ontvangen. Uitgaande van de informatie zoals die nu bekend is bij deze leden stemt de procedure tot grote zorgen en moet die op de kortst mogelijke termijn worden aangepast. Waarom zijn er in dit wetsvoorstel geen regels gesteld die een solide

borging van de vereveningsprocedure garanderen? De verevening is de ruggengraat van het ziektekostenverzekeringssysteem, er gaan gigantische bedragen in om en als hierin fouten worden gemaakt zijn de gevolgen voor de concurrerende verzekeringsmarkt groot. Is de regering voornemens alsnog het wetsvoorstel aan te passen? Zo neen, wanneer en in welke vorm kunnen dan voorstellen terzake worden verwacht?
In memorie van toelichting wordt aangegeven dat de vergaderingen van de besturen niet openbaar zijn, tenzij in het bestuursreglement anders wordt bepaald. De vergaderingen van de Ziekenfondsraad en later het College waren wel openbaar. Dit is belangrijk voor het draagvlak van de besluiten en adviezen. De afwegingen die eraan ten grondslag liggen zijn voor iedereen die dat wenst te volgen. Wat is/zijn de zwaarwegende reden(en) om nu af te zien van openbaarheid van vergaderingen van deze besturen?
De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de colleges nog onafhankelijk zijn in deze constructie. De wijziging in het bestuursmodel heeft de colleges veel dichter naar het ministerie getrokken. In hoeverre is er in het nieuwe bestuursmodel sprake van dat de colleges feitelijk onderdeel zijn geworden van het ministerie, waardoor deze eigenlijk aan zichzelf adviseren?

Financiële aspecten en administratieve lasten

De leden van de **CDA**-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.
Waarom is er voor een zo'n omvangrijk wetsvoorstel geen advies gevraagd aan ACTAL?
Is de regering bereid alsnog een spoedadvies te vragen, met name over het incassotraject?
Tot slot vragen deze leden of de regering deze wet een goede gelegenheid vindt om de aangenomen motie-Omtzigt (30 124, nr. 30) om te zetten in wetgeving, ook al zal die maar een jaar geldig zijn.

De leden van de fractie van de **PvdA** vragen waarom gesteld wordt dat er geen financiële gevolgen zijn verbonden aan een verzwaring van het incassoregime zorgverzekering. Is het waar dat de kosten van compensatie aan verzekeraars zullen worden gefinancierd door inkomensafhankelijke bijdragen en dat nominale premies financiële gevolgen kunnen hebben, gedragen door de burgers? Deze leden zien graag een toelichting op de veranderende financiële gevolgen ten gevolge van administratieve lasten door de verzwaring van het incassoregime. Zij menen dat het voor een duidelijk overzicht van de gevolgen van administratieve lasten, en de financiële gevolgen daarvan, essentieel is dat duidelijk wordt om hoeveel niet-betalers het gaat. Zij verzoeken de regering daarom met de grootste spoed te achterhalen hoeveel mensen de nominale premie niet betalen, en daarbij aan te geven in hoeveel gevallen het gaat om «niet willen betalen» en in hoeveel om «niet kunnen betalen».

Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel F

In de Tweede Kamer is afgesproken dat – omdat het CVZ de zaken niet op orde had en daardoor mensen buiten hun schuld niet aan de juiste formulieren konden komen, of deze formulieren niet werden geaccepteerd door de sociale ziektekostenverzekeraar in het woonland – er geen boetes

worden gegeven aan verzekerden in het buitenland die zich te laat hebben aangemeld. Zijn er in 2006 boetes opgelegd, en zo ja waarom, zo vragen de leden van de **VVD**-fractie.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen