

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. 8

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 24 april 2007

ALGEMEEN

Inleiding

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag op het conceptwetsvoorstel. Hoewel de leden van alle fracties wel hebben aangegeven nog verschillende vragen en/of opmerkingen te hebben, constateer ik op vele punten steun voor dit conceptwetsvoorstel.

Terecht hebben de leden van de fracties van CDA, PvdA en de VVD geconstateerd dat de regering zeer verschillende onderwerpen regelt in één wetsvoorstel. Dit is gedaan uit praktische overwegingen. Ik probeer hiermee te voorkomen uw Kamer onnodig te belasten door allerlei op zich kleine wetsvoorstellen afzonderlijk aan u voor te leggen.

Alvorens in te gaan op de specifieke vragen van de verschillende fracties, ga ik eerst in op de vraag van verschillende fracties welke maatregelen ik voor ogen heb in aansluiting op de in het wetsvoorstel genoemde maatregelen. In antwoord op kamervragen van het lid Kant over het aantal wanbetalers in de zorg¹ heb ik toegezegd dat ik uw Kamer hierover bij gelegenheid van deze nota naar aanleiding van het verslag nader zal informeren. Voorts heeft het lid Omtzigt de regering gevraagd een plan van aanpak te presenteren om het aantal onverzekerden verder terug te dringen². Met de onderstaande maatregelen wil de regering bewerkstelligen het aantal onverzekerden zo klein mogelijk te houden. Verzekeraars handelen op dit moment conform afspraken die met mijn ambtsvoorganger zijn gemaakt om het aantal personen dat onverzekerd raakt als gevolg van royement wegens wanbetaling zo beperkt mogelijk te doen zijn. De verzekeraars hebben evenwel aangegeven dat zij personen die gedurende het jaar 2006 en de eerste zes maanden van 2007 in het geheel geen premies hebben betaald, met ingang van 1 juli a.s. zullen gaan royeren. Het belang van aanvullende maatregelen die een meer structurele oplossing bieden dan het onderhavige wetsvoorstel om royement – en daarmee toename van het aantal onverzekerden – te voorkomen, is derhalve evident.

¹ 2060708810; ingezonden 6 maart 2007.

² Kamerstukken II 2006/07, 30 800 XVI, nr. 78.

De maatregelen die ik voor ogen heb om de onvolmaaktheden die nog kleven aan het onderhavige wetsvoorstel te ondervangen, kan ik u op dit moment in grote lijnen schetsen. Ter nadere uitwerking van deze maatregelen zal ik mij nog dienen te verstaan met de zorgverzekeraars en overige uitvoerende instanties, zodat ik thans nog niet in staat ben om gedetailleerd op deze maatregelen in te gaan. Ik stel mij evenwel voor dat ik uw Kamer vóór het plenaire debat over dit wetsvoorstel uitvoerig zal informeren.

In grote lijnen heb ik het volgende voor ogen:

- Allereerst wordt de bestaande aanpak van wanbetalers voortgezet; wanneer de premieschuld het totaalbedrag van zes maanden premie overschrijdt, passen verzekeraars het verzwaarde incassoregime toe. De verzekerde kan tijdens dit incassotraject de verzekering niet opzeggen.
- Additioneel hieraan vindt stopzetting plaats van de betaling van zorgtoeslag door de Belastingdienst aan de verzekerde. De zorgtoeslag wordt gestort in het Zorgverzekeringsfonds.
- Het CVZ zal na een nog nader overeen te komen periode de rekenpremie aan verzekeraars vergoeden uit het Zorgverzekeringsfonds indien de verzekeraar kan aantonen een goed incassobeleid te hebben gevoerd, waarbij het huidige Protocol als uitgangspunt kan dienen. Zolang iemand wanbetaler is, wordt de rekenpremie vergoed. De maximale vergoedingsperiode van één jaar die in het onderhavige wetsvoorstel wordt geregeld, vervalt derhalve. Het is daarom essentieel dat ook in deze periode van voortgezette wanbetaling een voortdurende incasso-inspanning blijft plaatsvinden.
- Hierna zal een analyse worden gemaakt van de samenstelling van de groep wanbetalers, teneinde te bezien of aanvullende maatregelen wenselijk of noodzakelijk zijn.

In het onderstaande ga ik in op de door de verschillende fracties op onderdelen gemaakte opmerkingen en vragen. Bij de beantwoording heb ik zoveel mogelijk de volgorde van het verslag gevolgd.

Verzwarend incassoregime premie zorgverzekering

Het verheugt mij dat de leden van de CDA-fractie de mening van de regering delen dat het haar taak is te bevorderen dat niemand in het nieuwe stelsel onverzekerd is. Deze leden geven aan dat het wetsvoorstel start bij het Protocol incassotraject wanbetalers en hebben om die reden verzocht het Protocol aan de Kamer te doen toekomen. Deze leden vragen tevens of NPCF of de Consumentenbond een rol hebben gespeeld bij de opstelling van het Protocol. Ook nodigen deze leden de regering uit aan te geven wat zij vindt van de voorgestelde maatregelen.

Het Protocol is als bijlage¹ bij deze nota naar aanleiding van het verslag gevoegd². Het Protocol berust op afspraken tussen zorgverzekeraars onderling en beoogt te voorkomen dat personen die een beperkt aantal maanden de premie niet hebben voldaan, al snel worden geroyeerd. Een relatief snel royement als gevolg van wanbetaling is gebruikelijk in een privaatrechtelijk verzekeringsstelsel. Om dit te voorkomen, is na overleg tussen Zorgverzekeraars Nederland (hierna ZN) en mijn ambtsvoorganger het Protocol opgesteld. Bij de opstelling van het Protocol zijn alleen zorgverzekeraars en het ministerie van VWS betrokken geweest. In dit Protocol zijn maatregelen getroffen om de verzekerde aan te zetten om te voldoen aan zijn premieverplichtingen. Het opzegverbod voor de wanbetaler en de gedeeltelijke compensatie voor de gedeerde premieinkomsten voor niet-geroyeerde wanbetalers die de verzekeraars na het

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet, oktober 2006. Het Protocol is op 2 oktober 2006 vastgesteld door de bij Zorgverzekeraars Nederland aangesloten zorgverzekeraars.

eerste halfjaar ontvangen indien verzekeraars het Protocol volgen, zijn voorbeelden van de rol van het Protocol in het wetgevingsproces.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering hun mening deelt dat er ten minste twee aanmaningen moeten zijn en een minimum betalingsachterstand, voordat een verzekerde in het verzwaarde incassoregime terecht komt.

Het Protocol benoemt twee fases van incassoactiviteiten. Wanneer een verzekerde niet méér premieachterstand heeft dan een bedrag van zes maanden aan premie, verzorgt de zorgverzekeraar, of een door hem ingeschakelde deskundige derde, de incassowerkzaamheden. Dan bevindt de verzekerde zich nog in fase 1. In die periode worden inderdaad ten minste twee aanmaningen verzonden. Dit is geregeld in onderdeel 3 bij fase 1 in het Protocol. Naast de twee genoemde aanmaningen wordt de betrokkene daarnaast ook nog geïnformeerd over het incassotraject. De zorgverzekeraar legt telefonisch contact met de verzekeringnemer of kan overwegen een huisbezoek af te leggen. Eerst daarna, en alleen wanneer er sprake is van een minimum betalingsachterstand van zes maanden, komt iemand in het verzwaarde incassoregime.

Verder vragen de leden van de CDA-fractie op welke wijze en bij welke onafhankelijke instantie iemand bezwaar kan maken als hij 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.

Als iemand ten onterechte wordt aangemerkt als wanbetaler is dat veelal te wijten aan de omstandigheid dat de invoering van de Zvw heeft geleid tot mobiliteit onder de verzekerden. Als gevolg van die mobiliteit kan zich op beperkte schaal de situatie hebben voorgedaan dat de verzekerde bij meer dan één verzekeraar stond ingeschreven. In dat geval zou een van de verzekeraars de desbetreffende verzekerde onterecht als wanbetaler kunnen hebben kwalificeren. De zorgverzekeraars hebben zich tot het uiterste ingespannen om deze situaties in der minne op te lossen en voor de toekomst te voorkomen. Als zo'n situatie zich voordoet dient betrokkene zich uiteraard eerst te wenden tot de verzekeraar. Als de klacht niet wordt opgelost, kan de verzekerde zich wenden tot de Stichting klachten en geschillen zorgverzekering (SKGZ). ZN heeft aangegeven dat de SKGZ geen klachten heeft ontvangen over onterechte beschuldiging van wanbetaling.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie welke specifieke maatregelen worden genomen ten aanzien van mensen die failliet zijn verklaard en/of onder de Wet schuldsanering natuurlijke personen vallen.

In het Protocol is over mensen die failliet zijn verklaard en/of onder de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp) vallen het volgende bepaald. Wanneer de wettelijke schuldsanering is uitgesproken wordt de vordering door de incassopartner ingediend bij de bewindvoerder. Indien de verzekeringnemer in staat van faillissement is verklaard wordt de vordering ingediend bij de curator. In beide gevallen worden de incassoactiviteiten gestaakt en wordt het dossier gesloten. Dit is geregeld in de onderdelen 4.1.15 en 4.1.16 van het Protocol.

De leden van de CDA-fractie merken voorts op dat zorgtoeslag weliswaar beslagvrij is, maar vragen of mensen ook effectief over hun zorgtoeslag kunnen beschikken en hoe gegarandeerd is dat mensen die een hoog verzamelinkomen en dus geen zorgtoeslag genieten, hun premie kunnen betalen.

Voor het recht op zorgtoeslag is het van belang of een belanghebbende een zorgverzekering heeft gesloten. Als dit zo is en belanghebbende aan de inkomensvoorwaarden voldoet, ontvangt hij een zorgtoeslag. Het wel of niet betalen van de premie is hiervoor niet bepalend. Anders dan de leden van de CDA-fractie menen, is de zorgtoeslag wel degelijk vatbaar voor beslag door de zorgverzekeraar. Het beslagverbod uit artikel 45 van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (Awir) brengt met zich dat een tegemoetkoming voor de nominale ziektekostenpremie alleen kan worden aangewend voor die kosten, en dus niet vatbaar is voor beslag door een deurwaarder ter zekerheidstelling van vorderingen van derden (anderen dan de zorgverzekeraar). Echter, als de belanghebbende niet voldoet aan zijn betalingsverplichtingen jegens de zorgverzekeraar, kan de zorgverzekeraar onder voorwaarden (voor niet betaalde premie) beslag leggen op de zorgtoeslag. De zorgtoeslag is immers bedoeld om de belanghebbende beter in staat te stellen aan zijn premiebetalingsplicht te voldoen.

Indien op iemand de schuldsaneringsregeling van toepassing is verklaard, vallen zijn bezittingen en inkomsten in principe in de boedel waaruit de bewindvoerder zijn schulden betaalt. Omdat degene op wie de schuldsaneringsregeling van toepassing is natuurlijk ook moet kunnen voorzien in zijn levensonderhoud, wordt hierbij echter een bedrag vrijgelaten, dat is bepaald op 90 procent van de toepasselijke bijstandsnorm¹. De bijstandsnormen worden zo vastgesteld, dat ze voor een bijstandsgerechtigde hoog genoeg zijn om er – tezamen met de zorgtoeslag waar zij recht op hebben – de nominale premie van een zorgverzekering uit te voldoen. Daarnaast is in artikel 475d, vijfde lid, onderdeel a, Rv op dit moment nog bepaald dat het vrij te laten deel wordt verhoogd met de premie voor een ziektekostenverzekering.

Hieruit kan geconcludeerd worden, dat ook schuldenaren in de zin van de Wsnp, die geen zorgtoeslag kunnen krijgen omdat hun inkomen daar te hoog voor is, de lopende premies voor hun zorgverzekering (en voor aanvullende verzekeringen) uit het vrij te laten bedrag zullen kunnen voldoen. Sterker, de huidige regeling van art. 475d Rv is te ruim, aangezien in het vrij te laten bedrag nu in wezen twee keer rekening wordt gehouden met de nominale premie die de schuldenaar moet betalen: één keer via de koppeling aan de bijstandsnorm, en één keer via het vijfde lid, onderdeel a, van art. 475d Rv. Dit gaat ten laste van de ruimte die er is voor de aflossing van schulden, en daarom wordt dit in de praktijk nu al gecorrigeerd. Met inwerkingtreding van het wetsvoorstel tot wijziging van de Faillissementswet in verband met herziening van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen² zal artikel 475d Rv zo worden gewijzigd, dat in het vrij te laten bedrag slechts één keer rekening wordt gehouden met de nominale premie voor een zorgverzekering. Het vrij te laten bedrag zal zo worden vastgesteld, dat iedere schuldenaar in de zin van de Wsnp – dus ook de schuldenaar zonder recht op zorgtoeslag – de premie voor zijn zorgverzekering, alsmede voor eventuele aanvullende verzekeringen zal kunnen voldoen. Voor meer informatie verwijs ik de leden van de CDA-fractie gaarne naar bovengenoemd wetsvoorstel, en in het bijzonder naar de eerste nota van wijziging daarop³.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom langdurig gedetineerden genoemd worden als een groep met oninbare vorderingen. Zij merken op dat in artikel 24 van de Zvw immers staat dat de zorgverzekering wordt opgeschort tijdens detentie om vervolgens bij vrijlating te herleven.

De verwijzing naar artikel 24 van de Zvw door de leden van de CDA-fractie over de opschorting van de zorgverzekering bij detentie is juist. Het Protocol noemt oninbare vorderingen van de gedetineerde. Die oninbare vorderingen betreffen echter niet de premieschuld die is opgebouwd

¹ Zie artikel 295 van de Faillissementswet juncto artikel 475d van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv).

² Kamerstukken I 2006/07, 29 942, A.

³ Kamerstukken II 2005/06, 29 942, nr. 8.

tijdens detentie, maar zien op de periode voordat betrokkene gedetineerd werd. Onderdeel 4.1.12 van het Protocol bepaalt dat indien de verzekeringnemer, nadat is vastgesteld dat hij gedetineerd is, voor een periode van minimaal een half jaar gedetineerd blijft en er geen verhaal op roerende en/of onroerende zaken mogelijk is, het dossier wordt gesloten. Er zijn dan immers geen verhaalsmogelijkheden meer voor de schulden van vóór de detentieperiode.

De leden van de CDA-fractie vragen of er cijfers beschikbaar zijn over het aantal gedetineerden dat desondanks zijn oude verzekering behoudt, omdat zij niet weten dat ze de verzekering moeten opschorten. Voorts vragen deze leden of iemand bij het in detentie nemen erop gewezen wordt dat hij de verzekeraar moet informeren om dit te bewerkstelligen. De leden zijn benieuwd of hierover afspraken zijn gemaakt tussen de verzekeraars en het ministerie van Justitie.

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), de dienst van het ministerie van Justitie die verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen, heeft eind december 2005 aan justitiële inrichtingen informatie gezonden over de invoering van de Zvw en de betekenis die deze wet heeft voor gedetineerden, jeugdigen en tbs-verpleegden.

Dit is eerder aan de Kamer gemeld bij de beantwoording van vragen over het rapport «Zorg Verzekerd»¹. In de brief aan justitiële inrichtingen is toentertijd, onder meer, informatie gegeven over de verplichting van alle justitiabelen om een zorgverzekering af te sluiten. Tevens is in die brief de meldingsplicht ten aanzien van aanvang en afloop van het verblijf in een justitiële inrichting opgenomen.

Hoewel het nakomen van de verzekeringsplicht en de meldingsplicht in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van betrokkene zelf is, zijn in de inrichtingen medewerkers aanwezig die hierover informatie kunnen verstrekken en waar nodig hierbij ondersteuning kunnen geven. Gezien de eigen verantwoordelijkheid van betrokkenen registreert DJI niet of een gedetineerde daadwerkelijk een zorgverzekering heeft gesloten en ook niet of hij de aanvang of het einde van detentie meldt.

Ter verbetering van de voorlichting wordt voor gedetineerden, in overleg tussen DJI, ZN en VWS, eenvoudig begrijpelijk en toegankelijke informatie voorbereid over het opschorten van de zorgverzekering, de melding en de aanvang of het einde van detentie. Gedetineerden kunnen daarbij gebruik maken van invulformulieren. Ook zal over de ziektekostenregeling van Justitie, waaronder de gedetineerde tijdens zijn detentie valt, informatie worden verstrekt. Beoogd is om deze informatie met een uitgebreide brief aan alle inrichtingen voor het gevangeniswezen te zenden, ter verspreiding onder gedetineerden.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering welke prikkels wanbetalers krijgen om op tijd te betalen, bijvoorbeeld na hoeveel maanden de uitbetaling van de zorgtoeslag wordt stopgezet?

De eerste prikkel die wanbetalers moet nopen op tijd te betalen is dat ze te maken krijgen met een incassotraject dat in zwaarte oploopt. De mogelijkheden die verbonden zijn aan een incassoprocedure (deurwaarder, beslag, executoriale verkoop) zijn dusdanig, dat weinig mensen dit lichtvaardig zullen opvatten. Het stopzetten van de zorgtoeslag kan mogelijk dienen als prikkel tot betaling van de premie, maar het recht op zorgtoeslag is nu nog afhankelijk van het verzekerd zijn en is niet gekoppeld aan het al dan niet betalen van de premie. Pas wanneer de zorgverzekeringsovereenkomst wordt beëindigd, vervalt het recht op zorgtoeslag. Zoals ik in de inleiding van deze nota naar aanleiding van het verslag heb aangegeven,

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 83, blz. 5.

ben ik echter voornemens de Wet op de zorgtoeslag zo te wijzigen, dat de zorgtoeslag niet meer aan een verzekerde wordt uitbetaald indien deze een premieschuld van meer dan zes maanden heeft.

In dit kader vragen de leden van de CDA-fractie of er regelingen bestaan 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.

Op dit moment bestaat de mogelijkheid al om de zorgtoeslag rechtstreeks naar de zorgverzekeraar over te maken. Als op het aanvraagformulier voor de zorgtoeslag het rekeningnummer van de zorgverzekeraar wordt ingevuld, gaat de zorgtoeslag rechtstreeks naar de zorgverzekeraar. Er zijn verzekerden die al van deze mogelijkheid gebruik maken. Het restant van de nominale premie moet de verzekerde dan zelf aan de zorgverzekeraar betalen.

De Belastingdienst/toeslagen kan geen betalingen verrichten, anders dan de uitbetaling van de zorgtoeslag. Er bestaan geen nadere regelingen; het staat betrokkene altijd vrij de premieachterstand in één keer te betalen.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie welke prikkels verzekeraars ondervinden om de premie na dat halve jaar ook daadwerkelijk te incasseren?

Onderdeel van het pakket aan maatregelen om te voorkomen dat mensen onverzekerd raken als gevolg van royement wegens wanbetaling, is het verstrekken van een gedeeltelijke financiële compensatie aan zorgverzekeraars voor gedeelde premie-inkomsten.

Het belangrijkste element van het Protocol is de daarin geregelde fasering van incassomaatregelen. Fase 1 betreft de toepassing van reguliere incassomaatregelen door een zorgverzekeraar tot het moment waarop een verzekerde een betalingsachterstand heeft van zes maanden premie. Derving van premie-inkomsten beschouw ik als een normaal bedrijfsrisico van een zorgverzekeraar waarvoor zorgverzekeraars in eerste instantie ook geen financiële tegemoetkoming ontvangen. Dit zal verzekeraars ertoe aanzetten zelf stappen te blijven zetten om de achterstallige premie te incasseren, ook na afloop van die eerste zes maanden. Het verzwaarde incassoregime – fase 2 van het Protocol – gaat in als blijkt dat een verzekerde een betalingsachterstand heeft van minimaal zes maanden premie, en deze fase duurt een jaar. De zorgverzekeraars zullen dan wel de incassomaatregelen, zoals beschreven in het Protocol, moeten laten uitvoeren. Van die activiteiten moet de aangezochte incassopartner per afzonderlijke wanbetalende verzekerde verslag doen. Als er na de incassomaatregelen gedurende dat jaar nog gedeelde premie-inkomsten zijn uit de periode van dat jaar, worden zorgverzekeraars, over die periode van maximaal een jaar, gedeeltelijk gecompenseerd door vergoeding van de rekenpremie. Op grond van het Protocol zullen zorgverzekeraars gedurende in totaal anderhalf jaar niet tot royement overgaan.

De leden van de CDA-fractie verbazen zich er over dat de zorgverzekeraars de volledige premie vergoed krijgen uit het vereveningsfonds, en dat hier tot € 40 miljoen 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, zo vragen zij. Ook de leden van de fractie van de SGP vragen waarom voor deze periode gekozen is.

De periode van zes maanden vloeit voort uit de fasering van het Protocol, zoals hierboven weergegeven. Anders dan wordt verondersteld, ontvangen de zorgverzekeraars niet de volledige premie, maar vindt er slechts gedeeltelijke compensatie plaats door vergoeding van de reken-

premie. De rekenpremie is op jaarbasis € 100–€ 150 euro per verzekerde lager dan de gederfde nominale premie; het verschil wordt bepaald door de opslag die de verzekeraar in rekening brengt voor zijn beheerskosten. Aangenomen dat met de «oude wet» de Ziekenfondswet wordt bedoeld, is de veronderstelling van de leden van de CDA-fractie onjuist. Ziekenfondsverzekerden konden niet worden geroyeerd, omdat zij van rechtswege waren verzekerd. In de particuliere verzekering daarentegen konden verzekerden al na een periode van 2–3 maanden wegens wanbetaling worden geroyeerd. Voorts vragen de leden van de CDA-fractie wat er gebeurt met deze betalingen wanneer iemand zijn premieachterstand alsnog inloopt.

Als iemand met premieachterstand die achterstand binnen de looptijd van het Protocol inloopt, is deze verzekerde met terugwerkende kracht geen wanbetaler meer. Een verzekeraar heeft dan geen recht op compensatie van gederfde premie. Eventueel reeds verkregen tegemoetkoming uit het Zorgverzekeringsfonds zal worden teruggevorderd.

De leden van de CDA-fractie vragen welke prikkels een onverzekerde ondervindt opdat hij zich alsnog gaat verzekeren.

Een onverzekerde verzekeringsplichtige zal op den duur toch een zorgvraag krijgen. Bij het invoeren van de zorg zal deze onverzekerde worden geconfronteerd met de rekening van de zorgverlener, indien hij zich niet alsnog verzekert. Daarnaast ondervindt de onverzekerde een prikkel om zich te verzekeren in verband met de bestuurlijke boete die de onverzekerde opgelegd krijgt. De bestuurlijke boete kan op het moment waarop hij zich alsnog verzekert vijf jaar terugwerken en de rekening wordt dus steeds hoger.

Verder vragen de leden van de CDA-fractie of onverzekerden actief worden opgespoord en geholpen om een verzekering af te sluiten voordat de boetes te hoog worden.

Op basis van de voorlopige cijfers van het CBS lijkt het aantal onverzekerden niet gestegen¹.

De voorlopige cijfers duiden zelfs op een beduidend lager aantal onverzekerden dan in voorgaande jaren (geschatte aantal van 182 000 in 2006 ten opzichte van 242 000 onverzekerden in 2005.) Nu de voorlopige cijfers van het aantal onverzekerden mee blijken te vallen, lijkt het mij thans niet gerechtvaardigd om een ingrijpend middel in te zetten als bestandskoppeling, met het doel opsporing van onverzekerden.

De leden van de CDA-fractie vragen welke acties zijn ondernomen voor bijvoorbeeld mensen zonder vaste woon- en verblijfplaats en mensen die psychische problemen hebben.

Mijn ambtsvoorganger heeft belangenorganisaties die moeilijk bereikbare groepen vertegenwoordigen, zoals onder meer de Landelijke vereniging voor dak- en thuislozen en de Stichting Ombudsman, in het najaar van 2005 en in het voor- én najaar van 2006 in de gelegenheid gesteld om subsidie aan te vragen voor voorlichting over de zorgverzekering aan deze doelgroepen. Het doel van deze subsidie was om moeilijk bereikbare doelgroepen te bereiken en te bewerkstelligen dat mensen zich zouden verzekeren en een zorgtoeslag zouden aanvragen. Diverse belangenorganisaties hebben van deze subsidiemogelijkheid gebruik gemaakt en door hun inspanningen is het aantal onverzekerden daadwerkelijk verkleind.

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 107.

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.

Iemand die geen uitschrijfbewijs kan overleggen met de vermelding dat aan alle premiebetalingen is voldaan, dient gewoon geaccepteerd te worden. Paragraaf 2.2. van de Zvw bevat de bepalingen over de acceptatieplicht. Iedere zorgverzekeraar is verplicht met of ten behoeve van iedere verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied woont alsmede met of ten behoeve van iedere verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, desgevraagd een zorgverzekering te sluiten. (artikel 3, lid 1, Zvw). Het staat een zorgverzekeraar derhalve niet vrij te weigeren met een verzekeringsplichtige een zorgverzekering te sluiten. Hierop bestaat slechts één uitzondering: een zorgverzekeraar die een verzekering wegens wanbetaling of fraude heeft beëindigd, hoeft de eerste vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met de desbetreffende wanbetaler of fraudeur te sluiten (art. 3, lid 4, Zvw). Aangezien ZN heeft aangegeven dat verzekeraars voor de prolongatie van het jaar 2007/2008 een database operationeel willen hebben waarin het gegeven of iemand aan zijn betalingsverplichting heeft voldaan is vermeld, zal bij nota van wijziging Artikel I, onderdeel B van het wetsvoorstel geschrappt worden¹. Een vermelding op het uitschrijfbewijs is dan immers niet langer noodzakelijk.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts welke maatregelen een nieuwe verzekeraar mag nemen tegenover iemand die niet kan aantonen dat hij zijn premiebetalingen heeft voldaan bij de oude verzekering.

Er zijn geen wettelijke maatregelen getroffen die een nieuwe zorgverzekeraar kan nemen in de situatie dat iemand zijn premie uit de oude zorgverzekering niet voldaan heeft. Wanneer de nieuwe zorgverzekeraar kennis draagt van het vroegere betalingsgedrag van de verzekerde kan hij daarop anticiperen door bijvoorbeeld een machtiging voor de betaling van de premie zorgverzekering te vragen. Ook zal hij ten aanzien van deze verzekerde geneigd zijn een strakke regie te voeren met betrekking tot de toepassing van het incassobeleid.

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.

Een zorgverzekeraar heeft het recht om een verzekerde vijf jaar nadat hij deze wegens wanprestatie heeft geroyeerd te weigeren, omdat in dit soort situaties de vertrouwensrelatie tussen de zorgverzekeraar en de betrokkene zodanig geschonden kan zijn, dat het niet realistisch is de verzekeraar te verplichten die betrokkene binnen een periode van vijf jaar na de opzegging of de ontbinding opnieuw te accepteren.

De leden van de CDA-fractie vragen in dit verband naar de definitie van een verzekeraar. Is dat een verzekeraar die onder één naam een verzekering aanbiedt, zo vragen zij, of is dat een heel verzekeringsconglomeraat?

Een zorgverzekeraar is een schadeverzekeraar met een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf in de branches ongevallen, (inclusief arbeidsongevallen en beroepsziekten), respectievelijk in de branche ziekte, die een zorgverzekering in de zin van de Zvw aanbiedt en uitvoert. Een zorgverzekeraar is dus elke individuele rechtspersoon binnen een verzekeraarsconglomeraat, die aan deze definitie voldoet.

¹ Nota van wijziging inhoudende wijziging van Artikel I, onderdeel B (Zorgverzekeringswet) en een technische wijziging van Artikel III (Wet op de zorgtoeslag).

Ten slotte geven de leden van de CDA-fractie aan een visie te missen op hoe mensen die geroyeerd zijn door hun zorgverzekeraar, zich opnieuw zullen verzekeren. Deze leden vragen de regering om een toelichting, want, zo stellen zij, het moet uitdrukkelijk mogelijk en aantrekkelijk zijn om, als je onverzekerd bent, je weer aan te melden voor een verzekering. Deze leden vragen zich af hoe de regering dit zal bevorderen, zowel voor mensen die al sinds 1 januari 2006 onverzekerd zijn als voor mensen die geroyeerd zijn.

Iedere geroyeerde verzekerde kan zich wenden tot een andere zorgverzekeraar dan de zorgverzekeraar die de betrokkene in de afgelopen vijf jaar heeft geroyeerd en met die andere zorgverzekeraar een zorgverzekeringsovereenkomst sluiten. Zoals hierboven aangegeven zal een verzekerde een prikkel voelen zich te verzekeren indien hij zorg nodig heeft en niet het risico wil lopen om zelf geconfronteerd te worden met de rekening. Hoe langer een onverzekerde wacht zich alsnog te verzekeren, hoe hoger het bedrag van de boete zal zijn die een verzekeraar hem oplegt. Ook dit is een prikkel tot het sluiten van een nieuwe verzekering.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar aanleiding van de brief van 13 december 2005¹, in een overzicht aan te geven, in hoeverre de 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.

In de brief van 13 december 2005 waarmee mijn ambtsvoorganger het Rapport «Zorg Verzekerd» heeft aangeboden aan de beide Kamers zijn maatregelen opgenomen waardoor het aantal onverzekerden zo laag mogelijk kan worden gehouden.

Het betreft de volgende maatregelen:

- a. Het bevorderen van collectieve (aanvullende) verzekeringen voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima.

Momenteel hebben ongeveer 350 van de circa 460 gemeenten een collectieve verzekering gesloten, niet alleen voor bijstandsgerechtigden, maar ook voor andere inwoners met een inkomen rond het minimum.

- b. Het bewerkstelligen van een koppeling in gegevensbestanden zodat gemeenten automatisch geïnformeerd kunnen worden indien een bijstandsgerechtigde een gekwalificeerde betalingsachterstand heeft.

De koppeling van bestanden waardoor het mogelijk is om betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden rechtstreeks te melden bij de gemeenten is gerealiseerd. De signalering van deze betalingsachterstanden loopt via het zogeheten Inlichtingenbureau. Momenteel zijn er tien zorgverzekeraars die de bestanden aanleveren aan het Inlichtingenbureau. Dat zijn nog niet alle zorgverzekeraars. Ik heb bij ZN aangedrongen de verzekeraars nogmaals te wijzen op het belang deze gegevens aan het IB te verstrekken.

- c. Het aanbieden van een begeleidend schrijven bij het uitschrijfbewijs bij het einde van een verzekering.

Aangezien ZN heeft aangegeven dat verzekeraars voor de prolongatie van het jaar 2007/2008 een database operationeel willen hebben waarin het gegeven of iemand aan zijn betalingsverplichting heeft voldaan is vermeld, zal bij nota van wijziging Artikel I, onderdeel B van het wetsvoorstel geschrapt worden. Een vermelding op het uitschrijfbewijs is dan immers niet langer noodzakelijk.

- d. Het rechtstreeks overmaken van de zorgtoeslag naar de zorgverzekeraar.

Op basis van vrijwilligheid kan een verzekerde de zorgtoeslag laten overmaken aan de zorgverzekeraar. Ik verwijs voor maatregelen na 1 juli 2007 naar hetgeen ik hierover in de inleiding heb opgemerkt.

- e. Het bevorderen van automatische incasso.

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 47.

Met het onderliggende wetsvoorstel worden de incassomogelijkheden van de zorgverzekeraars versterkt.

De leden van de fractie van de PvdA-fractie vinden het belangrijk dat er nu eindelijk duidelijkheid komt over het aantal onverzekerden. Zij vragen in hoeverre is er nu zicht op het aantal niet-betalers en of er nog steeds wordt uitgegaan van 182 000 onverzekerden. Voorts vragen zij wanneer een definitief aantal kan worden genoemd en hoe deze groep kan worden uitgesplitst.

Het CBS heeft aan de hand van monitoring een schatting gemaakt van het aantal onverzekerden. Het CBS heeft mij laten weten dat eind april 2007 definitieve cijfers met een analyse van de verschillende groepen onverzekerden beschikbaar zullen zijn. Ik zal de Kamer informeren, zodra ik de genoemde gegevens van het CBS ontvangen heb.

De leden van de PvdA-fractie zijn voorts van mening dat onderscheid gemaakt moet worden tussen mensen die niet willen betalen en mensen die de premie niet kunnen betalen. Zij vragen om hoeveel mensen het gaat in deze beide groepen. Zij hebben gevraagd wat is gedaan om deze mensen te bereiken.

De verzekeraars hebben geen bijzondere gegevens over de achtergrond van een wanbetaler. Er wordt geen onderzoek gedaan naar de reden, waarom verzekerden de verschuldigde premie uit de zorgverzekering niet betalen. Wanneer een incassoprocedure is gestart ontstaat er – op individueel niveau – wel inzicht in de achtergrond van een wanbetaler. Dit is ook noodzakelijk om de verhaalbaarheid van vorderingen te kunnen beoordelen.

In beginsel zou iedereen in staat moeten zijn de nominale premie te betalen. De bijstandsnorm is daarop afgestemd. Als iemand door omstandigheden tijdelijk niet zou kunnen betalen, dan kan een zorgverzekeraar een betalingsregeling met die persoon treffen.

Van te voren is natuurlijk niet bekend of een verzekerde zich zal ontpoppen als wanbetaler. Er zijn maatregelen getroffen die er op gericht zijn het aantal onverzekerden zo laag mogelijk te houden. Indien vervolgens blijkt, dat een verzekerde zijn premie niet betaalt of betalingsproblemen heeft, zal een verzekeraar trachten alsnog betaling te krijgen en zonodig afspraken te maken. Het Protocol is daarop gericht.

Welke mogelijkheden zijn er voor mensen met een laag inkomen die, ondanks de zorgtoeslag, niet in staat zijn de premie te betalen, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

Gemeenten nemen hun verantwoordelijkheid voor bepaalde groepen van de sociale minima. Zo hebben inmiddels 350 gemeenten een collectieve ziektekostenverzekering gesloten voor inwoners die bijstandgerechtigd zijn of anderszins over een minimuminkomen beschikken.

Verder vragen deze leden welke oplossingen door verzekeraars zijn gezocht om deze mensen wel in staat te stellen om de premie te betalen, bijvoorbeeld via een traject van schuldsanering.

Is bijvoorbeeld in het Protocol incassotraject wanbetalers 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, zo vragen zij.

De in het Protocol vastgelegde incassoafspraken betreffen het hele scala aan mogelijkheden om degenen die nalatig zijn de premie zorgverzekering te voldoen, te helpen om die schuld, al dan niet op termijn, te betalen. Het

begint met de rol van de zorgverzekeraars in fase 1. Die bestaat er uit dat er ten minste twee aanmaningen en een klantcontact plaatsvinden. De door zorgverzekeraars aangezochte incassopartners zijn professionals op het terrein van de incassoproblematiek. Ik heb van de Nederlandse Vereniging van Incasso-ondernemingen (NVI) vernomen dat het onderzoeken en zonodig bevorderen van afbetalingsmogelijkheden of schuldsanering onderdeel uitmaken van de werkwijze van incassobureaus.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom wordt gesteld dat het pakket maatregelen dat nu wordt voorgesteld zowel in het belang is van de verzekeringnemers 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.

Het hebben van een zorgverzekering en het betalen van de premie is niet alleen een belang van de zorgverzekeraar, maar ook een belang van de verzekeringnemer. Weliswaar kan iemand die zich ondanks zijn verzekeringsplicht niet heeft verzekerd op het moment waarop hij geneeskundige zorg nodig heeft, alsnog een zorgverzekering sluiten en de zorg die hij nodig heeft genieten, maar hij zal dan wel een boete krijgen over de periode dat hij ten onrechte niet verzekerd was, tenzij hem, bijvoorbeeld wegens zijn geestestoestand, het niet verzekerd zijn niet verweten kan worden.

De leden van de PvdA-fractie 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 immers voort dat de overheid verantwoordelijk is voor een zorgstelsel dat alle Nederlanders toegang geeft tot noodzakelijke, kwalitatief goede zorg. Zij vragen op welke zorg mensen die geroyeerd zijn nog kunnen rekenen, en wie dat dan betaalt. Ook vragen deze leden welke verantwoordelijkheid verzekeraars hierin hebben en welke verantwoordelijkheid de overheid heeft. Zij verzoeken om precies aan te geven 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 Grondwet en de door Nederland gesloten verdragen brengen inderdaad met zich dat er een zorgstelsel moet zijn, waarvoor de overheid verantwoordelijkheid draagt en waarbij de toegang tot noodzakelijke zorg voor iedereen gewaarborgd is. Met de Zvw is invulling gegeven aan dit zorgstelsel.

Mensen die zijn geroyeerd zullen zich bij een nieuwe zorgverzekeraar kunnen verzekeren, zelfs als zij dat pas doen vlak voor het moment waarop zij geneeskundige zorg nodig hebben. Dat is het gevolg van de acceptatieplicht die in de Zvw is geregeld.

Als iemand zorg nodig heeft maar niet verzekerd is, kan betrokkene altijd zorg inroepen, maar hij zal dan in beginsel zelf geconfronteerd worden met de rekening. Om dit te voorkomen kan iemand zich alsnog verzekeren voordat behandeling plaatsvindt. Uit hoofde van zijn professionele verantwoordelijkheid is de zorgverlener verplicht om in bepaalde situaties de in aanmerking komende zorg te verlenen, ook al is iemand niet verzekerd.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het mogelijk is dat verzekeraars compensatie krijgen voor wanbetalers die meer dan zes maanden geen premie hebben betaald, terwijl zij geen zorgkosten hebben vergoed voor deze wanbetalers. Zij vragen met andere woorden of het mogelijk is dat

verzekeraars compensatie ontvangen, alleen omdat een verzekerde nog bij hen staat geregistreerd.

Iemand die bij een verzekeraar is geregistreerd, is een verzekerde. De verzekeraar draagt in dat geval het verzekeringsrisico voor deze verzekerde. De verzekerde heeft de verplichting de nominale premie te betalen. Voor de betaling van de premie is niet relevant of er al dan niet zorgkosten worden gemaakt. De compensatie dient ter vergoeding van gedeerde premie-inkomsten. Het kan dus voorkomen dat een verzekeraar deze compensatie ontvangt zonder dat er zorgkosten zijn gemaakt. Wel zal voorwaarde voor de compensatie zijn, dat de verzekeringsdekking niet is beperkt.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre een beroep wordt gedaan op het Zorgverzekeringsfonds, hoe de eerste schatting van € 25–€40 miljoen compensatie tot stand is gekomen en of er consequenties zijn voor de risicoverevening. Voorts vragen deze leden wat de te verwachten verhoging van de nominale premie en inkomensafhankelijke bijdrage is, gezien de nu bekende cijfers over het aantal wanbetalers.

Voor het jaar 2006 is een eerste inschatting gemaakt van het aantal wanbetalers waarvoor verzekeraars compensatie gaan ontvangen. Het gaat hierbij om verzekerden die een achterstand van meer dan zes maanden premie hebben. Mijn inschatting op het moment van het opstellen van het voorstel van wet was dat het ging om 60 000 tot 100 000 verzekerden die in 2006 gemiddeld elf maandpremies betalingsachterstand hebben. Voor deze verzekerden krijgen zorgverzekeraars dus gemiddeld vijf maandpremies gecompenseerd. De compensatie betreft dus 5/12e van de rekenpremie van € 970 per wanbetaler. De eerste schatting is dus $60\ 000 \text{ tot } 100\ 000 \times 5/12 \times €\ 970 = €\ 25 \text{ tot } €\ 40$ miljoen. Dit bedrag komt volledig ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. Dit betekent vanwege de zogenoemde 50/50-regeling dat de helft van het bedrag wordt gefinancierd uit een hogere inkomensafhankelijke bijdrage en de andere helft door minder beschikbare middelen voor de vereveningsbijdrage en dus door een hogere – voor alle verzekeraars gelijke – rekenpremie. Hoewel de nominale premie door iedere verzekeraar zelf wordt vastgesteld, zal een hogere rekenpremie waarschijnlijk ook een hogere nominale premie betekenen. Het voorgaande doet overigens niks af aan het principe van de risicoverevening.

In de uitvoering van de maatregel sluit ik aan bij het afrekeningschema van de vereveningsbijdragen voor zorgverzekeraars door CVZ. Ik ga uit van een niscalculatorische aanpak met een voorlopige en een definitieve afrekening. De omvang van de compensatie en de voorwaarden waaronder deze wordt verleend, worden bij ministeriële regeling bepaald.

In het kort komt de uitvoering van de compensatiemaatregel neer op het volgende. Allereerst vraagt het CVZ bij zorgverzekeraars ten behoeve van de voorlopige afrekening van de vereveningsbijdrage 2006 in september 2007 – naast de informatie voor de afrekening van de vereveningsbijdrage 2006 – ook het aantal wanbetalers over 2006 op waarvoor een verzekeraar in aanmerking komt voor compensatie. Het betreft dus een opgave van de zorgverzekeraar van het aantal verzekerden met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies in 2006 en de gemiddelde achterstand in maanden. Het CVZ keert vervolgens een voorlopig bedrag uit ter compensatie van de gedeerde premie-inkomsten gecorrigeerd voor de eerste zes maanden premieachterstand die voor rekening van de zorgverzekeraar komt. Onlangs hebben zorgverzekeraars een opgave gedaan van het aantal wanbetalers met hun premieschuld in 2006. Uit deze opgaven blijken er bijna 240 000 verzekerden te zijn met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies. De totale premieachterstand van deze

groep wanbetalers bedraagt 194 miljoen euro. De gemiddelde premieachterstand komt neer op ruim negen maanden (uitgaande van een gemiddelde nominale premie van € 1050 in 2006). De verzekeraars moeten de eerste zes maanden voor eigen rekening nemen. Voor de overige maanden compenseer ik de verzekeraar door een vergoeding te geven ter hoogte van de rekenpremie. Dit komt (voorlopig) neer op ongeveer € 65 miljoen (3 maanden x rekenpremie van € 970 per jaar x aantal wanbetalers) in 2006. De definitieve hoogte van de compensatie is afhankelijk van het aantal wanbetalers dat resteert na het verzwaarde incassoregime bij definitieve afrekening.

Alle verzekerden met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies vallen onder het verzwaarde incassoregime dat tot 1 juli 2007, conform het gecontinueerde Protocol, van kracht is. Om te voorkomen dat verzekeraars gecompenseerd worden voor verzekerden die door een succesvol incassoregime toch aan hun betalingsverplichting voldoen, vindt er in september 2008 een definitieve afrekening plaats van de compensatie die de verzekeraar voor 2006 al heeft ontvangen. Het CVZ vraagt opnieuw het aantal verzekerden met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies in 2006 en de gemiddelde achterstand in maanden op. Verzekerden die hun betalingsachterstand hebben voldaan, vallen niet meer onder deze aanlevering van zorgverzekeraars. Het CVZ bepaalt op basis van deze gegevens de definitieve compensatie voor 2006.

Voor 2007 (tot 1 juli) geldt een zelfde afrekeningscyclus. De compensatie in 2007 kan zowel betrekking hebben op bestaande wanbetalers (waarvoor een verzekeraar reeds een compensatie heeft ontvangen in het voorgaande jaar) als op nieuwe wanbetalers (die gedurende het voorgaande jaar of in het lopende jaar een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies hebben opgebouwd).

De leden van de PvdA-fractie zijn voorts 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.

Onderdeel van het pakket aan maatregelen om te voorkomen dat mensen onverzekerd raken als gevolg van roeyement wegens wanbetaling, is het verstrekken van een gedeeltelijke financiële compensatie aan zorgverzekeraars voor gedeelde premie-inkomsten. De zorgverzekeraars zullen dan wel de incassomaatregelen, zoals beschreven in het Protocol, moeten uitvoeren.

Een overzicht van de financiële gevolgen op basis van de meest recente inzichten van het aantal wanbetalers zal ik aangeven in de toelichting bij de wijziging van de Regeling zorgverzekering.

Verder vragen de leden van de PvdA-fractie welk beleid verzekeraars ten aanzien van wanbetalers voeren. Zij vragen of dit voor alle verzekeraars gelijk is of dat er verschillen zijn. Zij vragen in hoeverre de verschillende verzekeraars bereid zijn tot betalingsregelingen en schuldsaneringen.

De zorgverzekeraars hebben zich gebonden aan de inspanningen, zoals die zijn vastgelegd in bijgevoegd Protocol. De door de zorgverzekeraars aangezochte incassopartners voeren het incassotraject uit volgens dit Protocol. Het is aan de zorgverzekeraars om aan de hand van het Protocol te bezien bij welke verzekerden betalingsregelingen of schuldsanering kan leiden tot het opheffen van de situatie dat er sprake is van wanbetaling.

De leden van de PvdA-fractie 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.

Alleen voor betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden wordt via het Inlichtingenbureau een melding aan de gemeenten gedaan. Vastgesteld is dat niet alle verzekeraars informatie over premieachterstanden hebben gemeld bij het Inlichtingenbureau. Momenteel zijn er tien zorgverzekeraars die de bestanden aanleveren aan het Inlichtingenbureau. Door de invoering van het nieuwe stelsel hebben verzekeraars prioriteiten moeten stellen ten aanzien van de inzet van hun automatiseringscapaciteit. Dit heeft er bij een aantal verzekeraars toe geleid dat de aanlevering van gegevens aan het Inlichtingenbureau niet de hoogste prioriteit heeft verkregen. Bovendien heeft bij deze verzekeraars de overweging gespeeld dat men collectieve contracten heeft gesloten met een groot aantal gemeentelijke sociale diensten. Door het aangaan van deze contracten is de toegevoegde waarde van het aanleveren van gegevens aan het Inlichtingenbureau minder groot. Niettemin heb ik er bij ZN op aangedrongen om verzekeraars nogmaals te wijzen op het belang van aanleveren van gegevens.

Overigens wijs ik er op dat op dit moment een nadere uitwerking wordt gegeven aan de onder meer door ZN onlangs ondertekende «Intentieverklaring in het kader van samenwerking ter voorkoming van problematische schulden». Deze uitwerking zal onderhavige problematiek nog verder reduceren.

De leden van de PvdA-fractie vragen of informatie eenduidig wordt aangeleverd en of de informatie wordt aangeleverd op het niveau van verzekerden of van huishoudens.

Tevens vragen deze leden of de zorgverzekeraars bezig zijn een centrale database op te zetten, en zo ja, wanneer deze operationeel wordt.

Met betrekking tot de aanlevering is in overleg met het Inlichtingenbureau een format afgesproken. Verzekeraars hebben uitgesproken om zich in te spannen conform het format gegevens te leveren. In beginsel gaat het daarbij om gegevens op individueel niveau.

ZN heeft medio 2006 het initiatief genomen om een centrale database in te richten waarin ook het gegeven premieachterstand zou worden opgenomen. Dit anticiperend op een tijdige invoering van de onderhavige wet, waarbij het mogelijk zou zijn om een centrale toetsing uit te voeren via bovengenoemd databestand op het bestaan van premieachterstanden van verzekeringnemers die van verzekeraar wisselen. Op enig moment werd voor de verzekeraars duidelijk dat een tijdige invoering van een beperking van het overstaprecht voor de prolongatie 2006/07 niet meer haalbaar was. Daarmee verviel de noodzaak om een centrale database ten behoeve van de prolongatie te realiseren. ZN heeft mij medegedeeld dat het streven van verzekeraars er nochtans op is gericht om vóór de prolongatie 2007–2008 een dergelijke database operationeel te hebben. Daarvan uitgaande, is het plaatsen van een aantekening op het uitschrijfbewijs, inhoudende dat een verzekerde aan zijn premieverplichtingen heeft voldaan, overbodig. Daarom wordt in de nota van wijziging die ik uw Kamer samen met deze nota aanbiedt, het desbetreffende onderdeel (Artikel I, onderdeel B) uit voorliggend wetsvoorstel geschrapt.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of er nog rekeningen door verzekeraars gestuurd worden naar mensen die zich bij een andere verzekeraar hebben verzekerd en of de administratie van alle ziektekostenverzekeraars nu op orde is. Is het feit dat verzekeraars achterstanden hadden in hun administratie en dus pas laat rekeningen zonden aan verzekerden met achterstallige betaling, zo vragen deze leden zich af, 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?

Verzekeraars sturen geen rekeningen naar mensen die zich bij een andere verzekeraar hebben verzekerd. Wat betreft het op orde zijn van de administraties hebben mij geen signalen bereikt dat dit niet het geval zou zijn. Uiteraard heeft de invoering van het nieuwe zorgstelsel een zware wissel getrokken op de administratieve capaciteit van de zorgverzekeraars. Deze omstandigheid heeft evenwel niet tot ontsporingen geleid. Als er al sprake is geweest van het laat ontvangen van rekeningen door de verzekerden, is dat naar alle waarschijnlijkheid mede veroorzaakt door de in de wet vastgelegde uiterste aanmeldingsdatum van vóór 1 mei 2006.

De leden van de PvdA-fractie zijn bezorgd over de te verwachten problemen per 1 juli a.s. omdat sociale diensten dan mogelijk zullen worden geconfronteerd met mensen die grote premieachterstanden hebben opgebouwd. Deze mensen zijn dan geroyeerd door hun verzekeraar, zij zijn niet verzekerd als zij noodzakelijke zorg nodig hebben en zij hebben een schuld die niet of nauwelijks is weg te werken. De leden van de PvdA-fractie vragen of deze schuld alleen uit premieachterstand bestaat of dat daar bedragen voor incasso en achterstallige betaling bijgeteld worden en vragen zo mogelijk een voorbeeld te geven van de verhouding niet-betaalde premie en overige kosten van iemand die achttien maanden geen premie heeft betaald?

Conform wat overal gebruikelijk is in geval van incasso van schulden en wat ook op grond van het privaatrecht is toegestaan, wordt de schuld verhoogd met de kosten van incasso en de wettelijke rente. Gezien het feit dat het incassotraject uitsluitend door gecertificeerde incassopartners van de zorgverzekeraars wordt uitgevoerd, kan ervan worden uitgegaan dat de incassokosten de redelijkheidstoets kunnen doorstaan. Ik heb niet de beschikking over gegevens over de kwantitatieve verhouding tussen niet-betaalde premie en incassokosten.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de vrees van sociale diensten terecht is 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, zo vragen zij.

Zoals hierboven al is vermeld, bevat het Rapport «Zorg Verzekerd» een analyse van de mogelijkheden om tegen te gaan dat mensen onverzekerd zijn en doet het een aantal aanbevelingen om dit te bewerkstelligen¹. De aanbevelingen behelzen onder meer het bevorderen van collectieve (aanvullende) verzekeringen voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima en het bewerkstelligen van een koppeling in gegevensbestanden zodat gemeenten automatisch geïnformeerd kunnen worden indien een bijstandsgerechtigde een gekwalificeerde betalingsachterstand heeft. In overleg met de betrokken veldpartijen (waaronder de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Divosa namens de gemeentelijke sociale diensten) is vervolgens aan deze aanbevelingen uitvoering gegeven. Het is uiteindelijk aan de gemeenten en de zorgverzekeraars of zij afspraken willen maken in het belang van de verzekerde cliënten. De ervaring van het eerste jaar van de Zvw leert inmiddels dat «best practises» op dit terrein breed navolging vinden. Inmiddels hebben 350 gemeenten collectieve contracten voor hun bijstandsccliënten en/of andere minima gesloten. Zoals ik hierboven op een eerder vraag van de leden van de PvdA-fractie heb aangegeven, kan iemand die zorg nodig heeft maar niet verzekerd is, zich altijd alsnog verzekeren. Zelfs als hij dat niet doet kan hij altijd zorg inroepen, maar hij zal dan in beginsel zelf geconfronteerd worden met de

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 47.

rekening. Uit hoofde van zijn professionele verantwoordelijkheid is de zorgverlener verplicht om in bepaalde situaties de in aanmerking komende zorg te verlenen. Ik verwijs voorts naar hetgeen ik over de voorgenomen vervolgmaatregelen in de inleiding heb opgemerkt.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder hoeveel gemeenten een collectieve verzekering voor bijstandsgerechtigden hebben afgesloten en in hoeveel gevallen de nominale premie wordt ingehouden op de uitkering.

Op dit moment hebben 350 gemeenten een collectieve verzekering gesloten, niet alleen voor bijstandsgerechtigden, maar ook voor andere inwoners met een inkomen rond het minimum. In alle collectieve contracten is vanzelfsprekend aandacht besteed aan de wijze waarop de premie betaald wordt. Mij is niet bekend in hoeveel gevallen de nominale premie rechtstreeks wordt ingehouden op de uitkering.

Ten slotte vragen de leden van de PvdA-fractie hoe de financiële tegemoetkoming aan gemeenten voor de administratieve lasten van collectieve verzekeringen en de kosten van voorlichting (€ 5 miljoen in 2006) precies zijn besteed.

Het genoemde budget is door de VNG naar evenredigheid verdeeld over de gemeenten.

De leden van de VVD-fractie vragen of concreet kan worden aangegeven wat ze zich moeten voorstellen bij een verzwaaard incassoregime en of precies kan worden geschetst hoe zo'n «steeds zwaarder wordend incassoregime» er concreet uitziet. Ook vragen ze in hoeverre dit regime afhankelijk is van de vrijwillige medewerking van de wanbetaler, en in hoeverre betaling kan worden afgedwongen.

Het Protocol, dat als bijlage bij deze nota is gevoegd, bevat de afspraken over het incassotraject. Als blijkt dat de verzekerde een betalingsachterstand in de premiebetaling heeft ter grootte van de nominale premie over zes maanden, gaat hij over naar het verzwaaarde incassoregime. Dan worden de incasso-activiteiten uitgevoerd door een door de zorgverzekeraar aangezochte incassopartner, die zich beroepshalve met incasso-activiteiten bezighoudt, zoals bijvoorbeeld een extern incassobureau of een deurwaarder.

Deze incassopartner stelt de verhaalbaarheid vast aan de hand van een screening en bepaalt de incassostrategie, aan de hand van verschillende debiteurengroepen. Per groep wordt het meest (kosten)efficiënte en effectieve incassotraject bepaald.

Dit betekent dat de aanpak (middelen, intensiteit en toonzetting) in deze fase van het incassotraject verschilt per groep. Onderscheid wordt bijvoorbeeld gemaakt op aanwezigheid van meerdere vorderingen van verschillende schuldeisers.

Indien in dit zogenoemde minnelijke traject betaling uitblijft, gaat de vordering zonodig het gerechtelijke traject in. Voordat dit traject kan beginnen moet er in het minnelijke traject in elk geval sprake zijn geweest van schriftelijke sommaties en contact zijn gezocht met de verzekerde, telefonisch of door een bezoek aan huis. De incassopartner draagt er zorg voor dat hij het verrichten van de laatstgenoemde activiteiten schriftelijk vastlegt.

De leden van de VVD-fractie stellen een aantal vragen over de mogelijkheid de zorgtoeslag vrijwillig rechtstreeks te laten betalen aan de zorgverzekeraar. Deze leden vragen zich af hoeveel mensen daartoe al hebben

besloten. Voorts vragen zij welke de mogelijkheden zijn om bij aanzienlijke betalingsachterstanden de zorgtoeslag automatisch in te houden en rechtstreeks naar de zorgverzekeraar te storten tegen de wil van de wanbetaler in en of dat wel uitvoerbaar is.

Het is niet mogelijk om aan te geven hoeveel mensen vrijwillig de zorgtoeslag aan de zorgverzekeraar laten storten. De verzekerde geeft zelf aan naar welke rekening de zorgtoeslag moet worden overgemaakt. De Belastingdienst registreert niet of dit rekeningnummer van een verzekeraar is. Op dit moment is het niet mogelijk om bij betalingsachterstanden de zorgtoeslag zonder instemming van de wanbetaler rechtstreeks naar de zorgverzekeraar over te laten maken. De zorgverzekeraar is immers geen rechthebbende op de zorgtoeslag. De zorgverzekeraar kan wel beslag leggen op de zorgtoeslag. De zorgverzekeraar heeft immers recht op premiebetaling.

Ik verwijs voor maatregelen na 1 juli 2007 naar hetgeen ik hierover in de inleiding heb opgemerkt.

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. Zij vragen hoe dit onderdeel van het wetsvoorstel zich verhoudt met de passage over de zorgtoeslagverrekening in het nieuwe Coalitieakkoord.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar hetgeen ik hierover in de inleiding heb opgemerkt.

De leden van de VVD-fractie zijn van oordeel dat de voorgestelde aantekening op het uitschrijfbewijs om wanbetalers herkenbaar te maken, omslachtig is en verkiezen een zwarte lijst. Zij vragen de regering of een zwarte lijst in het licht van de privacybescherming mogelijk is, naar het voorbeeld van de bestaande BKR-registratie in Tiel.

Bij het voorstel tot het plaatsen van een aantekening op het uitschrijfbewijs is in aanmerking genomen dat deze oplossingsrichting – mede gezien een advies van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) – al werd aanbevolen in het rapport «Zorg Verzekerd»¹, en door mijn ambtsvoorganger werd gevolgd.

Het wetsvoorstel voorziet er in dat een verzekerde na aanmaning de verzekering niet kan opzeggen. Tegen deze achtergrond heeft de zorgverzekeraar er een rechtstreeks belang bij om bij een nieuwe aanmelding te kunnen toetsen of tegen de aspirant-verzekeringnemer een opzeggingsbeletsel wegens wanbetaling van kracht is. ZN en het College voor zorgverzekeringen (hierna CVZ) hebben geïnvesteerd in de opzet van een centraal gegevensbestand, het Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen (SA-Z), waarin verzekerdengegevens worden beheerd en dat al operationeel is. Er worden voorbereidingen getroffen om, op het moment dat dit wetsvoorstel in werking treedt, het gegevensbestand uit te breiden met het gegeven dat een opzeggingsbeletsel wegens wanbetaling van kracht is. Zorgverzekeraars kunnen niet in het bestand kijken om na te gaan welke verzekerden daar in zitten. Wel zullen de zorgverzekeraars, wanneer zij een nieuwe verzekerde willen inschrijven, uit dit bestand automatisch de melding krijgen dat ten aanzien van de betreffende persoon het opzeggingsbeletsel van kracht is. Gegeven deze wettelijke grondslag verzet de Wet bescherming persoonsgegevens zich daar niet tegen.

Zoals hiervoor is aangegeven bij de beantwoording van de vragen van de PvdA-fractie, werd het verzekeraars op enig moment duidelijk dat een

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 47.

tijdige invoering van een beperking van het overstaprecht voor de prolongatie 2006/07 niet meer haalbaar was. ZN heeft mij medegedeeld dat het streven van verzekeraars er nochtans op is gericht om voor de prolongatie 2007–2008 een dergelijke database operationeel te hebben. In verband hiermee zal bij nota van wijziging Artikel I, onderdeel B van het wetsvoorstel geschrapt worden. Een vermelding op het uitschrijfbewijs is dan immers niet langer noodzakelijk.

De leden van de VVD-fractie vragen of concreet kan worden aangegeven hoe de verzekeraar kan anticiperen op slecht betalingsgedrag van de verzekerde, zoals in de memorie van toelichting is gesteld. En als de verzekeringsplichtige weigert mee te werken, zo vragen zij zich af, wat zijn dan de mogelijkheden voor de zorgverzekeraar om betaling vanaf het begin af te dwingen? Voorts vragen deze leden waarom niet wordt 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. Zij vragen of verdere maatregelen nog overwogen worden.

Een zorgverzekeraar kan iemand van wie hij weet dat hij bij een vorige zorgverzekeraar slecht van betalen was, benaderen met de vraag een machtiging tot automatische incasso af te geven of om een zorgtoeslag direct naar hem over te laten maken. Voorts kan hij sneller overgaan tot een strenger incassoregime. Betaling afdwingen vanaf het begin is niet mogelijk.

Ik verwijs voor de vraag over vervolgmaatregelen naar hetgeen ik hierover in de inleiding heb opgemerkt.

Ten slotte vragen de leden van de VVD-fractie of een overzicht kan 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?

Gemeenten nemen hun verantwoordelijkheid voor bepaalde groepen van de sociale minima. Inmiddels hebben 350 van de 458 gemeenten een collectieve ziektekostenverzekering gesloten voor inwoners die bijstandsgerechtigd zijn of anderszins over een minimuminkomen beschikken. Mij is niet bekend of door andere diensten of instellingen collectieve contracten zijn gesloten voor financieel kwetsbare groepen.

Het voorstel om het opzeggen van de verzekering door de wanbetaler (tijdelijk) onmogelijk te maken heeft 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 onvoldoende effect heeft om wanbetalers te bewegen hun rekeningen wel te voldoen? Deze leden zijn ook benieuwd naar de vraag of zwaardere maatregelen mogelijk zijn.

De maatregelen hebben niet het effect dat wanbetaling niet meer zal plaatsvinden. Ik deel niet de opvatting van de leden van de PVV-fractie dat een verzwaid incassoregime geen zoden aan de dijk zou zetten. De gemiddelde burger zal schrikken als hij een brief krijgt van een incassobureau. Dat is toch iets anders dan een aanmaning om alsnog te betalen. De mogelijkheden die verbonden zijn aan een incassoprocedure (deurwaarder, beslag, executoriale verkoop) zijn naar mijn mening dusdanig,

dat weinig mensen dit lichtvaardig zullen opvatten. Voor vervolgmaatregelen verwijs ik naar hetgeen ik hierover in de inleiding heb opgemerkt.

De leden van de PVV-fractie vragen voorts of de regering hun standpunt deelt dat het voorzien in een gedeeltelijke financiële compensatie van de door de zorgverzekeraars gederfde premie-inkomsten gedurende het incassotraject 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. Zij vragen de regering haar standpunt toe te lichten.

De gedeeltelijke financiële compensatie maakt deel uit van een samenhangend pakket van maatregelen om onverzekerde als gevolg van wanbetaling te voorkomen. De verzekeraars houden er belang bij om daarnaast de achterstallige premie te (laten) innen, aangezien de compensatie slechts gedeeltelijk is.

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel wanbetalers er nu eigenlijk zijn. Deze leden stellen vast dat diverse partijen verschillende aantallen noemen en vinden dat hierin met de grootst mogelijke spoed helderheid moet komen, zodat zonedig adequate maatregelen genomen kunnen worden.

Uit cijfers van het CVZ van medio maart 2007, blijkt dat er momenteel circa 240 000 wanbetalers zijn. Er zijn twee relatief kleine zorgverzekeraars die nog geen gegevens hebben aangeleverd. Dit zou kunnen leiden tot een (geringe) opwaartse bijstelling van het aantal wanbetalers.

De leden van de PVV-fractie vragen welke maatregelen de regering gaat nemen om het betalingsgedrag van verzekerden te verbeteren voordat een deel van hen wanbetaler wordt.

Er kunnen geen maatregelen genomen worden die rechtstreeks invloed hebben op het betalingsgedrag. Wel zijn er in de praktijk een aantal mogelijkheden die betalingsproblemen kunnen voorkomen. Verzekerden kunnen bijvoorbeeld premies automatisch laten afschrijven of bij vooruitbetaling voldoen. Als ze een bijstandsuitkering ontvangen kan op vrijwillige basis de betaling van de premie met de gemeente geregeld worden. Verder hebben verzekeraars mogelijkheden om betalingsproblemen te voorkomen. Zo kunnen zij, als er betalingsproblemen zijn, afspraken maken met verzekerden en zij kunnen, als er in het verleden problemen met betaling zijn geweest, afspraken maken over automatische incasso. Ik verwijs voor de maatregelen na 1 juli 2007 naar hetgeen ik hierover in de inleiding heb opgemerkt.

De leden van de PVV-fractie vragen verder of het juist is dat iemand die niet zijn zorgpremie voldoet, wel een zorgtoeslag en zorg krijgt. Zij vragen zich af hoe dit kan worden uitgelegd aan de mensen die wel netjes hun zorgpremie voldoen. Zij vragen tevens wat de regering gaat doen om de aanzuigende werking van wanbetaling (mensen die niet het aanzienlijke premiebedrag betalen en wel zorg en eventuele zorgtoeslag ontvangen) effectief te keren.

Voor het recht op zorgtoeslag is het van belang of een belanghebbende een zorgverzekering heeft gesloten. Als dit zo is ontvangt belanghebbende een zorgtoeslag. Het wel of niet betalen van de premie is hiervoor niet bepalend. De zorgtoeslag is bedoeld om iedereen in staat te stellen de nominale premie te betalen en daarmee aan zijn verplichting in het kader

van de zorgverzekeringsovereenkomst te voldoen. Zoals ik in de inleiding van deze nota naar aanleiding van het verslag heb aangegeven, ben ik voornemens de Wet op de zorgtoeslag zo te wijzigen, dat de zorgtoeslag niet meer aan een verzekerde wordt uitbetaald indien deze een premieschuld van meer dan zes maanden heeft.

Op dit moment bestaat de mogelijkheid al om de zorgtoeslag rechtstreeks aan de verzekeraar over te maken. Als op het aanvraagformulier voor de zorgtoeslag het rekeningnummer van de verzekeraar wordt ingevuld, gaat dit vanzelf goed. Er zijn ook al verzekerden die van deze mogelijkheid gebruik maken. Met welke achtergrond van wanbetaling de zorgverzekeraar te maken heeft, merkt hij al snel na het starten van het incassotraject. Hij zal hier zijn maatregelen op afstemmen.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering hun mening deelt dat het pakket aan maatregelen om het aantal mensen dat onverzekerd raakt als gevolg van royement wegens wanbetaling zo klein mogelijk te houden niet een wassen neus betreft die de wanbetaler niet of nauwelijks zal bewegen zijn betalingsgedrag te verbeteren.

Is, zo vragen zij, dit pakket van maatregelen nu juist niet in het voordeel van de verzekeringnemer, omdat de verzekeringnemer die wel netjes zijn bijdrage voldoet ook opdraait voor de kosten van de wanbetalers.

Het is, uit een oogpunt van solidariteit, van belang er naar te streven dat iedereen aan zijn betalingsverplichting voldoet. Daartoe zijn maatregelen uitgewerkt om wanbetalers tot betaling aan te zetten. De regering deelt niet de mening van deze leden dat de maatregelen een wassen neus zijn. Het zijn belangrijke eerste stappen in een soms moeizaam proces. Desalniettemin zullen de maatregelen in voorkomende gevallen onvoldoende zijn om tot betaling aan te zetten of om tot gedragsverandering aan te zetten, in die zin dat mensen de betaling van de nominale premie voorop stellen. Het is juist om deze reden, dat ik nadere maatregelen overweeg.

De leden van de PVV-fractie vragen voorts wat de totale zorgkosten zijn voor wanbetalers, voor onverzekerden en voor illegalen.

Ik kan de vraag wat de totale zorgkosten zijn voor wanbetalers niet beantwoorden omdat door zorgverzekeraars niet wordt bijgehouden welke kosten ten behoeve van deze specifieke groep verzekerden worden gemaakt.

Ook over de totale zorgkosten voor onverzekerden en illegalen zijn geen exacte gegevens bekend. Wel is bekend dat er in 2006 met de post dubieuze debiteuren een bedrag van circa € 37 miljoen is gemoeid. Die beleidsregel is bedoeld om (een deel van) de oninbare vorderingen van onder meer ziekenhuizen te bekostigen in het geval zij, ondanks hun inspanningen de kosten van geleverde zorg te verhalen op zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten. Daarnaast stelt de Stichting Koppeling, dankzij een jaarlijkse subsidie van het ministerie van VWS, een budget beschikbaar ter compensatie van de bovenmatige kosten voor zorgverleners (eerstelijnszorgverlener, waaronder verloskundigen, apothekers en tandartsen) die, ondanks hun inspanningen de kosten van geleverde zorg te verhalen op zorgconsumenten, onbetaald medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan vreemdelingen zonder verblijfsvergunning. In 2006 was hier circa € 7 miljoen mee gemoeid.

De leden van de PVV-fractie vragen ook naar de samenstelling van de groepen onverzekerden, wanneer die informatie beschikbaar is en of een monitor kan worden opgesteld. Met name vragen deze leden of een onderscheid kan worden aangebracht naar sociaal-economische- en etnische achtergrond.

Aan het CBS is verzocht het aantal onverzekerden te monitoren. Het CBS zal daarnaast een analyse doen van de cijfers en daarbij een uitsplitsing maken naar diverse groepen onverzekerden. Het CBS zal de cijfers over het aantal onverzekerden alsmede de daarbij behorende analyse eind april 2007 presenteren. Ik zal uw Kamer informeren, zodra ik de gegevens van het CBS ontvangen heb.

De leden van de PVV-fractie vragen voorts of het waar is dat door de Koppelingswet illegalen geen recht hebben op zorg ingevolge de sociale ziektekostenverzekering. Zij vragen of er ingevolge artikel 10, tweede lid van de Vreemdelingenwet 2000 (Vw) ruimte is voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en of dit nagenoeg alle zorgvormen betreft die zijn opgenomen in het Nederlandse wettelijke sociale verzekeringspakket.

In dit verband vragen de leden van de PVV-fractie of de regering met hen van mening is dat artikel 10, tweede lid van de Vw 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).

Door de Koppelingswet hebben illegalen inderdaad geen recht op zorg ingevolge de sociale ziektekostenverzekeringen. Wel is er ingevolge artikel 10, tweede lid, van de Vw ruimte voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg.

De regering deelt de mening van de leden van de PVV-fractie niet. Aan illegalen kan medisch noodzakelijke zorg worden verleend. Dit betreft nagenoeg alle zorgvormen die zijn opgenomen in het Nederlandse wettelijke sociale verzekeringspakket (Zvw en AWBZ), maar slechts onder de voorwaarde dat de vraag of de zorg wel hier en nu moet worden verleend, positief wordt beantwoord door de behandelend arts. De Commissie Klazinga gaat onder begeleiding van de KNMG de komende tijd nadere invulling geven aan het begrip «medisch noodzakelijke zorg» ten behoeve van de praktijk. Uw Kamer zal te zijner tijd worden geïnformeerd over de gevolgen van de bevindingen van de Commissie Klazinga voor het wetsvoorstel inzake de stroomlijning van de financiering van oninbare vorderingen van medisch noodzakelijke zorg verleend aan illegalen, dat momenteel in voorbereiding is. Dit wetsvoorstel zal ik binnen zeer afzienbare tijd voor advies voorleggen aan onder meer het Adviescollege toetsing administratieve lasten en het College bescherming persoonsgegevens.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering hun mening deelt dat ondeclarabele rekeningen op enigerlei wijze toch betaald moeten worden, of dat de regering voornemens is 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, zo vragen zij verder, dit fonds tevens de mogelijkheden en de taak te geven de schade van oninbare vorderingen op de illegalen te verhalen?

In de brief van 18 december 2006¹ heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven de financiering van oninbare vorderingen van medisch noodzakelijke zorg verleend aan illegalen te zullen gaan stroomlijnen. Uitgangspunt bij de stroomlijning blijft dat iemand die niet verzekerd is zelf de kosten van de aan hem verleende medische zorg moet betalen. Slechts in die gevallen waarin ondanks gebleken inspanningen van de zorgverlener geen kostenverhaal op de patiënt mogelijk blijkt, kan er een beroep worden gedaan op andere financieringsmogelijkheden. In het hierboven genoemde wetsvoorstel zal worden geregeld dat alle vormen van medisch noodzakelijke zorg die wordt verleend aan in betalingsonmacht

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

verkerende illegalen wordt gefinancierd uit één door de overheid te financieren fonds. De huidige financiering van oninbare vorderingen van medisch noodzakelijke zorg verleend aan illegalen voor eerstelijnszorg-aanbieders wordt daarbij uitgebreid naar alle vormen van medisch noodzakelijke zorg. Het gaat daarbij, zoals in de brief van 16 oktober jl.¹ is aangegeven, om nagenoeg alle zorgvormen die zijn opgenomen in het Nederlandse wettelijke sociale verzekeringspakket, onder de voorwaarde dat de vraag of de zorg wel nu en hier moet worden verleend door de behandelend arts positief wordt beantwoord.

In verband met de invoering van de Zvw is er gewerkt met nieuwe verzekerdenbestanden, zo hebben de leden van de PVV-fractie geconcludeerd. Deze bestanden zijn geschoond voor dubbelstellingen. Is het niet mogelijk dat het aantal verzekerden wordt onderschat en het aantal onverzekerden overschat of dat juist sprake is van het omgekeerde (meer onverzekerden dan geschat). Zij vragen de regering dit toe te lichten.

Bij de gegevens die het CBS zal verstrekken eind april 2007, zal ook een analyse worden gegeven, waarbij het CBS een uitsplitsing zal maken naar verschillende groepen onverzekerden.

Kan de regering, zo vragen de leden van de PVV-fractie voorts, het aantal in Nederland verblijvende mensen dat om wat voor reden dan ook niet meebetaalt aan de Zvw (wanbetalers, onverzekerden, illegalen) noemen?

Uit cijfers van het CVZ van medio maart 2007, blijkt dat er momenteel circa 240 000 wanbetalers zijn. Het aantal onverzekerden bedraagt volgens opgave van CBS naar schatting 182 000 (in 2006). In Nederland verblijven naar schatting 125 000–225 000 illegalen². Ik merk op, dat illegalen geen wettelijke zorgverzekering kunnen sluiten. Uit deze aantallen kan overigens niet geconcludeerd worden in welke mate deze groepen personen zorg nodig hebben.

Ten slotte vragen de leden van de PVV-fractie wat de regering vindt van het initiatief van zorgverzekeraar Agis, die met zo'n veertig gemeentelijke sociale diensten contracten heeft gesloten volgens welke die gemeenten de zorgpremie inhouden op de uitkering om te voorkomen dat mensen hun zorgpolis niet meer betalen. Vindt de regering, zo vragen deze leden, dat dit navolging verdient en is de regering bereid dat te bevorderen?

In antwoord op vragen van het Kamerlid Agema van 15 februari 2007 heb ik op 12 maart 2007 geantwoord dat mijn ambtsvoorganger in december 2005 het Rapport «Zorg Verzekerd» van de Stuurgroep «Onverzekerden» heeft aangeboden aan de Tweede Kamer. Dit rapport bevat een analyse van de mogelijkheden om tegen te gaan dat mensen onverzekerd zijn en doet een aantal aanbevelingen om dit te bewerkstelligen. Dit is toegelicht in de brief aan de Tweede Kamer van 13 december 2005³. De aanbevelingen beheldden onder meer het bevorderen van collectieve (aanvullende) verzekeringen voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima en het bewerkstelligen van een koppeling in gegevensbestanden zodat gemeenten automatisch geïnformeerd kunnen worden indien een bijstandsgerechtigde een gekwalificeerde betalingsachterstand heeft. In overleg met de betrokken veldpartijen (waaronder de Vereniging Nederlandse Gemeenten en Divosa namens de gemeentelijke sociale diensten) is vervolgens aan deze aanbevelingen uitvoering gegeven. Het is uiteindelijk aan de gemeenten en de zorgverzekeraars of zij afspraken willen maken in het belang van de verzekerde cliënten. De ervaring van het eerste jaar van de Zvw leert inmiddels dat «best practises» op dit terrein breed navolging vinden. Inmiddels hebben 350 gemeenten collectieve contracten voor hun bijstandsccliënten en/of andere minima gesloten.

¹ Kamerstukken II 2006/07, 29 689, nr. 116 en 19 637, nr. 116.

² Kamerstukken II 2006/07, 29 344, nr. 60 en 19 637, nr. 60.

³ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 47.

De leden van de SGP-fractie constateren dat er niet voor is gekozen om het Protocol dat met Zorgverzekeraars Nederland is afgesproken 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. De leden van de SGP-fractie vragen de regering uit te leggen waarom hiervoor is gekozen.

De verzekerden hebben met de zorgverzekeraars een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst gesloten, waaruit de plicht tot premiebetaling voortvloeit. Indien een van de partijen uit die overeenkomst wanprestatie pleegt, in dit geval de verzekerde die zijn premie niet betaalt, moeten de partijen dit zelf oplossen. De overheid is bij die overeenkomst geen partij. Het is dan ook niet aan de overheid om in een ministeriële regeling te bepalen hoe de beide partijen, verzekerden en zorgverzekeraars, met wanbetaling moeten omgaan.

De zorgverzekeraars hebben besloten tot maatregelen, vastgelegd in een Protocol, om wanbetalers te bewegen tot een beter betalingsgedrag. Dit om te voorkomen dat wanbetalers geroyeerd worden. De overheid draagt verantwoordelijkheid voor de toegang tot noodzakelijke zorg voor iedereen en heeft derhalve belang bij een zo klein mogelijk aantal onverzekerden. De overheid heeft er vanuit die verantwoordelijkheid ook belang bij dat verzekerden niet geroyeerd worden wegens wanbetaling.

De leden van de SGP-fractie vragen of het feit dat het wetsvoorstel aansluit op in het Protocol gemaakte afspraken geen mogelijke problemen oplevert bij de uitvoering in de toekomst die op dit moment nog niet zijn te voorzien. Zij vragen ook of de zorgverzekeraars er bijvoorbeeld voor kunnen kiezen om al sneller over te gaan tot een verzaamd regime dan na zes maanden en wat daarvan de consequenties zijn?

Zorgverzekeraars hebben zich gezamenlijk aan het Protocol gecommitteerd. Dit Protocol geeft naar mijn mening blijk van een zorgvuldige opbouw en fasering van maatregelen die genomen kunnen worden. Ik zie niet in waarom verzekeraars daarvan zouden willen afwijken. Indien verzekeraars zich niet houden aan de afspraken en ze toch een beroep doen op de gedeeltelijke financiële compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds, voldoen zij niet aan de voorwaarden om die compensatie uitgekeerd te krijgen.

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. Ook zouden zij graag een toelichting zien op het gegeven dat in principe over dat jaar een volledige vergoeding wordt gegeven. Zij vragen of het juist is te concluderen dat er alsdan voor zorgverzekeraars geen dringende reden meer is om na afloop van het eerste halfjaar een verzaamd incassoregime in te zetten. Hoe wordt bereikt, zo vragen zij voorts, dat zorgverzekeraars er toch alles aan zullen doen om de premies van wanbetalers te innen.

Met zorgverzekeraars is afgesproken dat de incassomaatregelen gedurende achttien maanden van kracht zijn. Na deze periode (dat is dus 1 juli 2007) zal worden bezien of er aanleiding bestaat nadere maatregelen te treffen. De vergoeding die verzekeraars krijgen is 100% van de rekenpremie voor ten hoogste 12 maanden. Dit is niet de volledige vergoeding voor de nominale premie. Voorwaarde is, dat de zorgverzekeraars de incassomaatregelen, zoals beschreven in het Protocol, moeten uitvoeren. De gedeeltelijke financiële compensatie maakt deel uit van een samenhangend pakket van maatregelen om onverzekerden als gevolg van wanbe-

taling te voorkomen. De verzekeraars houden er belang bij om daarnaast de achterstallige premie te (laten) innen, aangezien de compensatie slechts gedeeltelijk is.

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?

Voor het recht op zorgtoeslag is het van belang of een belanghebbende een zorgverzekering heeft gesloten. Als dit zo is ontvangt belanghebbende een zorgtoeslag. Het wel of niet betalen van de premie is hiervoor niet bepalend. Wel is de zorgtoeslag wel vatbaar voor beslag door de zorgverzekeraar. Ik verwijs voor verdere maatregelen naar hetgeen ik hierover in de inleiding heb opgemerkt.

De leden van de SGP-fractie veronderstellen dat het bewijs van uitschrijving pas verkregen kan worden na afloop van het verzekeringsjaar. Zij vragen of dit geen problemen op kan leveren bij verzekerden die aan het eind van het jaar over willen stappen naar een andere verzekeraar, omdat er nog geen bewijs van betaling is op het moment dat zij overstappen. Zij vragen of deze gedachte juist is en of er geen alternatief gevonden moet worden om dergelijke problemen te voorkomen.

ZN heeft medio 2006 het initiatief genomen om een centrale database in te richten waarin ook het gegeven premieachterstand wordt opgenomen. Het streven van verzekeraars is er op gericht om voor de prolongatie 2007–2008 een dergelijke database operationeel te hebben. Omdat verzekeraars dan elektronisch gegevens kunnen uitwisselen, zal voorkomen worden dat het genoemde probleem ontstaat. In verband hiermee zal bij nota van wijziging Artikel I, onderdeel B van het wetsvoorstel geschrapt worden. Een vermelding op het uitschrijfbewijs is dan immers niet langer noodzakelijk.

Een verzekering met een andere zorgverzekeraar kan overigens ook nog in het nieuwe jaar gesloten worden. In Artikel 5, lid 5, onderdeel b, van de Zvw, is voor deze situatie bepaald dat de verzekering tot het einde van de maand januari gesloten kan worden en dan terugwerkt tot en met 1 januari van dat jaar.

Academische component

De leden van de CDA-fractie vragen waarom onderscheid wordt gemaakt tussen de financiering van academische ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen, aangezien ook in topklinische ziekenhuizen innovatie en nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling plaatsvinden.

Vanuit het oogpunt van kwaliteit en efficiëntie is de innoverende functie geconcentreerd bij de academische ziekenhuizen. Deze functie steunt onder meer op het daar geconcentreerd fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Het eindproduct is niet altijd afgebakend, waardoor directe toerekening naar activiteiten niet mogelijk is of alleen mogelijk is tegen zeer hoge kosten. Dit alles laat onverlet dat er ook innovatie plaats vindt in andere (topklinische) ziekenhuizen. Het is echter niet noodzakelijk deze product- en procesinnovaties apart te bekostigen. De ziekenhuizen kunnen zelf, naar eigen inzicht, hun inkomsten uit de prijzen van DBC's aanwenden voor niet-wetenschappelijk onderzoek en innovatie.

De leden van de CDA-fractie 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.

In antwoord op de gestelde vraag kan ik deze leden mededelen dat de berekeningssystematiek als gevolg van de nieuwe bekostigingswijze ongewijzigd blijft. De berekeningssystematiek houdt in dat de hoogte van de gehele toeslag jaarlijks wordt geïndexeerd en het deel van de toeslag dat betrekking heeft op topreferente zorg bovendien jaarlijks toeneemt met het voor demografische ontwikkelingen beschikbare groeipercentage.

Specifiek voor het NKI-AVL vragen de leden van de CDA-fractie of de regeling aanleiding kan zijn de gehele subsidie aan het NKI helder en eenduidig te calculeren.

Ten aanzien van de voor het NKI-AVL specifieke vraag van de leden van de CDA-fractie of deze regeling ook aanleiding kan zijn om de gehele subsidie aan het NKI helder en eenduidig te calculeren, kan ik mededelen dat op 6 maart 2007 door VWS in overleg met het Instituut is afgesproken dat de toekomstige financiering van het NKI-AVL opnieuw tegen het licht wordt gehouden. Daarbij gaat het vooral over de systematiek. Een integrale systematiek is daarbij een van de opties.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het voorstel om de bijzondere toeslag voor het AVL door de minister via het Zorgverzekeringsfonds te laten verstrekken, ook voor andere topklinische (afdelingen van) ziekenhuizen geldt of kan gaan gelden.

Het voorstel geldt uitsluitend voor de academische component van academische ziekenhuizen of een daarmee gelijk te stellen component in een algemeen ziekenhuis. Na het verschijnen van de Nota Positionering Academische Ziekenhuizen in 1998 heb ik aangegeven het AVL te zien als een bijzonder ziekenhuis met een grote hoeveelheid topreferente zorg waarbij sprake zou moeten zijn van een specifieke bekostiging. Gezien het bovenstaande, mede gezien de criteria bij uitbreiding zoals beschreven in de zinsnede aan het slot van dit onderdeel, is het NKI-AVL het enige ziekenhuis dat onder het voorstel valt.

De leden van de PvdA-fractie vragen tot wanneer de fondsconstructie, waarbij verzekeraars op vrijwillige basis jaarlijks een vast bedrag per verzekerde bijdragen, wordt voortgezet.

De huidige financieringssystematiek wordt gecontinueerd tot de inwerkingtreding van de nieuwe systematiek. Ik beoog de nieuwe financieringssystematiek op 1 januari 2008 in werking te laten treden.

Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie welke verzekeraars bijdragen aan dit fonds, en in welke mate en of er verzekeraars zijn die er voor kiezen niet bij te dragen.

Ik heb niet vernomen dat er verzekeraars zijn die niet bijdragen. Zowel vanuit verzekeraars, het fonds, als de academische ziekenhuizen zelf, zijn geen signalen gekomen dat er problemen zijn met de bijdragen door verzekeraars. Alle verzekeraars dragen derhalve bij aan het fonds en wel naar rato van hun verzekerdenaantallen. Het bedrag per verzekerde is voor het jaar 2007 vastgesteld op € 33,60.

Het is niet mogelijk om verzekeraars te verplichten een bijdrage te leveren aan een fonds, zoals het Fonds academische component. Dit zou immers betekenen dat verzekeraars een verplichting zouden krijgen op de besteding van (een deel van) de nominale premie. Middelen die zijn binnengekomen als nominale premie zijn eigendom van een verzekeraar. Daarom moest worden gekozen voor een vrijwillige afdracht door verzekeraars. In onderhavig wetsvoorstel wordt de betaling inzake de academische component formeel geregeld door middel van een rechtstreekse betaling

uit het Zorgverzekeringsfonds aan de betreffende ziekenhuizen. Aangezien dit op een voor verzekeraars neutrale manier dient te geschieden, neemt de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds aan verzekeraars overeenkomstig af.

De leden van de PvdA-fractie vragen ten slotte 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 academische component is gezuiverd voor opleidingen. De opleidingen voor zowel algemene als academische ziekenhuizen worden thans gefinancierd vanuit de VWS-begroting.

Na inwerkingtreding van de wet kunnen verzekeraars een bijdrage blijven leveren aan innovatie en verbetering van de zorg. Niet alle innovatie en verbetering van zorg wordt vanuit de academische component gefinancierd. Ook vanuit de tarieven die verzekeraars betalen aan ziekenhuizen kunnen ziekenhuizen middelen besteden aan innovatie en verbetering van de zorg. Verzekeraars hebben ook een belang bij een dergelijke besteding omdat hun verzekerden daar baat bij hebben. Dit is een zaak van onderlinge afspraken tussen instelling en verzekeraar. Met name in het segment met vrije prijzen is er ruimte om hierover afspraken te maken.

De vraag van de leden van de VVD-fractie of de hele exercitie ook voor de academische ziekenhuizen budgetneutraal is verlopen vergeleken met de situatie vóór de Zvw, kan ik bevestigend beantwoorden.

De leden van de VVD-fractie vragen voorts of de regeling open staat voor andere ziekenhuizen die topreferente zorg leveren of voor nieuwe aanbieders die deze zorg gaan leveren, en wat de criteria zijn die hiervoor worden toegepast.

De regeling beperkt zich tot de academische component van academische ziekenhuizen of een daarmee gelijk te stellen component van een algemeen ziekenhuis. Het is derhalve een gesloten regeling. Na het verschijnen van de Nota Positionering Academische Ziekenhuizen in 1998 heb ik aangegeven het AVL te zien als een bijzonder ziekenhuis met een grote hoeveelheid topreferente zorg waarbij sprake zou moeten zijn van een specifieke bekostiging. Gezien het bovenstaande is het NKI-AVL het enige ziekenhuis dat onder het voorstel valt. Het criterium dat bij uitbreiding van de regeling wordt toegepast, is de koppeling aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Uitsluitend topreferente zorg die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek komt voor bekostiging ten laste van het Zorgverzekeringsfonds in aanmerking. Alleen de academische ziekenhuizen en het NKI-AVL voldoen hier op dit moment aan.

Overgangsmaatregel ziektekostenverzekering groep ex-Wtz-ers

De leden van de CDA-fractie zijn verheugd dat de regering bereid is een oplossing te vinden voor de kleine groep ex-Wtz-ers, voornamelijk bestaande uit missionarissen.

Zij vragen 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.

De groep personen die voor 1 januari 2006 een standaardpakketpolis op grond van de Wet op de toelating tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) had (ex-Wtz-ers) en waarvoor een overgangsmaatregel is getroffen,

heeft aanspraak op zorg volgens het Zvw-pakket. Deze ex-Wtz-ers kunnen op ieder moment dat zij voor zorg naar Nederland komen, die zorg daadwerkelijk inroepen en genieten. Bij de tegenprestatie voor de getroffen overgangsmaatregel is gezocht naar een bijdrage, die én recht doet aan het pakket aan Zvw-zorg én recht doet aan de bijzondere positie van deze groep. Het gaat hier immers om missionarissen die geen inkomen hebben, maar voor wie hun orde in hun levensonderhoud voorziet. De bijdrage die zij betalen is gelijk aan de hoogte van de gemiddelde premie voor een zorgverzekering, verminderd met de gemiddelde no-claim teruggave en verminderd met de maximale zorgtoeslag. Degenen, die verdragsgerechtigd zijn, hebben recht op zorg volgens het pakket aan zorg van hun woonland. Dit is het recht op verstrekkingen volgens de sociale ziektekostenverzekeringwetgeving van het woonland. De hoogte van de bijdrage die verdragsgerechtigden betalen (inclusief de nominale component) wordt gecorrigeerd met een woonlandfactor. Deze woonlandfactor legt, door een vergelijking van de kostenverhouding tussen het zorgpakket van het woonland en dat van Nederland, een relatie tussen de omvang van het pakket van zorg in het woonland met het pakket van zorg in Nederland. Ook de zorgtoeslag waarop zij in voorkomende gevallen recht hebben wordt gecorrigeerd met de woonlandfactor. Er zijn derhalve twee belangrijke verschillen tussen de groepen. In de eerste plaats heeft de groep ex-Wtz-ers recht op zorg ingevolge de Zvw. Er is daarom voor deze groep geen aanleiding een relatie te leggen tussen de hoogte van de bijdrage en de omvang van de zorg in het woonland, met andere woorden: om de woonlandfactor toe te passen. Het tweede verschil is dat de bijdrage verminderd wordt met de maximale zorgtoeslag.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts welke premieverhoging dit betekent 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?

Er wordt gevraagd naar een berekening over zes jaar, waarvan één jaar in Nederland wordt doorgebracht. Voorheen betaalden deze personen tijdens de periode van verblijf in Nederland de volledige Wtz-premie van € 142 per maand (peiljaar 2005). In het gevraagde rekenvoorbeeld verblijven betrokkenen twaalf maanden in Nederland. Zij betaalden dan 12 maanden \times € 142 = € 1704 aan Wtz-premie. Over een periode van zes jaar berekend is dat maandelijks € 23,67.

De bijdrage die ze bij de getroffen overgangsregeling verschuldigd zijn bedraagt € 1059 (gemiddelde premie), verminderd met € 91 (gemiddelde no-claim teruggave), verminderd met € 432 (maximale zorgtoeslag). In totaal derhalve € 536 per jaar. Over zes jaar zou dan een bijdrage van € 44,67 per maand (peiljaar 2007) verschuldigd zijn. Dit betekent dat deze personen met de getroffen overgangsregeling een kleine € 21 per maand duurder uit zijn. Wel merk ik op dat in de berekening een stijging van de Wtz-premie over 2006–2007 buiten beschouwing is gelaten. De te betalen bijdrage staat nog altijd niet in verhouding tot de voor deze groep naar verwachting te maken kosten. Het gemiddelde bedrag aan ziektekosten per op verlof zijnde missionaris die Wtz-verzekerd was bedroeg zowel in 2003 als 2004 ruim € 5 000. Het totaal van de kosten bedroeg in 2003 ongeveer € 600 000, in 2004 ongeveer € 700 000.

De leden van de VVD-fractie delen de kritiek van de Raad van State dat de gekozen overgangsmaatregel niet de schoonheidsprijs verdient en vinden de reactie van de regering op de opmerkingen van de Raad van State in dit opzicht summier. Deze leden vragen of de regering wil toelichten waarom het geld en middelen die missionarissen van hun orde krijgen om in het levensonderhoud te voorzien anders is dan een salaris.

De vraag van de leden van de VVD-fractie waarom het geld en de middelen die de missionarissen van hun orde krijgen anders is dan een salaris, is niet relevant voor de wellicht door deze leden bedoelde vraag waarom betrokkenen niet net als een loontrekkende gewoon verzekerd kunnen worden voor de AWBZ en verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw. Ook in het geval wanneer de door de orde verstrekte vergoeding loon zou zijn, kunnen betrokkenen namelijk niet verzekerd worden voor de AWBZ en ook niet verzekeringsplichtig worden voor de Zvw omdat zij niet in Nederland woonachtig zijn en evenmin wegens in Nederland verrichte werkzaamheden onderworpen zijn aan de Nederlandse loonbelasting. Om die reden is voor deze groep een specifieke regeling noodzakelijk.

De leden van de VVD-fractie vragen voorts waarom via de orde geen collectief contract kan worden gesloten die het probleem oplost.

Het is niet mogelijk gebleken een collectieve privaatrechtelijke ziektekostenverzekering te sluiten. Er blijkt geen enkele zorgverzekeraar te zijn die voor een groep van hoofdzakelijk bejaarde mensen, die niet verzekeringsplichtig is ingevolge de Zvw, een collectieve ziektekostenverzekering te willen sluiten tegen een voor de orde nog betaalbare premie. Een zorgverzekeraar ontvangt voor deze groep immers geen vereveningsbijdrage, omdat de betrokkenen niet verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw. Hierdoor is het risico voor de zorgverzekeraar zodanig groot, dat het niet aantrekkelijk is om dit risico te verzekeren.

De leden van de SGP-fractie vragen of in de praktijk niet de verwachting is gerechtvaardigd dat er nieuwe gevallen zullen zijn van mensen die in een vergelijkbare situatie verkeren en te maken hebben met dezelfde problematiek als de missionarissen, doordat zij niet AWBZ-verzekeringsplichtig zijn. Worden dergelijke personen dan wel geconfronteerd met de hoge kosten van een particuliere ziektekostenverzekering, zo vragen zij. Tevens vragen zij of kan worden uitgelegd hoe de situatie voor personen in dergelijke situaties voor de toekomst zal zijn.

De verwachting van de leden van de SGP-fractie dat er in de toekomst nieuwe gevallen zullen komen van mensen die in een vergelijkbare positie komen te verkeren is niet gerechtvaardigd. Immers, voorwaarde is dat iemand op 31 december 2005 verzekerd was ingevolge de Wtz. Andere ex-Wtz-ers dan deze mensen vielen onder de overgangsbepalingen van de Invoerings- en aanpassingswet Zvw. De groep van Wtz-verzekerden, anders dan de missionarissen, die op 31 december 2005 niet in Nederland woonde, bestond uit een kleine duizend mensen. Degenen die op die datum een Wtz-verzekering hadden en in het buitenland woonden, zijn vanaf 1 januari 2006 verdragsgerechtigd of verzekeringsplichtig geworden. Er kunnen zich dus geen nieuwe gevallen voordoen die in een vergelijkbare situatie verkeerden. De regeling geldt niet voor personen die op 31 december 2005 een Wtz-verzekering hadden en per 1 januari 2006 een zorgverzekering konden sluiten of verdragsaanspraken kregen en eerst na die datum in een niet-verdragsland zijn gaan wonen. Gezien het voorgaande kan van de voor de missionarissen getroffen regeling geen precedentwerking uitgaan in de zin, dat de regeling in de toekomst nog op andere personen van toepassing zou kunnen worden.

Verwerking van persoonsgegevens door CVZ en ziektekostenverzekeraars

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

Anders dan de leden van de CDA-fractie veronderstellen, is wel degelijk rekening gehouden met de mogelijkheid dat de wetsvoorstellen die zien op de introductie van het burgerservicenummer eerder in werking treden dan voorliggend wetsvoorstel. Ik verwijs naar artikel VII van het wetsvoorstel.

In de memorie van toelichting, zo stellen de leden van de VVD-fractie, staat: «In het Addendum ligt de laatste schakel van de getrapte grondslag voor het doorbreken van het beroepsgeheim van zorgaanbieders bij materiële controles». Zij vragen of voor de helderheid de drie opeenvolgende trappen voor het doorbreken van het beroepsgeheim voor zowel de Zvw als de aanvullende verzekering kunnen worden uitgeschreven.

De stappen die gelden voor de Zvw en de aanvullende verzekering zijn dezelfde. Daarom beperk ik mij tot het uitschrijven van de trappen voor de Zvw. Ik doe dat aan de hand van de Zvw, de regeling op grond van artikel 87 Zvw, en de door het College bescherming persoonsgegevens (CBP) goedgekeurde addendum voor ziektekostenverzekeraars. Een handzame samenvatting voor zorgaanbieders en patiënten over hoe wordt omgegaan met medische gegevens bij declaraties is ook te vinden in informatiebladen die het CBP in februari 2007 heeft gepubliceerd. Het medisch beroepsgeheim mag slechts worden doorbroken met toestemming van de patiënt dan wel op basis van een wettelijk geregelde uitzondering. De doorbreking is gebonden aan van te voren omschreven doelen, moet noodzakelijk zijn om die doelen te halen en moet proportioneel zijn. Dat wil zeggen dat geen zwaardere of ruimere middelen worden ingezet dan strikt noodzakelijk.

Om snel in te kunnen spelen op wisselende omstandigheden en om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de praktijk in het veld bij zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, is gekozen voor een getrappt systeem. Alles vastleggen in de wet zou een inflexibel systeem creëren. Het getrappt systeem bestaat uit wet, regeling en addendum en ziet er als volgt uit. De wet schept de vereiste noodzakelijke uitzondering voor doorbreken van het beroepsgeheim bij het declaratieverkeer en het verstrekken van persoonsgegevens en de controle daarop voor zover dat noodzakelijk is voor daarbij aangegeven doelen. De wet beperkt de uitzondering voor het doorbreken tot de volgende doelen: de betaling aan zorgaanbieders en verzekerden, vaststellen eigen betalingen, uitoefenen van verhaalsrecht, verrichten van controle en fraudeonderzoek. De wet schept de mogelijkheid details vast te leggen in een ministeriële regeling. Van die mogelijkheid is gebruik gemaakt; de ministeriële regeling is te zien als de tweede trede.

De ministeriële regeling bevat details betreffende de persoonsgegevens die de zorgaanbieder verstrekt ten behoeve van bovengenoemde doelen. De regeling geeft aan dat de verzekeraar bij het uitvoeren van formele en materiële controles ten behoeve van die doelen die persoonsgegevens mag gebruiken. De ministeriële regeling schrijft verder voor dat de zorgaanbieder verplicht is die gegevens te verstrekken aan de desbetreffende patiënt of diens zorgverzekeraar. Ten slotte schrijft de ministeriële regeling voor dat de verzekerde de materiële en formele controle verricht op de wijze zoals die is voorgeschreven in het addendum. De verzekeraar is gehouden tot een zorgvuldige verwerking van de persoonsgegevens op

de wijze zoals in het addendum is vastgelegd. De ministeriële regeling verwijst daarmee door naar de derde trede, het addendum.

In het *Addendum Zorgverzekeraars* (dat is tot stand gekomen in nauwe samenwerking tussen ZN, CBP, NPCF, KNMG en VWS) staan specifieke en praktijkgerichte gedrageregels met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens door ziektekostenverzekeraars en hun bejegening van zorgaanbieders bij het houden van formele en materiële controles. Het Addendum is een aanvulling op de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. De gedragsregels in het Addendum scheppen duidelijkheid over de grenzen waarbinnen de medische gegevens gebruikt mogen worden in aanvulling op en binnen bovengenoemd wettelijk kader van wet en regeling. Het Addendum geeft duidelijkheid over kwesties, waarover tot de totstandkoming van het addendum in de praktijk bij zowel ziektekostenverzekeraars alsook bij zorgaanbieders onduidelijkheid was. Er zijn regels opgesteld voor het opvragen van (medische) gegevens bij zorgaanbieders. Er zijn voorwaarden opgenomen over aanschrijving en informatievoorziening aan verzekerden op basis van medische gegevens. De positie van de medisch adviseur binnen het verzekeringsconcern en voor welke persoonsgegevens hij verantwoordelijk is, is vastgesteld. Voorts kent het Addendum een belangrijke bijlage in de vorm van het Protocol materiële controle. Bij materiële controle onderzoekt de ziektekostenverzekeraar of de zorg die wordt gedeclareerd ook feitelijk is geleverd en of de zorg doelmatig was. De zorgaanbieder is verplicht medewerking te verlenen aan deze controle. Voor de materiële controle heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende onderzoeksmethodes ter beschikking. Hierbij dienen er geen zwaardere of ingrijpendere methodes ingezet te worden dan noodzakelijk. Voor zover mogelijk gebruikt de ziektekostenverzekeraar geen gegevens uit een medisch dossier.

Door steeds concreter wordende treden die invulling geven aan de beperkte doorbreking van het beroepsgeheim, is een proportionele en praktijkgerichte verwerking van medische persoonsgegevens bereikt waarvoor draagvlak bestaat in het veld.

Wijziging van de zorgtoeslag

De leden van de CDA-fractie kunnen uit de memorie van toelichting niet opmaken hoe de zorgtoeslag voor verdragsgerechtigden in de toekomst wordt berekend. Zij vragen of de regering daarover een uitleg met toelichting kan geven aan de hand van de onderstaande voorbeeldberekeningen en kan duiden wat de hoogte daarvan zou zijn voor en na toepassing van het voorliggende wetsvoorstel.

Een alleenstaande man in Noorwegen met een inkomen van € 20 000. Deze persoon krijgt een zorgtoeslag van:
(standaardpremie x woonlandfactor)(wlf) -/ - ((3,5% x wettelijk minimumloon (wml)) + ((inkomen -/ wml) x 5%)) =
(1059 x 1,3088) -/ - ((3,5% x 17 905) + ((20 000 -/ 17 905) x 5%)) =
(1386) -/ - ((627) + (2095 x 5%)) = 1386 -/ - (627 + 104) = 1386/ - 731 = 655.
In Nederland had betrokkene een zorgtoeslag van € 328 gekregen. De zorgtoeslag die betrokkene krijgt is hoger omdat de woonlandfactor 1,3 bedraagt. Betrokkene betaalt natuurlijk ook een hogere bijdrage.

Een echtpaar in Spanje met een gezamenlijk inkomen van € 25 000. Dit echtpaar ontvangt geen zorgtoeslag, omdat meerpersoonshuishoudens met een woonlandfactor kleiner dan 43% geen zorgtoeslag krijgen. In Spanje is de woonlandfactor 35,57%. Ter toelichting hierop het volgende. De zorgtoeslag wordt pas uitgekeerd als de nominale premie die betrokkene betaalt (in het buitenland de nominale component in de

bijdrage) hoger ligt dan de norm (5% van het wettelijk minimumloon plus 5% van het inkomen boven het wettelijk minimumloon). Die norm bedraagt in 2007 € 895. Indien een gezin minder dan € 895 aan premie hoeft te betalen, ontvangt dus niemand zorgtoeslag. Omdat de standaardpremie in 2007 € 1059 bedraagt, volgt hieruit dat een verzekerde in een land met een woonlandfactor onder de 43% geen zorgtoeslag ontvangt. Het rekenvoorbeeld luidt dan als volgt:

De formule om de hoogte van de zorgtoeslag te bepalen bij een tweepersoonshuishouden luidt:

$(\text{standaardpremie} \times 2 \times \text{wlf}) - ((5\% \times \text{wml}) + ((\text{inkomen} - \text{wml}) \times 5\%))$

De maximale zorgtoeslag in een land (bij een inkomen op of onder wml) is:

$(\text{standaardpremie} \times 2 \times \text{wlf}) - (5\% \times \text{wml})$.

Indien de woonlandfactor onder de 43% ligt, wordt de uitkomst van de berekening negatief, waardoor er niets wordt uitgekeerd. De uitkomst bij een woonlandfactor van 42% is bijvoorbeeld: $(1059 \times 2 \times 0,42) - (5\% \times 17\,905) = (889) - (895) = -6$.

Een ouder echtpaar in Turkije met een inkomen van € 6 000 (bestaande uit onvolledige AOW).

Ook dit echtpaar ontvangt geen zorgtoeslag omdat het minimumbedrag dat een huishouden zelf moet betalen € 895 bedraagt en dit echtpaar veel minder betaalt omdat de woonlandfactor in Turkije slechts 0,0416 bedraagt. Dit echtpaar betaalt € 88 nominale premie per jaar.

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.

Indien de in Duitsland werkende partner aldaar verzekerd is, is de Duitse wetgeving van toepassing. De gezinsleden hebben dan verordeningaanspraken en recht op het (Nederlandse) woonlandpakket, ten laste van Duitsland. Duitsland betaalt aan Nederland een vergoeding voor de zorg die hier verleend wordt. Er bestaat in deze situatie geen recht op zorgtoeslag.

In de omgekeerde situatie, indien betrokkene in Nederland zou werken en de gezinsleden in Duitsland zouden wonen, zouden de gezinsleden verordeningaanspraken hebben en recht hebben op het Duitse woonlandpakket ten laste van Nederland. De partner zou dan aan CVZ een bijdrage betalen. In dat geval heeft dit gezin recht op 100% van de aan hen toekomende zorgtoeslag.

De leden van de CDA-fractie geven aan zich te verbazen 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? Ook vernemen zij gaarne of de terugwerkende kracht juridisch houdbaar is.

De zorgtoeslag die betrekking heeft op het jaar 2007 wordt uitbetaald op basis van de voorgestelde wetgeving. De zorgtoeslag die betrekking heeft op het jaar 2006 wordt uitbetaald op basis van de huidige wetgeving. Omdat de woonlandfactor vanaf 1 januari 2007 wordt toegepast op alle verdragsgerechtigden, is de bepaling om deze vanaf die datum in te laten gaan gerechtvaardigd. De Belastingdienst heeft de in het buitenland wonende bij het CVZ ingeschreven verdragsgerechtigden hiervan van te voren schriftelijk in kennis gesteld.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie wat er gebeurt indien de uitkering van de zorgtoeslag op basis van het voorliggende wetsvoorstel

geschiedt. En wat, zo vragen zij, indien iemand bezwaar maakt en uitkering van de zorgtoeslag eist op basis van de vigerende wetgeving.

Zoals ik hiervoor reeds heb aangegeven, acht ik de gekozen systematiek rechtvaardig. De in het buitenland wonende bij het CVZ ingeschreven verdragsgerechtigden hebben hierover inmiddels allemaal een brief ontvangen van de Belastingdienst. Daarnaast is er ook op internet veel informatie beschikbaar, waarbij er ook proefberekeningen kunnen worden gemaakt ten aanzien van de hoogte van de zorgtoeslag. Zodra de wetswijziging in werking treedt kan niet met terugwerkende kracht zorgtoeslag gevraagd worden op basis van de huidige wetgeving.

Impats en expats

De leden van de CDA-fractie vragen om aan te geven hoe de situatie van expats en impats op dit moment geregeld is. Voor expats en hun gezinsleden lijkt de dekking van de Zvw niet altijd passend en komen dubbele verzekeringsplichten voor.

Zij vragen of de regering bereid is 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. De leden vragen of er een verdragsverplichting is om deze mensen altijd onder de Zvw te laten vallen.
- Tenslotte vragen de leden van de CDA-fractie in dit verband of met alle omliggende landen sluitende afspraken zijn gemaakt om ervoor te zorgen dat de verzekeringsplichten op elkaar aansluiten.

Internationale afstemming verzekeringsplicht

De regering merkt op dat de situatie op het gebied van de ziektekostenverzekering van mensen in grensoverschrijdende socialezekerheidsituaties in beginsel is geregeld in internationale regelingen betreffende de sociale zekerheid, zoals de Verordening (EEG) nr. 1408/71 (hierna de verordening) en de bi- en multilaterale verdragen inzake sociale zekerheid. Hierdoor wordt bereikt dat verzekeringsplicht ingevolge de sociale zekerheidswetgeving, waaronder de ziektekostenwetgeving, van alle betrokken landen op elkaar zijn afgestemd. Hiermee wordt voorkomen dat mensen dubbel verzekerd zijn, dan wel geen enkele sociale zekerheidsdekking hebben. Bij conflicterende rechtsregels, gaan deze internationale regelingen boven de nationale regelingen. Volgens de Verordening en de verdragen zijn werknemers in beginsel verzekerd volgens de wetgeving van het werkland. Gedetacheerde werknemers blijven daarentegen verzekerd volgens de wetgeving van het zendland.

Situatie van expats en hun gezinsleden

Expats die vanuit Nederland naar een ander land worden gedetacheerd, blijven dus onderworpen aan de Nederlandse wetgeving. Zij hebben in een EU-lidstaat of verdragsland zowel recht op medische zorg uit hoofde van Verordening of verdrag, in de omvang en volgens de voorwaarden van de wetgeving van het woon- of verblijf land, als aanspraken volgens hun Zvw-polis. De Zvw-polis biedt werelddekking tot aan de tarieven die in Nederland gelden als marktconforme tarieven. Expats zijn dus ook verzekerd in «niet-verdragslanden».

Gezinsleden die de expats vergezellen zijn bij vertrek uit Nederland in beginsel niet langer verzekerd ingevolge de volksverzekeringen, waaronder de AWBZ. Derhalve zijn zij ook niet verzekeringsplichtig ingevolge de Zvw. Zij hebben in «verdragslanden» recht op zorg, in de omvang en

volgens de voorwaarden van de sociale ziektekostenregelingen van het woon- of verblijf land. Dit recht op zorg verschilt uiteraard van land tot land. Buiten verdragslanden bestaat voor gezinsleden geen dekking. In een aantal sociale zekerheidsverdragen met landen buiten Europa (VS, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, Zuid-Korea, Israël en Chili) is ten aanzien van meereizende gezinsleden van gedetacheerde werknemers geregeld dat zij, evenals de gedetacheerde zelf, onderworpen zijn aan de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving. Daarmee blijven deze gezinsleden na uitzending AWBZ-verzekerd en daarmee verzekeringsplichtig voor de Zvw.

Het is mij bekend dat de verzekerings situatie van de gezinsleden als gevolg van bovenomschreven situatie door expats als onduidelijk en lastig wordt ervaren. Dat wordt versterkt doordat het begrip «gezinslid» op grond van de Verordening wordt bepaald door de wetgeving van het woonland. Dat kan in voorkomend geval een meer of minder uitgebreid begrip zijn dan het begrip gezinslid dat in de wetgeving van het land van verzekering van de «hoofdverzekerde» wordt gebruikt. Dat verklaart de vaststelling door de leden van de CDA-fractie dat kinderen uit een eerder huwelijk van één van beide partners als gevolg van de verschillende gezinsdefinities in Nederland en Frankrijk buiten de boot dreigen te vallen. Nederland kent sinds de invoering van de Zvw het begrip gezinslid (mede-verzekerde) niet meer. Daarom heeft Nederland een nadere bepaling van dit begrip laten opnemen in een bijlage bij de verordening. De verdragspartners zijn voorgesteld soortgelijke bepalingen in de verdragen op te nemen. Voor de toepassing van de Verordening in Nederland wordt als gezinslid aangemerkt de echtgenoot, respectievelijk de geregistreerde partner en kinderen tot 18 jaar. Met deze begripsomschrijving is aangesloten bij de omschrijving van het begrip gezinslid in de (EG) Verordening nr. 883/04¹ die op termijn voor de huidige verordening in de plaats treedt.

Oplossing voor gezinsleden van expats

Ik ben in overleg met mijn ambtgenoot van SZW en de sociale partners, om te bezien of met betrekking tot de gezinsleden van expats een soortgelijke oplossing als voorzien in ondermeer het verdrag met de VS en als gevonden voor de gezinsleden van uitgezonden diplomatiek personeel of overheidspersoneel, wenselijk is.

Ten aanzien van de gezinsleden van diplomatiek personeel en van overheidspersoneel is dit in het verleden opgelost door een uitbreiding van de verzekering van die gezinsleden en van het desbetreffende personeel zelf, te regelen in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999. Deze mensen zijn dus verzekerd onder de Nederlandse sociale verzekeringswetten. Een vergelijkbare uitbreiding voor gezinsleden van expats is op dezelfde wijze te realiseren. Voor de goede orde vermeld ik nog dat verzekeringsplicht uitsluitend voor de AWBZ/Zvw niet aan de orde zal zijn, gelet op het staande kabinetsbeleid dat men ofwel verzekerd is voor alle volksverzekeringen ofwel voor geen enkele volksverzekering. Verzekering voor de volksverzekeringen en dus voor de AWBZ, brengt vervolgens verzekeringsplicht voor de Zvw met zich mee.

Situatie van impats en hun gezinsleden

Impats en de hen vergezellende gezinsleden zijn in beginsel onderworpen aan de Nederlandse wetgeving. Impats die naar Nederland zijn gedetacheerd vallen onder de wetgeving van het zending land. Hun vergezellende gezinsleden (echtgenoten, geregistreerde partners en kinderen jonger dan 18 jaar) die ten laste van een andere lidstaat of verdragsland recht hebben op medische zorg, zijn uitgezonderd van de AWBZ-verzekering en daarmee niet verzekeringsplichtig ingevolge de Zvw. Zij hebben als zij uit een EU-lidstaat of verdragsland komen wel (ten laste van

¹ Publ. EG 2004, L 200, 1–49.

het andere land) recht op de in de Zvw en de AWBZ omschreven vormen van zorg.

Buiten Nederland wonende gezinsleden van in Nederland verzekerde impats hebben, als zij onder het begrip gezinslid van hun land vallen, ten laste van Nederland recht op verstrekkingen in de omvang en volgens de voorwaarden van de ziektekostenverzekeringswetgeving van het woonland. Als deze gezinsleden niet onder het begrip gezinslid van de wetgeving van het woonland vallen en daarmee geen verordening- of verdragsaanspraken hebben, is het de verantwoordelijkheid van de overheid van het woonland van het gezinslid zorg te dragen voor een adequate voorziening, of moet de betrokkene zelf zich wenden tot een particuliere ziektekostenverzekeraar.

Dubbele verzekering of premiebetaling als gevolg van lokale verzekeringplicht

Wat betreft de door de leden van de CDA-fractie gesignaleerde dubbele verzekering als gevolg van lokale verzekeringplicht in Oostenrijk, merkt de regering het volgende op.

Dubbele verzekeringplicht en dubbele premieplicht kunnen zich niet voordoen in gevallen waarin op im- en expats en hun gezinsleden de verordening of een verdrag van toepassing is. Daartoe is voorzien in een scala van coördinatiebepalingen. Zou, in strijd met die bepalingen, in enig land premie worden gevraagd terwijl de kosten van verlening van medische zorg ingevolge de Verordening of verdrag ten laste van een andere staat komen, dan zou betrokkene bij de premie-inhoudende instelling van het premie-inhoudende land bezwaar moeten maken.

In dit verband wijst de regering er op, dat de Verordening en de verdragen dubbele verzekering en premiebetaling niet kunnen voorkomen in gevallen waarin geen sprake is van verzekering ingevolge een sociale ziektekostenregeling. De regelingen zien ook niet op aanvullende verzekeringen.

De leden van de CDA-fractie geven voorts aan dat er voor mensen die in Nederland arriveren maar nog niet verzekeringplichtig zijn, geen effectieve manieren zijn om zich te verzekeren. Deze leden vragen of het volgens de regering mogelijk en wenselijk is 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.

Met de invoering van de zogenoemde Koppelingswet¹ op 1 juli 1998 zijn de door de CDA-fractie bedoelde vreemdelingen uitgesloten van onder meer de sociale ziektekostenverzekeringen. Met het inwerkingtreden van die wet is in de sociale verzekeringen het uitgangspunt opgenomen dat het verblijfsrecht richtinggevend is bij het vestigen en toekennen van aanspraken op collectieve voorzieningen. Het betreft dan onder andere het verzekerd zijn voor de volksverzekeringen, waaronder de AWBZ, en derhalve de verzekeringplicht voor de Zvw. Zoals bij de parlementaire behandeling van de Koppelingswet is aangegeven hebben vreemdelingen die rechtmatig in Nederland verblijven recht op aanspraken al naar gelang de aard van hun verblijfsrecht. Naast de verblijfsvergunning moet een vreemdeling ook ingezetene zijn (naar feiten en omstandigheden beoordeeld in Nederland «wonen» in de zin van de volksverzekeringen) of geen ingezetene zijn, doch ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting zijn onderworpen.

Mensen die in Nederland arriveren maar nog niet verzekeringplichtig zijn, zijn aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering (niet zijnde een zorgverzekering), zoals die door enkele ziektekostenverzekeringmaatschappijen wordt aangeboden. Deze mensen kunnen ook een

¹ Wet van 26 maart 1998 tot wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekkingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan het rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland, Stb. 1998, 203.

reis(ziektelkosten)verzekering afsluiten. Anders dan deze leden aangeven hebben deze mensen dus een reële mogelijkheid om zich te verzekeren. Daarbij zij overigens opgemerkt dat de Nederlandse overheid op grond van de Europese schaderichtlijnen aan puur particuliere ziektekostenverzekeraars geen voorwaarden mag stellen ter zake van acceptatie, premie en aangeboden pakket. Ziektekostenverzekeraars kunnen bepaalde personen dus weigeren of accepteren met uitsluiting van bestaande risico's.

De vraag van de leden van de CDA-fractie betreft onder andere het voorbeeld van mensen die wanneer zij rechtmatig in Nederland aankomen met de bedoeling hier langer te blijven in het kader van werk.

Met betrekking tot deze groep merk ik op dat als zo iemand in overeenstemming met de Wet arbeid vreemdelingen arbeid in dienstbetrekking verricht uit hoofde waarvan hij aan de loonbelasting is onderworpen, hij AWBZ-verzekerd is en dus verzekeringsplichtig voor de Zvw. De grond voor AWBZ-verzekering in die situatie is artikel 11 van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999. Het betreft hier – onder andere – de vreemdeling (met mvv of niet mvv-plichtig) die met een tewerkstellingsvergunning in Nederland mag werken en die in een eerste aanvraagprocedure zit voor een verblijfsvergunning.

De leden van de VVD-fractie zijn content met de uitvoering van de motie-Schippers¹, 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.

Zij vragen of de regering kan 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. Artikel 94 lid 2 en artikel 95 lid 2 van Vo. 574/72 bepalen: «Het vaste bedrag wordt verkregen door de gemiddelde kosten per pensioen- of rentetrekker te vermenigvuldigen met het gemiddelde jaarlijkse aantal pensioen- of rentetrekkeners waarmee 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 geven aan dat zij graag een reactie van de regering ontvangen ten aanzien van dit punt.

Het feit dat in de Europese Verordening is geregeld dat de vergoeding die de lidstaten onderling aan elkaar betalen, slechts 80% van de gemiddelde kosten bedraagt, heeft een historische achtergrond. In de regio's waar gastarbeiders destijds vandaan kwamen, waren de gemiddelde zorgkosten doorgaans lager dan de gemiddelde zorgkosten van het land waar deze regio's gelegen waren. Daarnaast werden de kosten berekend op basis van gezinsgrootte. De gezinsgrootte was gebaseerd op de omvang van het gehele gezin, waarvan dus één persoon als werknemer in een ander land verzekerd en woonachtig was. De kosten voor de medische verzorging kwamen afzonderlijk voor rekening van het verzekeringsland, naast het bedrag voor de gemiddelde zorgkosten dat door het verzekeringsland aan het woonland van de gezinsleden werd betaald. Als gevolg van deze twee omstandigheden werd de vergoeding voor de gemiddelde zorgkosten vastgesteld op 80% van de gemiddelde zorgkosten van het woonland van de gezinsleden. Hoewel de omstandigheden inmiddels volledig zijn veranderd en naderhand de berekening van de gemiddelde kosten is gewijzigd in «kosten per kop», is het percentage niet meer bijgesteld.

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 52.

Ik merk op dat de leden van de VVD-fractie ten onrechte een verband leggen tussen de kosten die de lidstaten onderling aan elkaar in rekening brengen en de hoogte van de bijdrage die betrokkenen moeten betalen. Uitgangspunt voor het vaststellen van de bijdrage die verdragsgerechtigden betalen is het Nederlandse systeem van premieheffing voor de ziektekostenverzekeringen AWBZ en Zvw. Daarnaast wordt een nominale bijdrage betaald. De bijdrage die in buitenland wonende verdragsgerechtigden betalen is opgebouwd uit dezelfde componenten. Als uitvloeisel van de motie Schippers en de uitspraak van 31 maart 2006 van de kortgedingrechter te Den Haag, is met de introductie van de woonlandfactor tegemoetgekomen aan de onevenwichtigheid tussen de hoogte van de bijdrage en de omvang van de zorg in het woonland. De kosten die Nederland aan het buitenland betaalt zijn de gemiddelde gemaakte kosten voor een gepensioneerde. Die kosten worden niet volledig gedekt door de verdragsbijdrage. Ook in Nederland worden de gemiddelde kosten van gepensioneerden niet gedekt door de premie.

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, zo stellen zij. 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, zo vragen deze leden.

Ook de leden van de PvdA-fractie vragen waarom gekozen is voor een gewijzigd bestuursmodel. Zij verzoeken om aan te geven welke argumenten er zijn om te kiezen voor de nu voorgestelde werkwijze en welke voordelen die nieuwe werkwijze biedt.

Het kabinet heeft in de brief over «Positionering van zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel»¹ aangekondigd te streven naar een slimme uitvoerings- en toezichtsstructuur. Het kabinet gaf in deze brief aan dat alle bestuursorganen die onderwerp waren van deze brief, in navolging van het nieuwe bestuursmodel bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zo snel mogelijk zouden toegroeien naar de situatie waarin maximaal drie bestuursleden verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse aansturing. De aandacht voor de interne governance en de inrichting van het bestuur van zelfstandige bestuursorganen is onderstreept in de kabinetsreactie op het IBO-rapport «Verzelfstandigde Organisaties Rijksdienst»². Het vormgeven van fulltime- en professionele besturen past in het streven om de overheid zo effectief en slagvaardig mogelijk te organiseren.

De gedachte achter de voorgestelde bestuursopzet voor een professioneel zelfstandig bestuursorgaan «nieuwe stijl», waarvan de NZa een voorbeeld is, is dat dit model ook voordelen biedt voor andere zelfstandige bestuursorganen. Het aantal van drie bestuurders is klein genoeg om slagvaardig te zijn en groot genoeg om diverse deskundigheden binnen het bestuur te verenigen. Door uitbreiding van het tijdsbeslag van de individuele bestuursfuncties besteden de bestuurders meer tijd en aandacht aan hun functie dan daarvoor in het kroonledenmodel het geval was. De dagelijkse bestuurstaak is in het nieuwe model geïntegreerd in de algemene bestuurstaak, wat een separate laag voor de dagelijkse leiding overbodig maakt. De bestaande formele regelingen bieden al de mogelijkheid om minder bestuurders te benoemen. De instellingswetten regelen namelijk uitsluitend een maximum aantal bestuurders (van meer dan drie).

¹ Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 7.

² Kamerstukken II 2004/05, 25 268, nr. 20.

Met het verstrijken van de bestuurstermijnen van het College bouw zorginstellingen (CBZ), College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ), CVZ en het Fonds voor patiënten-, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden (Fonds PGO) per 2006 en 2007 is van de gelegenheid gebruik gemaakt om het aantal bestuurders van die organen terug te brengen tot maximaal drie. Met dit voorstel wordt in de artikelen van de Zvw en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) vastgelegd dat de besturen van het CBZ, CSZ en CVZ bestaan uit maximaal drie bestuurders. Voor de NZa is dit al geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Het Fonds PGO legt het nieuwe bestuursmodel vast in zijn statuten.

De leden van de CDA-fractie lezen in de memorie van toelichting dat het CVZ, het CBZ en het CSZ hun onafhankelijkheid dienen te bewaken. Zij hechten bijzonder aan de onafhankelijke adviezen van het CVZ, die los kunnen staan van het politiek oordeel van de minister. Zij vragen hoe deze onafhankelijkheid beter is geborgd in de voorgestelde structuur dan in de structuur die thans in de wet staat.

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, zo vragen deze leden, is er in het nieuwe bestuursmodel sprake van dat de colleges feitelijk onderdeel zijn geworden van het ministerie, waardoor deze eigenlijk aan zichzelf adviseren?

Met dit voorstel wordt per zelfstandig bestuursorgaan het aantal bestuursleden verkleind tot maximaal drie. Het nieuwe bestuursmodel heeft geen gevolgen voor de onafhankelijkheid van de besturen. De status van een door de wetgever ingesteld zelfstandig bestuursorgaan met eigen rechtspersoonlijkheid, eigen wettelijke taken en beperkte ministeriële verantwoordelijkheid blijft onveranderd. De verhouding tussen minister en bestuursorgaan verandert niet. De zelfstandigheid van de betrokken bestuursorganen is juist een reden om te investeren in professioneel bestuur van deze organisaties.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering in het bijzonder in te gaan 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, zo vragen deze leden.

Ook de leden van de PvdA-fractie merken op dat in de memorie van toelichting wordt aangegeven dat de vergaderingen van de besturen niet openbaar zijn, tenzij in het bestuursreglement anders wordt bepaald. De leden van de VVD-fractie merken hierover op dat de vergaderingen van de Ziekenfondsraad en later het CVZ wel openbaar waren. De leden van deze fractie vinden dit 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, zo vragen deze leden.

Bij de zelfstandige bestuursorganen van het zorgstelsel worden sinds 1999 geen bestuursleden meer benoemd vanwege de representatie van een bepaald belang. In 1999 is het participatiemodel in het bestuur van de toenmalige Ziekenfondsraad verlaten en is gekozen voor het benoemen van onafhankelijke leden op basis van onafhankelijkheid en deskundigheid. Werd in samenhang met het participatiemodel de openbaarheid van vergaderingen nog passend geacht, voor het nieuwe bestuursmodel ligt dat niet meer voor de hand. Het kabinet kiest er in dit voorstel voor om de hoofdregel over het vergaderen te wijzigen in «niet openbaar, tenzij» vanwege het streven naar een slagvaardig bestuur, dat ook de dagelijkse

aansturing van de organisatie voor zijn rekening neemt. Een klein bestuur dat dagelijks aanwezig is en zijn vergaderingen niet in het openbaar belegt kan waar nodig snel besluiten nemen. Naar analogie van de gang van zaken binnen de rijksoverheid besluit het bestuur niet in openbare vergaderingen. Zelfstandige bestuursorganen maken deel uit van de overheid wanneer zij openbaar gezag uitoefenen. De Algemene wet bestuursrecht en de Wet openbaarheid bestuur garanderen de zorgvuldige besluitvorming, de bekendmaking en de openbaarmaking. Voor de overheid en dus ook voor de taakuitoefening door zelfstandige bestuursorganen gelden de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

Procedure risicoverevening¹

De leden van de VVD-fractie vragen waarom er in dit wetsvoorstel geen regels zijn gesteld die een solide borging van de vereveningsprocedure garanderen en of de regering bereid is dit alsnog te doen.

In december 2006 is de Tweede Kamer per brief geïnformeerd over maatregelen die worden genomen om de besluitvormingsprocedure bij de risicoverevening beter te borgen². In deze brief wordt onderkend dat de kwaliteit van de risicoverevening van eminent belang is voor de werking van de zorgverzekering. De wettelijke borging van de risicoverevening is afdoende geregeld in de Zvw, in het Besluit zorgverzekering en in de (jaarlijks bijgestelde) Regeling zorgverzekering. De risico's waarnaar wordt verwezen liggen niet op het terrein van de wet, maar op het gebied van de uitvoering. De risico's hebben betrekking op de kwaliteit van de gegevens, de beschikbaarheid van voldoende kwalitatief goede mensen en op de transparantie en tijdigheid van de besluitvorming. Over de besluitvorming bij het ministerie van VWS is een beschrijving van de administratieve organisatie opgesteld. Hierbij worden knelpunten gesignaleerd waarvoor oplossingen worden aangedragen. Met het CVZ is afgesproken dat het op een vergelijkbare manier zijn besluitvorming beschrijft, knelpunten aan het licht brengt en verbeteringen doorvoert.

Financiële aspecten en administratieve lasten

De leden van de CDA-fractie hebben gevraagd waarom over een zo omvangrijk wetsvoorstel geen advies is gevraagd aan ACTAL, met name over het incassotraject, en of de regering bereid is alsnog spoedadvies te vragen.

In hoofdstuk VIII van de memorie van toelichting zijn de financiële aspecten en administratieve lasten in beeld gebracht, zowel wat betreft het incassoregime als de andere onderdelen van het wetsvoorstel. Uit dat overzicht blijkt dat die andere onderdelen weliswaar bijdragen aan de omvang van het wetsvoorstel, maar dat zich geen administratieve lasten voordoen die nader onderzoek of een adviesaanvraag rechtvaardigen. Wat betreft de administratieve lasten van de maatregelen die zijn gericht op het voorkomen van uit wanbetaling voortvloeiende onverzekerde en op het incassoregime, ligt dat naar mijn oordeel niet anders. Daarbij is in de eerste plaats de context van de voorgestelde maatregelen van belang. Het debiteurenrisico vormt voor zorgverzekeraars een normaal bedrijfsrisico, en uitvoering van het debiteurenbeheer en incasso een reguliere bedrijfslast. Daarin brengt het wetsvoorstel geen verandering. Over de incassomaatregelen stelt het wetsvoorstel geen regels. De voorgestelde maatregelen zijn erop gericht te voorkomen dat door wanbetaling een carrousel van wanbetalers ontstaat, met alle daaruit voortvloeiende negatieve effecten van dien, waaronder niet in de laatste plaats de administratieve en uitvoeringslasten opeenvolgende zorgverzekeraars die daarvan het gevolg zouden zijn. In die zin leveren de

¹ Het rapport van Price, Waterhouse, Coopers inzake risicoverevening is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Kamerstukken II 2006/07, 29 689, nr. 127.

voorgestelde maatregelen veeleer een bijdrage aan het verminderen van administratieve lasten, dan dat zij zouden leiden tot een toename daarvan. In aanvulling daarop merk ik nog op dat over de voorgestelde maatregelen goed overleg heeft plaatsgevonden met de zorgverzekeraars, die de administratieve lastendruk ongetwijfeld in hun opstelling hebben meegewogen. Alles afwegende concludeer ik dat aan het wetsvoorstel hoegenaamd geen administratieve lasten zijn verbonden, zodat voor een adviesaanvraag aan ACTAL geen aanleiding is.

De leden van de VVD-fractie hebben in het bijzonder gevraagd naar de administratieve lasten van een aantekening op het uitschrijfbewijs.

In artikel 9 van de Zvw is thans geregeld dat de verzekeraar een uitschrijfbewijs verstrekt. Op dit bewijs dienen de naw-gegevens van verzekeringnemer en verzekerde, het sofi-nummer, de datum van het einde van de verzekering, een viertal gegevens in verband met een eventueel eigen risico en, in voorkomende gevallen, het einde van de verzekeringsplicht te worden vermeld. Voorgesteld was, op dit uitschrijfbewijs ook te vermelden dat de verzekerde aan zijn betalingsverplichtingen had voldaan. Aangezien ZN heeft aangegeven dat verzekeraars voor de prolongatie van het jaar 2007/2008 een database operationeel willen hebben waarin het gegeven of iemand aan zijn betalingsverplichting heeft voldaan is vermeld, zal bij nota van wijziging Artikel I, onderdeel B van het wetsvoorstel geschrapt worden. Een vermelding op het uitschrijfbewijs is dan immers niet langer noodzakelijk. Tevens wordt voorkomen dat onnodig administratieve lasten worden veroorzaakt.

De leden van de CDA-fractie hebben gevraagd of de regering deze wet een goede gelegenheid vindt om de aangenomen motie-Omtzigt¹ om te zetten in wetgeving, ook al zal die maar een jaar geldig zijn.

In de tweede voortgangsrapportage Zvw² en in de nota naar aanleiding van het verslag bij de wijziging van de Zvw in verband met de stroomlijning van de bepalingen inzake opzegging van de zorgverzekering bij wijziging van de grondslag van de premie³ is aangegeven dat deze motie wordt meegenomen bij de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling, op basis van gegevens die in het voorjaar van 2007 beschikbaar komen. De daarbij vermelde argumenten gelden nog onverkort. Het is dus niet mogelijk thans een verantwoorde beslissing te nemen over het laten vervallen van de correctie- en terugvorderingsmogelijkheid. Daarom acht ik het ongewenst om in het kader van dit wetsvoorstel de motie-Omtzigt in wetgeving om te zetten.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom gesteld wordt dat er geen financiële gevolgen zijn verbonden aan een verzwaring van het incasso-regime zorgverzekering. Is het waar, zo vragen zij, 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.

In de memorie van toelichting geef ik aan dat er geen financiële gevolgen zijn verbonden aan hetgeen ik in het wetsvoorstel regel. De ondersteunende maatregel van een financiële tegemoetkoming werk ik uit in een wijziging van de Regeling zorgverzekering. Hieraan zijn wel financiële consequenties verbonden. Een overzicht van de financiële gevolgen op basis van de meest recente inzichten van het aantal wanbetalers zal ik,

¹ Kamerstukken II 2004/05, 30 124, nr. 30.

² Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 16, par. 10.1.

³ Kamerstukken II 2005/06, 30 668, nr. 5.

zoals hierboven aangegeven, in deze wijziging van de ministeriële regeling toelichten. Ik zal dan ook de uitvoeringstechniek uitschrijven.

Ten slotte verzoeken de leden van de PvdA-fractie de regering 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».

Hierboven heb ik aangegeven dat er ongeveer 240 000 wanbetalers zijn. Er wordt thans geen administratie gevoerd van wie wel kan betalen, maar het niet wil en ook niet van wie wel wil betalen, maar het niet kan. In de inleiding over de vervolgmaatregelen heb ik aangegeven dat ik een analyse van de verschillende groepen wanbetalers wenselijk acht.

Artikelsgewijs, Artikel I, onderdeel F

De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd of het CVZ boetes heeft opgelegd aan verdragsgerechtigden in het buitenland die zich te laat hebben aangemeld.

Het CVZ heeft aan verdragsgerechtigden over het jaar 2006 geen boetes opgelegd. De inspanningen van het CVZ zijn er op gericht geweest om de werkvoorraden van degenen die zich wel hebben aangemeld weg te werken. Degenen die zich niet hebben aangemeld of niet hebben gereageerd op mailings van CVZ zijn «ambtshalve aangemeld». Dat wil zeggen dat zij het formulier E-121 hebben gekregen en dat de uitkerende instanties van het CVZ de opdracht hebben gekregen om over te gaan tot het inhouden van de verschuldigde bijdrage. De uitkerende instanties houden de bijdrage niet met terugwerkende kracht in, maar hebben die per eerste mogelijkheid ingehouden. Door CVZ zal met de jaarafrekening 2006 de bijdrage gefactureerd worden over de voorliggende periode. Te late aanmelding leidt dus niet tot een lagere bijdrage.

Gezien de problemen die er in het invoeringsjaar zijn geweest met de verwerking van correspondentie van in het buitenland wonende verdragsgerechtigden, acht ik het passend dat het CVZ niet is overgegaan tot het opleggen van boetes.

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