

Vergaderjaar 2005–2006

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 47**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 december 2005

Bij de parlementaire behandeling van diverse wetsvoorstellen (De Fraudewet en de Zorgverzekeringswet) heeft de Kamer haar zorgen uitgesproken over de positie van onverzekerden na invoering van de Zorgverzekeringswet. Zij heeft daarbij enkele malen indringend aandacht gevraagd voor de kwetsbare groepen in de samenleving en bij mij aangedrongen op maatregelen om de gevolgen van onverzekerde te voorkomen.

Het is allereerst van belang op te merken dat door de wettelijke acceptatieplicht niemand onverzekerd hoeft te zijn. Verzekeraars moeten immers iedereen die zich aanmeldt voor een zorgverzekering accepteren. Wanneer iemand zich niet heeft aangemeld bij een verzekeraar, en op een bepaald moment zorg nodig heeft, zal hij/zij in de regel op dat moment alsnog worden «gedwongen» zich te verzekeren; omdat niet aan de verzekeringsplicht is voldaan is betrokkene boeteplichtig. Wanneer een verzekerde de premie niet betaalt, kan de verzekeraar hem/haar na enige tijd royeren, waarna de verzekerde zich bij een nieuwe verzekeraar kan aanmelden waarbij weer acceptatieplicht geldt. Het gaat hierbij dus niet zozeer om onverzekerdenproblematiek, maar om (wan)betalingsproblematiek, die ook onder de huidige Ziekenfondswet al bestaat. Het is uiteraard van belang een «acceptatiecarroussel», zonder dat iets aan de betalingsproblemen wordt gedaan, te vermijden.

In het rapport *Zorg Verzekerde*<sup>1</sup> wordt een aantal maatregelen terzake besproken. Ik ga hieronder op de maatregelen in. Als onverzekerde optreedt, doet zich de vraag voor wie de rekening betaalt van de toch geleverde (acute) zorg. Ook dit is geen nieuw probleem; in de huidige situatie zijn hiervoor voorzieningen voor aanbieders getroffen. In het rapport wordt ingegaan op de vraag of het treffen van een extra voorziening, zoals een waarborgfonds onverzekerden, wenselijk en mogelijk is. De wenselijkheid is uiteraard afhankelijk van de mate waarin zich daadwerkelijk problemen voordoen. Bovendien moet worden voorkomen dat

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

geen afwentelingsgedrag optreed. Op de beleidsafweging die hierbij moet worden gemaakt ga ik in het navolgende eveneens in.

### **Werkgroep onverzekerden**

In de zomer van 2005 heb ik de Werkgroep «onverzekerden» ingesteld. Het betreft hier een departementale werkgroep waarin tevens het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het College voor zorgverzekeringen en Zorgverzekeraars Nederland zijn vertegenwoordigd. Ten einde richting te geven aan het door de werkgroep op te stellen rapport en zodoende te zorgen voor bestuurlijk en maatschappelijk draagvlak heb ik tevens een stuurgroep ingesteld. De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de meest bij het onderwerp van onverzekerden betrokken veldpartijen. Naast de genoemde organisaties zijn hier verder de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, Divosa, de VNG, GGZ Nederland en de Federatie Opvang vertegenwoordigd.

De werkgroep heeft als taakopdracht gekregen in een rapport de problematiek rond de onverzekerden in kaart te brengen, oplossingen voor deze problematiek aan te dragen, en te bezien op welke wijze in de toekomst inzicht kan blijven bestaan in het aantal onverzekerden. Daarnaast heb ik de werkgroep gevraagd aandacht te besteden aan de Stichting Koppeling en de CTG-beleidsregel «dubieuze debiteuren». Ik heb de Kamer toegezegd haar voor de Kerst te informeren en doe deze toezegging gestand door u het eindrapport van de Werkgroep «onverzekerden» aan te bieden. De titel «Zorg verzekerd» heeft een tweeledige betekenis. De eerste betekenis ziet op het belang dat iemand werkelijk toegang heeft tot de noodzakelijke zorg. Dit belang staat bij mij voorop. Ook onverzekerden hebben recht op noodzakelijke zorg. Als deze zorg aan onverzekerden verleend wordt, is de betaling van de kosten van deze zorg niet gegarandeerd. Daarom moeten mensen zorg verzekerd zijn in de zin van de Zorgverzekeringswet, dat wil zeggen aanspraak kunnen maken op het wettelijk omschreven aansprakenpakket van de Zorgverzekeringswet. Dit is de tweede betekenis.

Het onderhavige rapport bevat een verslag van bevindingen van de Werkgroep «onverzekerden». Het rapport is opgesteld aan de hand van een veelheid aan gesprekken met belangenorganisaties in het veld. Uit die gesprekken is duidelijk geworden welke knelpunten zich kunnen voordoen ter zake van de (potentieel) onverzekerden.

De werkgroep heeft voor de inventarisatie van de problematiek voorts informatie ingewonnen bij een groot aantal (koepel)organisaties en andere betrokken partijen. Vanaf het begin is ook overleg gevoerd met de G4 over de problematiek. De werkgroep doet een aantal aanbevelingen aan mij. In deze notitie geef ik aan hoe ik met de aanbevelingen omga. De informatie in deze notitie is gebaseerd op Hoofdstuk 5 van het rapport «Conclusies en aanbevelingen». Waar in deze brief wordt verwezen naar paragrafen worden de paragrafen uit het bijgevoegde rapport bedoeld.

De werkgroep merkt op dat de geïnventariseerde oplossingsrichtingen in een totaliteit moeten worden bezien en in de regel deeloplossingen bieden voor delen van de totale populatie. De stuurgroep onderschrijft deze opvatting.

De werkgroep heeft bij haar werkzaamheden een onderscheid gemaakt in handelingen in de tijd en in het wettelijk kader. Zij heeft een verdeling gemaakt in de tijd en qua zwaarte van de in te zetten instrumenten.

- a. Allereerst is gekeken naar de periode tot en met 31 december 2005. In deze periode is, mede ingegeven door het werk van de werkgroep, door het ministerie van VWS en vele andere organisaties, een veelheid

- van activiteiten uitgevoerd in de sfeer van voorlichting en opsporing van specifieke doelgroepen ter voorkoming van onverzekerde. Het rapport bevat een verslag van deze activiteiten.
- b. Vervolgens is gekeken naar de periode na 1 januari 2006 waarbij maatregelen zijn beoordeeld die binnen het bestaande wettelijke kader kunnen worden genomen. Zoveel mogelijk zijn al concrete afspraken gemaakt met betrokken organisaties over de wijze waarop aan deze maatregelen invulling zal worden gegeven.
  - c. Tenslotte is gekeken naar de periode na 1 januari 2006 waarbij maatregelen zijn geïnventariseerd en beoordeeld die kunnen worden genomen door wijziging van het bestaande wettelijke kader.

Ik onderschrijf de opvatting van de werkgroep dat een goede monitoring van het aantal onverzekerden cruciaal is. Over deze monitoring zijn afspraken gemaakt met het CBS waar ik hierna nog op terugkom. Het CBS gaat met ingang van 1 januari 2006 de aantallen onverzekerden op een andere manier monitoren dan tot nu toe gebeurt (paragraaf 4.2.1). Het zal nog enige tijd duren voordat er concrete uitkomsten uit deze monitoring komen.

Omdat ik er aan hecht zo snel mogelijk te beschikken over een indicatie over de ontwikkeling van de aantallen onverzekerden en de daarmee samenhangende problematiek, zal ik het nodige doen om zelf inzicht te krijgen in deze ontwikkeling, daarnaast heb ik betrokken organisaties via de Stuurgroep «onverzekerden» opgeroepen om medio 2006 bij mij melding te doen van door hun geconstateerde ontwikkelingen in de omvang van de onverzekerden en de daarmee samenhangende problematiek.

In de onderhavige notitie sluit ik aan bij de verdeling die de werkgroep heeft gemaakt. Ik zal dus eerst ingaan op de activiteiten die door of namens mijn ministerie zijn uitgevoerd in de periode tot en met 31 december 2005. Vervolgens ga ik in op de periode na 1 januari 2006 en de maatregelen die genomen kunnen worden binnen het bestaande wettelijke kader. Tenslotte ga ik in op de periode na 1 januari 2006 en de maatregelen die genomen kunnen worden waaruit een wijziging van het wettelijk kader voortvloeit.

### **De periode tot en met 31 december 2005**

Het onderhavige rapport bevat een inventarisatie van de verschillende activiteiten die door of namens mijn ministerie zijn uitgevoerd. Die activiteiten liggen op het terrein van de voorlichting en op het actief benaderen van specifieke doelgroepen. Bij dit onderdeel heeft de Landelijke Vereniging van Thuislozen en de Federatie Opvang een belangrijke rol gespeeld. Naast het zelf organiseren van voorlichting heb ik ook verschillende instanties en cliëntenorganisaties financieel gefaciliteerd voor het benaderen van moeilijk bereikbare of kwetsbare groepen.

Ik ga ervan uit dat door deze actieve benadering van kwetsbare groepen, mensen verzekerd zijn die zich anders niet verzekerd hadden. Dit feit bezien in combinatie met het instrument van de negatieve optie uit de Zorgverzekeringswet, waarbij iedereen die verzekerd is en niet reageert op het aanbod van zijn verzekeraar in principe verzekerd blijft, brengt mij tot de verwachting dat het aantal onverzekerden op 1 januari 2006 kleiner zal zijn dan het huidige aantal.

### **De Zorgverzekeringswet en het risico op onverzekerde**

Organisaties als Divosa en de VNG en veel gemeenten wijzen op het andere karakter van de Zorgverzekeringswet in vergelijking tot de Ziekenfondswet. Is het onder de Ziekenfondswet onmogelijk om mensen

uit hun verzekering te zetten, de verzekering is immers een verzekering van rechtswege, onder de Zorgverzekeringswet kan dit wel gebeuren. Omdat de verzekering gebaseerd is op een verzekeringsovereenkomst met tweezijdige rechten en plichten kan de verzekeringsdekking worden opgeschort en uiteindelijk kan de verzekering geroyeerd worden indien de verzekerde niet de premie voor de verzekering betaalt. Gelet hierop vrezende de genoemde partijen een forse stijging van het aantal personen dat onverzekerd raakt.

Hoewel ik mij die vrees voor kan stellen, het karakter van de Zorgverzekeringswet is inderdaad wezenlijk anders dan dat van de Ziekenfondswet en de verschuldigde nominale premie is inderdaad hoger dan onder de huidige Ziekenfondswet, wil ik er echt alles aan doen om het aantal onverzekerden zo klein mogelijk te houden en te voorkomen dat de groep onverzekerden groter wordt. Ik wil echter benadrukken dat de aanpak van dit probleem niet alleen een verantwoordelijkheid is van de Rijksoverheid maar ook een verantwoordelijkheid van de andere betrokken partijen zoals verzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en belangenorganisaties. De Rijksoverheid kan bij een aantal verkende opties een faciliterende rol spelen. Bij de meeste opties is echter de inzet en medewerking van alle betrokken partijen onontbeerlijk. Voor het bestrijden van onverzekerde is een actieve inzet nodig van iedereen. Nu twijfel ik geen moment aan de inzet van de betrokken partijen. Bij de totstandkoming van het onderhavige rapport is de betrokkenheid van iedereen gebleken. GGZ Nederland, Divosa, VNG, de Federatie Opvang, de verschillende patiënten- en cliëntenorganisaties (zie bijlage IV van het rapport) hebben allemaal door hun inbreng blijk gegeven van hun betrokkenheid.

Als ik het heb over de Zorgverzekeringswet gaat het over de periode na 1 januari 2006. De werkgroep heeft verkend welke mogelijkheden er zijn om binnen de bestaande wet- en regelgeving het risico op onverzekerde te verkleinen dan wel de nadelige gevolgen van onverzekerde te beperken. Het verslag hierover treft u aan in Hoofdstuk 3 van het rapport.

#### **De periode na 1 januari 2006: maatregelen binnen het bestaande wettelijke kader.**

In Hoofdstuk 3 van het rapport heeft de werkgroep een inventarisatie gemaakt van verschillende maatregelen die genomen kunnen worden op basis van het bestaande wettelijke kader. Iedere maatregel is vervolgens door de werkgroep beoordeeld op verwachte effectiviteit, te weten leidt het tot een verkleining van de problematiek, op compatibiliteit met bestaande wet- en regelgeving en op praktische uitvoerbaarheid. Ook is het element van de administratieve lastendruk bij de beoordeling betrokken. Hier wil ik iets dieper ingaan op een aantal opties die naar het oordeel van de werkgroep goed ingezet kunnen worden om (de gevolgen van) onverzekerde tegen te gaan. Het gaat hierbij achtereenvolgens om

- a. het bevorderen van collectieve (aanvullende) verzekeringen voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima
- b. het bewerkstelligen van een koppeling in gegevensbestanden zodat gemeenten automatisch geïnformeerd kunnen worden indien een bijstandsgerechtigde een gekwalificeerde betalingsachterstand heeft
- c. het aanbieden van een begeleidend schrijven bij het uitschrijfbewijs bij het einde van een verzekering
- d. het rechtstreeks overmaken van de zorgtoeslag naar de zorgverzekeraar
- e. het bevorderen van automatische incasso

### **Het bevorderen van collectieve (aanvullende) verzekering voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima (paragraaf 3.5.5)**

Met deze optie wordt beoogd onverzekerde te voorkomen, omdat het financieel aantrekkelijker is om deel te nemen aan een collectief dan zelfstandig een verzekering te sluiten. Bovendien kan hiermee in de regel worden geprofiteerd van een goede (aanvullende) collectieve basisverzekering.

Naar verluidt hebben ongeveer 200 gemeenten, die thans een collectieve aanvullende verzekering hebben, een aanbod gekregen voor een collectieve basisverzekering waar het merendeel mee zal gaan instemmen. Voor de overige gemeenten is dit instrument op zijn vroegst begin 2007 beschikbaar ook al zouden deze gemeenten de intentie hebben om eventueel al met ingang van begin 2006 dit instrument in te zetten.

De voordelen van deze optie zijn dat gemeenten via de collectieve verzekering afspraken kunnen maken over ondermeer automatische incasso, signalering betalingsachterstanden en dat deze verzekering ook ten goede komt aan sociale minima. Met een collectieve verzekering wordt recht gedaan aan het doel van de gemeenten om sociale minima verzekerd te krijgen en te houden. Een bijkomend voordeel voor de gemeente is een besparing in de administratieve lastendruk omdat individuele aanvragen voor bijzondere bijstand hiermee worden voorkomen. Nadeel voor kleinere gemeenten is dat niet zo snel een schaalvoordeel bereikt zal kunnen worden. Deze oplossing bereikt overigens niet de zwervende dak- en thuislozen.

### **Reactie op aanbeveling**

Mede gelet op het feit dat met deze optie een grotere groep kan worden bereikt dan uitsluitend de groep bijstandsgerechtigden heb ik met Divosa en de VNG afgesproken dat zij naar eigen inzicht gemeenten wijzen op het instrument van de collectieve (aanvullende) basisverzekering en de voordelen hiervan.

### **Signalering van betalingsachterstand onder bijstandsgerechtigden (paragraaf 3.5.1)**

Deze optie heeft veel politieke aandacht gekregen. Zij vloeit voort uit de wens van alle gemeenten (VNG). Het belang daarbij is duidelijk. Als gekeken wordt naar de verdeling van bijstandsgerechtigden dan is het grosso modo zo dat circa 90% van de bijstandsgerechtigden in 40 gemeenten van de circa 460 gemeenten is geconcentreerd. Vanuit de werkgroep zijn gesprekken gevoerd met het Inlichtingenbureau, het CVZ, ZN en het College bescherming persoonsgegevens. Hierbij is gebleken dat deze optie in praktijk kan worden uitgevoerd. Met deze optie wordt beoogd te voorkomen dat bijstandsgerechtigden onverzekerd raken. De essentie van deze optie is dat gemeenten via het Inlichtingenbureau een signaal krijgen dat een bijstandsgerechtigde een betalingsachterstand heeft in de premiebetaling van zijn zorgverzekering. De gemeente beoordeelt of zij op grond van artikel 57 WWB budgetbeheer aan betrokkene oplegt en voorziet in de doorbetaling van de premie voor de zorgverzekering. Het Inlichtingenbureau op zijn beurt wordt met informatie gevoed door SAPZ<sup>1</sup>. Het CBP ziet op zich geen belemmeringen op privacy-technisch gebied als duidelijk is hoe de verantwoordelijkheid voor de gegevensbestanden binnen SAPZ is geregeld en wie hierop kan worden aangesproken. Daarnaast dient aandacht besteed te worden aan de proportionaliteit, dat verzekeraars geen inzicht krijgen in de inkomstenbron van verzekerden en de noodzaak van het regelen van deze oplossing gebaseerd wordt op de Wet werk en bijstand.

De voordelen van deze optie zijn dat roeyement van verzekerden en

---

<sup>1</sup> Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen.

daarmee onverzekerdeheid kan worden voorkomen. Met de doorbetaling van de premie loopt de verzekeraar geen incasso risico. Deze optie sluit ook aan bij de bestaande gegevensstroom van Inlichtingenbureau naar gemeenten. De verzekeraar krijgt vooraf geen inzage in de inkomstenbron van betrokkenen.

### **Reactie op aanbeveling**

Gelet op het nut van deze optie zal ik deze realiseren. Het is daarbij mijn bewuste keus om deze optie alleen toepasbaar te maken voor bijstandsgerechtigden en niet voor andere sociale minima. Uitbreiding van deze optie tot andere sociale minima is niet zinvol omdat gemeenten ter zake van deze categorie geen wettelijk instrument hebben dat vergelijkbaar is met artikel 57 WWB. Omdat de inkomstenbronnen van de overige sociale minima een divers karakter hebben is er geen wetgevingscomplex dat op al deze verschillende inkomstenbronnen ziet en dat gewijzigd kan worden. Gemeenten zijn daarnaast voor de overige sociale minima ook niet op dezelfde manier verantwoordelijk als voor bijstandsgerechtigden.

De koepelorganisatie van verzekeraars heeft zich bereid verklaard haar leden op te roepen om mee te werken aan de melding van achterstanden in de betaling van ziektekostenverzekerspremie. Overigens merk ik op dat er op basis van de Wet werk en bijstand een verplichting is om in individuele gevallen deze informatie aan gemeenten te leveren. Verder merk ik op dat het natuurlijk moet gaan om gekwalificeerde achterstanden. Bij sommige doelgroepen, met name de doelgroepen in de maatschappelijke opvang, is hier na een maand al sprake van. Ik heb het College van zorgverzekeringen verzocht de koppeling tussen SAPZ en het Inlichtingenbureau te maken en de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid gevraagd het Inlichtingenbureau opdracht te geven de implementatie van deze gegevensstroom en het doorgeven van informatie aan gemeenten mogelijk te maken.

### **Uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven (paragraaf 3.4.1)**

Met deze optie wordt beoogd dat verzekeraars bij aanvang van de verzekering een indicatie krijgen of de aspirant-verzekerden aan hun betalingsverplichtingen zullen voldoen. Deze optie is met name gericht op de calculerende burger.

De verzekeraar kan hierbij de vinger aan de pols houden en aandringen op het gebruik van automatische incasso, waarmee een grote betalingsachterstand en daarmee roeyement kan worden voorkomen. De optie beoogt dus indirect onverzekerdeheid te voorkomen. De wet voorziet in de verplichting voor zorgverzekeraars om de verzekerde bij beëindiging van de verzekering te voorzien van een uitschrijfbewijs. Dit uitschrijfbewijs kan met een begeleidend schrijven aan de verzekerde ter hand worden gesteld. In het begeleidend schrijven kan de verzekeraar ondermeer opnemen dat de verzekerde in het verleden heeft voldaan aan zijn betaalverplichtingen. De nieuwe verzekeraar moet voor de beoordeling of een boete moet worden opgelegd inzage hebben in het uitschrijfbewijs. Hij kan dan tevens om de begeleidende brief vragen en vaststellen of de potentiële verzekerde een wanbetaler is. De verzekeraar kan vervolgens nadere afspraken, zoals vooruitbetaling, maken met de verzekerde, maar kan dit niet afdwingen daar de acceptatieplicht hieraan in de weg staat. De voordelen van deze optie zijn dat verzekeraars een indicatie krijgen over het betaalbedrag van hun aspirant verzekerden en tijdig maatregelen kunnen treffen om roeyement te voorkomen. De administratieve lasten van deze optie zijn ook relatief laag in vergelijking met het hieronder genoemde alternatief. Het nadeel van deze optie is dat verzekeraars niet gehouden zijn een dergelijk begeleidend schrijven af te geven. Het CBP

ziet geen belemmeringen op privacytechnisch gebied wat deze optie betreft en geeft hieraan de voorkeur boven het inrichten van een register met wanbetalers. Deze opvatting wordt gedeeld door de werkgroep. Hoewel de voorkeur van de zorgverzekeraars uit gaat naar het hanteren van de lijst met wanbetalers, heeft de koepelorganisatie zich bereid verklaard hieraan mee te werken.

### **Reactie op aanbeveling**

Ik ben van oordeel dat de implementatie van deze optie een indirecte bijdrage levert in de bestrijding van onverzekerde en heb er daarom bij Zorgverzekeraars Nederland op aangedrongen zijn leden te vragen hieraan mee te werken. Aangezien verzekeraars hier belang bij hebben, verwacht ik dat dit ook in een meerderheid van de betrokken gevallen zal gebeuren. Mocht in de praktijk blijken dat deze optie niet het gewenste resultaat oplevert, dan zou overwogen kunnen worden om een andere door de werkgroep aangegeven optie in de praktijk te realiseren, te weten het inrichten van een lijst met wanbetalers.

### **Zorgtoeslag rechtstreeks overmaken aan de zorgverzekeraar (paragraaf 3.5.3)**

Met deze optie wordt beoogd onverzekerde te voorkomen. Het voordeel van deze optie is dat de zorgtoeslag niet wordt uitgegeven aan andere zaken dan de premie en dat er niet een extra schijf tussen verzekerde en verzekeraar wordt geplaatst, zoals bij het overmaken van de zorgtoeslag naar gemeenten het geval zou zijn. Het nadeel is dat deze optie een deeloplossing is. Voor het voorkomen van onverzekerde is immers betaling van de gehele premie noodzakelijk. Overigens gaat het hier uitsluitend om bepaalde categorieën van de sociale minima waarbij de vrees van een verkeerde besteding van de zorgtoeslag bestaat. Toepassing van deze optie bij bijstandsgerechtigden, waarbij budgetbeheer wordt toegepast is niet nodig, omdat hierbij de premie al ingehouden wordt op de bijstandsuitkering.

### **Reactie op aanbeveling**

Gelet op het belang dat verschillende partijen hechten aan deze optie heb ik met Zorgverzekeraars Nederland de afspraak gemaakt dat de koepelorganisatie zich sterk maakt dat haar leden zich zullen inspannen om hun administratie zodanig inrichten dat met ingang van 1 januari 2007 de zorgtoeslag desgewenst rechtstreeks kan worden overgemaakt naar de verzekeraar. Dit onder de kanttekening dat het overmaken van de zorgtoeslag geschiedt op basis van vrijwilligheid van beide partijen en dat de oplossing niet is gericht op een standaardprocedure van alle mensen die recht hebben op zorgtoeslag, maar uitsluitend voor diegenen die behoren tot de kwetsbare groepen en die niet bijstandsgerechtigd zijn.

### **Automatische incasso (paragraaf 3.4.3)**

Sociale diensten bevorderen bij bijstandsgerechtigden de afgifte van een automatische incasso voor de betaling van de premie voor de zorgverzekering. Het voordeel van deze optie is dat mensen niet meer kunnen vergeten hun premie te betalen en dat het incasso risico voor verzekeraars verkleind wordt. Het nadeel is dat een automatische incasso geen zin heeft bij geen of onvoldoende saldo op de rekening. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen moet de automatische incasso plaatsvinden vlak na het storten van het salaris of de uitkering. De optie kan in zijn algemeenheid alleen op vrijwillige basis worden toegepast.

### **Reactie op aanbeveling**

Gelet op het praktisch nut van de automatische incasso heb ik in mijn contacten met gemeenten, verzekeraars en belangenorganisaties gewezen op de voordelen van een automatische incasso. Mijns inziens kan hierbij de lijn worden bewandeld die de koepelorganisatie van verzekeraars voorstaat, te weten het opleggen van een verplichting tot automatische incasso bij iemand waaruit uit het begeleidend schrijven bij het uitschrijfbewijs blijkt dat betrokkenen niet aan zijn betalingsverplichting heeft voldaan.

### **Blanco aanvraagformulieren zorgtoeslag (paragraaf 3.7.1.7)**

Graag ga ik kort in op deze optie, hoewel de werkgroep ter zake geen aanbeveling doet. Met deze optie wordt beoogd dat mensen die geen aanvraagformulier voor zorgtoeslag hebben ontvangen, bijvoorbeeld omdat zij adresloos zijn, maar hierop wel recht hebben toch een zorgtoeslag aan kunnen vragen, waardoor weer minder geld nodig is om de premie te betalen. De optie levert dus een indirecte bijdrage aan het tegengaan van onverzekerdeheid. In de praktijk blijkt dit geen werkbare oplossing, omdat de Belastingdienst niet beschikt over blanco aanvraagformulieren. Daarnaast kan zij deze administratief niet verwerken.

Naar ik heb begrepen zet de Belastingdienst alles op alles om de digitale ingestuurde aanvragen voor een zorgtoeslag te verwerken en af te handelen en hiervoor zoveel mogelijk de beschikbare mankracht in te zetten. Gelet op de toezegging van de Belastingdienst om in contact te treden met belangenorganisaties om te bezien hoe de aanvraag van een zorgtoeslag voor deze groepen efficiënter uitgevoerd kan worden, ga ik er vanuit dat er een passende oplossing komt voor deze situaties.

### **Toepassing van boete uitstellen voor kwetsbare groepen (paragraaf 3.7.1.5)**

Met deze optie wordt verzocht om voor kwetsbare groepen de toepassing van de bestuurlijke boete een jaar uit te stellen. Met name door cliëntenraden en belangenorganisaties wordt hiervoor gepleit. De achterliggende gedachte achter dit verzoek is dat de betreffende personen, die financieel al niet draagkrachtig zijn, door middel van een boete financieel op een dusdanige achterstand worden gezet dat zij financieel geen uitweg meer zien en daardoor niet aan hun premieverplichtingen voldoen. De wet voorziet echter niet in de mogelijkheid om voor een bepaalde categorie van de wet af te wijken. Nog daargelaten hoe je deze mensen zou moeten definiëren. De wet voorziet wel in de mogelijkheid om de boete niet op te leggen, in die gevallen waarin de betrokkene het nietnaleven van de zorgverzekeringplicht niet kan worden aangerekend of niet verwijtbaar is.

### **Reactie op aanbeveling**

Hoewel de werkgroep ter zake geen aanbeveling doet, hecht ik eraan hier toch op dit onderwerp in te gaan. Ik heb namelijk begrip voor het pleidooi van de cliëntenraden en de belangenorganisaties en zie ook het voordeel voor de kwetsbare groepen van het formeel uitstellen van de boetebepaling. Aan de andere kant wil ook ik niet om de wet heen. Om aan deze wens tegemoet te komen, zou een wetswijziging noodzakelijk zijn. Los van alle problemen die een dergelijke wetswijziging met zich meebrengt, acht ik deze niet nodig als ik kijk hoe het opleggen van de boete in de praktijk gestalte krijgt. Ik kan me zeer wel situaties voorstellen bij deze categorie waarin het niet-naleven van de verzekeringplicht niet-verwijtbaar is, dan wel er een rechtvaardigingsgrond voor is. Daarnaast

betreft het CVZ in zijn afwegingen bij het bepalen van de hoogte van de op te leggen boete de draagkracht van betrokkene. Aangezien het hier in de regel zal gaan om een financieel kwetsbare groep is het nog maar de vraag in hoeverre deze kwetsbare groepen een maximale boete opgelegd krijgen.

#### **Inhouden premie op bijstandsuitkering (paragraaf 3.5.4)**

Hoewel de werkgroep op dit onderwerp geen aanbeveling doet, wil ik in deze brief toch nog kort ingaan op deze optie. Van de VNG heb ik begrepen dat er bij gemeenten veel vragen bestaan over dit onderwerp. Gelet hierop heb ik mijn ambtgenoot van Sociale Zaken en Werkgelegenheid verzocht in de SZW-verzamelbrief aan de gemeenten aan dit onderwerp aandacht te besteden.

Een automatische verrekening van de zorgpremie met de bijstandsuitkering bij alle bijstandsgerechtigden is mogelijk, noch wenselijk. Het doel van de WWB is immers het bevorderen van het zelfstandig voorzien in het bestaan. Verder is het op basis van de huidige regelgeving al mogelijk om in individuele gevallen over te gaan tot automatische inhouding indien de gemeente van oordeel is dat iemand niet in staat tot een verantwoorde besteding van zijn bestaansmiddelen. Dit is eveneens mogelijk voor groepen van bijstandsgerechtigden die voldoen aan door de gemeente gestelde en voor de burger kenbare criteria op grond waarvan de gemeente op basis van artikel 57 WWB noodzakelijke betalingen uit de toegekende bijstand kan verrichten uit hoofde van de belanghebbende.

#### **OVERIGE AANBEVELINGEN WERKGROEP BINNEN BESTAANDE KADER**

In hoofdstuk 3 van het rapport doet de werkgroep nog een aantal aanbevelingen. Deze aanbevelingen neem ik over. Ik heb voorts Divosa verzocht haar leden te wijzen op het verschijnsel van de basisbankrekening. Gelet op het praktisch nut van de vergroting van het aantal postadressen heb ik mijn ambtgenoot van Sociale Zaken en Werkgelegenheid verzocht om voor dit punt aandacht te besteden in de SZW-verzamelbrief aan de gemeenten.

#### **De periode na 1 januari 2006: maatregelen buiten het bestaande wettelijke kader**

Als bovenstaande opties worden geïmplementeerd en nageleefd wordt een goede bijdrage geleverd in de bestrijding van onverzekerdeheid. Om wat de aantallen betreft de vinger aan de pols te houden is het belang van een goede monitoring cruciaal. Zoals ik hiervoor heb aangegeven zijn hierover afspraken gemaakt met het Centraal Bureau voor de Statistiek, dat met ingang van 1 januari 2006 de aantallen onverzekerden niet meer groepsgewijs maar op individuele basis gaat monitoren. Als uit deze monitoring mocht blijken dat het aantal onverzekerden toeneemt, dan moet worden bezien in hoeverre het bestaande wettelijke kader moet worden aangepast. In deze subparagraaf wordt ingegaan op een aantal opties die liggen buiten het bestaande wettelijke kader. Voor al deze opties zijn in meer of mindere mate wijzigingen in de regelgeving noodzakelijk.

#### **Actieve opsporing van onverzekerden door bestandenkoppeling (paragraaf 4.3)**

Gezien de beschikbaarheid van deze gegevens is het technisch mogelijk gegevensbestanden met elkaar te vergelijken en zodoende de onverzekerden te traceren. De werkgroep merkt hierbij op dat voorzover er

inspanningen worden gedaan die leiden tot een gedwongen verzekering dit indruist tegen het privaatrechtelijke karakter van de Zvw. Een belangrijk uitgangspunt van deze wet is immers de plicht aan iedereen, om zichzelf te verzekeren. Door toepassing van de derde variant wordt voor een klein deel van de bevolking een verzekering van rechtswege gecreëerd. Ook leidt dit mogelijk tot strijdigheid met het Europese recht. Iedere wijziging van deze wet moet noodzakelijk en proportioneel zijn.

Wel zou het actief benaderen (en eventueel actief beboeten) van onverzekerden op zichzelf al een positief effect kunnen hebben.

Het CBP plaatst wel vraagtekens bij de bestandskoppeling. Het CBP acht het traceren van onverzekerden met behulp van bestandskoppeling strijdig met het karakter van de Zvw. Hoe actiever de vervolgacties zijn, hoe zwaarder dit gaat wegen. De wijziging om actieve opsporing via bestandskoppeling te realiseren vereist wetgeving in formele zin waarmee gemotiveerd moet worden afgeweken van de Wbp.

Als niettemin gekozen wordt voor deze optie om onverzekerden op individueel niveau te traceren dan kan dit alleen maar gebeuren indien daadwerkelijk iets met deze gegevens wordt gedaan. Indien gekozen wordt voor een bestandskoppeling dient vanzelfsprekend een beslissing te worden genomen over de manier waarop de bestandskoppeling kan worden gerealiseerd, wie hiervoor verantwoordelijk is en welke vervolghandelingen moeten worden uitgevoerd.

### **Reactie op de aanbeveling**

Ik volg de aanbeveling van de werkgroep om vooruitlopend op de resultaten van de monitoring van het aantal onverzekerden door het CBS de bestandskoppeling beleidsinhoudelijk voor te bereiden, zodat als de beslissing wordt genomen dat de bestandskoppeling moet worden ingesteld op korte termijn de stappen kunnen worden gezet om dit te realiseren.

Als in de praktijk blijkt dat het aantal onverzekerden stijgt, kan opsporing van onverzekerden door het koppelen van bestanden en het nemen van maatregelen jegens onverzekerden hier in principe een goede bijdrage aan leveren. Uiteraard dient hierbij aandacht te worden besteed aan de in het rapport aangegeven bezwaren tegen deze optie. Gelet op de aangegeven bezwaren van deze bestandskoppeling volg ik de suggestie van de stuurgroep om aan een dergelijke bestandskoppeling eerst een pilot op kleine schaal te laten vooraf gaan.

### **Verrekenen van niet-betaalde premie via verevening (paragraaf 4.4 )**

Met deze optie wordt beoogd dat verzekeraars worden gecompenseerd voor het niet ontvangen van premie. De werkgroep is van oordeel dat dit geen werkbare oplossing is. Ik deel deze opvatting en merk bovendien op dat verzekeraars met veel verzekerden in grote steden door de regio-component in de verevening al een hoger budget ontvangen dan verzekeraars waarbij dit niet het geval is. Aan deze oplossingsrichting kleeft bovendien het grote bezwaar dat slecht gedrag wordt beloond. Dit geldt zowel voor de verzekeringsplichtigen als voor de verzekeraars. Daarnaast worden betrokkenen niet geroyeerd terwijl ze geen premie betalen. Dit druist volledig in tegen de systematiek van de Zvw.

### **Leerplichtstramien (paragraaf 4.5)**

Met deze optie wordt beoogd onverzekerden te voorkomen. Hierbij is het de bedoeling dat een verzekeraar een verzekerde pas royeert als deze door de volgende verzekeraar is geaccepteerd. Dit betekent dat de eerst-

genoemde verzekeraar wordt opgezadeld met een voorzienbaar risico. Dit is Europeesrechtelijk niet toegestaan. Op grond van de Europese schade-richtlijnen mag de Rijksoverheid niet ingrijpen in de bedrijfsvoering van een particuliere verzekeraar, als de verzekeraar daar niet schadeloos voor gesteld wordt. Dit zou alleen kunnen met een oplossing in de verevenings sfeer en zoals uit de hiervoor aangegeven punt 4 blijkt is een dergelijke constructie niet wenselijk. Ik acht dit derhalve geen begaanbare weg.

#### **Oprichten waarborgfonds onverzekerden (paragraaf 4.6)**

Bij de totstandkoming van het rapport van de werkgroep is gebleken dat één van de grote zorgen van de gemeenten, de wethouders van de G4 hebben dit zelfs expliciet aangegeven, het antwoord is op de vraag bij wie uiteindelijk het bonnetje van de kosten van zorg die aan een onverzekerde is verleend gaat neerkomen: bij de betrokkene zelf, bij de zorgverzekeraar, bij de zorgaanbieder of bij de gemeenten. Vanuit die hoek is gepleit voor het inrichten van een waarborgfonds voor zorgaanbieders. Ook de VNG en Divosa zijn voorstander van het inrichten van een dergelijk fonds. Een waarborgfonds onverzekerden biedt als zodanig geen oplossing voor het voorkomen of verkleinen van onverzekerde. De werkgroep is niettemin van oordeel dat het instellen van een dergelijk fonds gezien kan worden als sluitstuk om de nadelige gevolgen van onverzekerde op te vangen. Deze oplossing biedt namelijk soelaas aan de zorgaanbieders wanneer deze medisch noodzakelijke zorg moeten leveren.

#### **Reactie op de aanbeveling**

Mede gelet hierop sta ik in beginsel positief tegenover het oprichten van een dergelijk fonds voor zorgaanbieders. Wel merk ik op dat het instellen van een dergelijk fonds gezien moet worden als sluitstuk om de nadelige gevolgen van onverzekerde op te vangen. Een dergelijk fonds laat onverlet dat vooral gezocht moet worden naar oplossingen die het onverzekerde zijn structureel aanpakken. Wat de al dan niet volledige vergoeding betreft zal bij de inrichting van een dergelijk fonds moeten worden voorkomen dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een soepel incassobeheer gaan voeren omdat de rekening toch wel bij een dergelijke fonds kan worden ingediend. Hiertoe zou bijvoorbeeld bepaald kunnen worden dat slechts een zeker percentage van de rekening kan worden ingediend. Hiermee blijft er voor de zorgaanbieders een prikkel bestaan om incasso-maatregelen te treffen. De situatie kan bij illegalen anders liggen dan bij andere onverzekerden.

Bij de oprichting van een dergelijk waarborgfonds dient verder een aantal andere afwegingen te worden gemaakt. Allereerst natuurlijk over de vorm van het fonds, mede in verband met de vraag of het fonds al dan niet moet worden beschouwd als verzekeraar.

Verder moet onder andere worden vastgesteld hoe het fonds wordt gevoed, of de kosten van de zorg in alle gevallen al dan niet volledig vergoed moeten worden, of uit dit fonds de kosten van zowel eerste- als tweedelijnszorg moeten worden vergoed en of met het bestaan van dit fonds de Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren moet worden gehandhaafd. Ik volg de aanbeveling van de werkgroep, om vooruitlopend op de resultaten van de monitoring het oprichten van een waarborgfonds beleidsinhoudelijk voor te bereiden, zodat als de beslissing wordt genomen dat een waarborgfonds moet worden ingesteld op korte termijn duidelijk is hoe dit gestalte moet krijgen.

## **Conclusie**

Alvorens inhoudelijk over het onderwerp onverzekerden te concluderen spreek ik eerst mijn dank uit aan zowel de werkgroep als de stuurgroep voor hun inzet bij het opstellen van dit rapport.

Concluderend merk ik op dat met de acceptatieplicht in de Zorgverzekeringwet, de afspraken met zorgverzekeraars (negatieve optie), de voorlichting en fysieke opsporing het aantal onverzekerden bij de invoering van de Zorgverzekeringwet naar verwachting zo klein mogelijk is. Het rapport bevat een goede inventarisatie om in de toekomst het ontstaan van onverzekerden te voorkomen, dan wel nadelige gevolgen van het onverzekerd zijn te beperken. Naar mijn mening is de conclusie gerechtvaardigd dat het bestaande wettelijke kader voldoende mogelijkheden biedt om het onverzekerd zijn tegen te gaan. Wel merk ik op dat geen van de geïnventariseerde oplossingsrichtingen los van de andere een afdoende oplossing biedt om onverzekertheid te voorkomen. Wanneer alle wettelijke middelen worden ingezet die de gemeentelijke overheid ten dienste staan, kan het probleem van onverzekertheid bij bijstandsgerechtigden klein worden gehouden. Als deze middelen nog eens worden gecombineerd met de signalering van de betalingsachterstanden, verwacht ik dat het probleem van onverzekertheid bij bijstandsgerechtigden goed ondervangen is. Voor de overige sociale minima verwacht ik dat de inzet van collectieve basisverzekeringen door gemeenten een grote rol speelt bij het voorkomen van het onverzekerd zijn bij deze categorie.

Ik ben mij er niettemin van bewust dat er een categorie kwetsbare groepen bestaat, zoals dak- en thuislozen die geen bijstandsuitkering ontvangen of niet in de maatschappelijke opvang zitten, waarbij het regelen van een ziektekostenverzekering moeilijk is.

Mede om die reden ben ik voornemens gemeenten financieel tegemoet te komen voor met name administratieve lasten die samenhangen met het afsluiten van collectieve verzekeringen en de kosten van voorlichting. Ik denk hierbij aan een bedrag van vijf miljoen euro voor 2006 en drie miljoen structureel voor de periode daarna. Het is aan de gemeente te bepalen hoe dit geld voor de betreffende groepen kan worden ingezet. Ik streef er naar om bij de budgettaire besluitvorming bij de voorjaarsnota deze financiële tegemoetkoming beschikbaar te krijgen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst