
Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 63

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 januari 2006

Conform uw verzoek ga ik in deze brief nader in op de aangenomen moties naar aanleiding van het VAO op 20 december jongstleden. Voorafgaand daaraan wil ik u graag informeren over aspecten die samenhangen met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag op 1 januari jongstleden.

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

1 Inleiding

In deze brief komen de volgende onderwerpen aan de orde:	blz.
2 Implementatie Zorgverzekeringswet	2
3 Uitvoering van de Wet op de zorgtoeslag	3
4 Plan van aanpak uitwerking maatregelen rapport «Zorg Verzekerd»	4
5 Nadere toelichting situatie voor in het buitenland woonachtige Nederlanders	7
6 Artikel terrorismeschade in Besluit zorgverzekering	13
7 Addendum en ministeriële regeling ex artikel 87 Zvw	15
8 Reactie op aangenomen moties	16
8.1 Motie Heemskerk (29 689, nr. 49)	16
8.2 Motie Schippers c.s. (29 689, nr. 52)	17
8.3 Motie Schippers/Bakker (29 689, nr. 53)	17
8.4 Motie Omtzigt (29 689, nr. 54)	17

2 Implementatie Zorgverzekeringswet

Uiterlijk op 15 december jongstleden hebben de individueel verzekerden een aanbod van hun verzekeraar gekregen voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering¹. Gegeven de hiervoor genoemde wettelijke verankering van de zogeheten «negatieve optie» was daardoor iedereen op 1 januari 2006 verzekerd².

Medio januari heeft mijn departement bij een groot aantal verzekeraars geïnformeerd naar de stand van zaken. Daarbij is onder meer gevraagd naar de verwachte marktbevingingen, de stand van zaken bij hun bereikbaarheid en de administratieve organisatie.

Aanbiedingen, uitschrijvingen, nieuwe inschrijvingen

Burgers zijn duidelijk op zoek naar de beste zorgverzekering en aanvullende verzekering. Dit blijkt uit de grote aantallen aanvragen voor offertes die verzekeraars telefonisch en via internetsites ontvangen én uit de eerste signalen van het aantal mensen dat wellicht van verzekeraar zal wisselen. Verzekeraars geven aan dat de aantallen hun verwachtingen aanzienlijk overtreft.

Vooraf de afspraken over nieuwe collectieve ziektekostenverzekeringen brengen veel dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt teweeg. Veel verzekeraars spreken van een aanzienlijke toename van collectieve contracten. Zo worden er veel collectieve contracten gesloten door werkgevers en ook het aantal patiëntenverenigingen met een collectief contract neemt nog steeds toe. In dat verband zij opgemerkt dat, in tegenstelling tot eerdere berichten, ook het zogenoemde «Verbond van Verzekerden» een collectiviteit met een aantal zorgverzekeraars heeft afgesloten. Zorgverzekeraars merken overigens wel op dat weliswaar veel offertes worden aangevraagd, maar dat nog niet veel nieuwe zorgverzekeringen zijn afgesloten. Dat moet nog echt op gang komen. Naar verwachting wordt de maand februari daarbij cruciaal. Er zijn nog geen duidelijke gegevens over het exacte aantal verzekerden dat van verzekeraar zal veranderen. De getallen die genoemd worden in enkele enquêtes van externe onderzoeksbureaus lopen uiteen. In het voorjaar zal het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) hier meer inzicht in kunnen verschaffen.

Administratie en ICT

Verzekeraars geven aan dat het sturen van offertes (ook voor collectieve contracten), de inning van de premies en de verwerking van de mutaties van de verzekerden op het aanbod dat zij van de verzekeraar hebben

¹ Over de aanbiedingen voor collectieve contracten waarvan de onderhandelingen tussen werkgever en verzekeraar nog gaande waren, hebben de verzekerden inmiddels nadere informatie ontvangen of zullen ze deze op korte termijn ontvangen. Zie ook mijn antwoord op de vragen van de heer Heemskerk van 30 december 2005 (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2005–2006, nr. 701).

² Tenzij een verzekeringsplichtige expliciet voor 1 januari 2006 zijn verzekeraar heeft laten weten geen gebruik te maken van het aanbod en per die datum nog geen zorgverzekering met een andere zorgverzekeraar heeft afgesloten. Voor deze personen geldt echter dat zij tot 1 mei aanstaande de tijd hebben om een zorgverzekering af te sluiten die dan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari geldt.

ontvangen tot op heden goed verloopt. Voor een deel van de verzekeraars is afhandeling binnen enkele dagen de norm. Andere, vooral de grotere verzekeraars, hanteren langere termijnen.

Naar aanleiding hiervan wil ik graag op het volgende wijzen. De mogelijkheid voor verzekerden om tot 1 maart de zorgverzekering conform het aanbod van de verzekeraar te wijzigen dan wel op te zeggen en voor 1 mei een nieuwe zorgverzekering af te sluiten, vergt het nodige van de administratie van de zorgverzekeraars. Afgemeten aan het zoekgedrag van verzekerden (tot uiting komend in offerteaanvragen, vragen om aanvullende informatie en internetbezoek), kan het daarbij om grotere aantallen gaan dan waar verzekeraars in de voorbereiding rekening mee hebben gehouden. Hoewel verzekeraars tot nog toe niet hebben aangegeven problemen te verwachten, kan niet worden uitgesloten dat er stagnaties in de administratieve verwerking zullen optreden indien de daadwerkelijke mutatiegraad aanzienlijk hoger ligt dan waarmee rekening is gehouden.

Niet alle verzekeraars waren op 1 januari klaar voor het elektronisch verwerken van declaraties van zorgaanbieders. In de rapportage van PriceWaterhouseCoopers uit december 2005 over de ICT van verzekeraars was dat overigens al gesignaleerd. Deze verzekeraars geven aan dat de resterende benodigde aanpassingen op dit moment worden uitgevoerd en volgens planning verlopen. Verzekeraars verwachten dat deze werkzaamheden in de loop van januari worden afgerond.

Bereikbaarheid

Verzekeraars hadden zich voorbereid op grote aantallen telefoongesprekken en mailberichten en hadden daar al eind 2005 hun call-centers voor ingericht. De meeste verzekeraars hebben in de eerste weken van januari hun capaciteit uitgebreid al naar gelang de vraag toenam. Daarmee is de bereikbaarheid van verzekeraars, die soms enige tijd stokte, overal weer op peil.

Toezichthouders

Ook de toezichthouders zijn van start gegaan met het uitvoeren van hun toezichthoudende taken in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zo toetst de Nederlandsche Bank (DNB) in de eerste drie maanden van dit jaar alle zorgverzekeraars op de vereisten voor de vergunning en de solvabiliteit. Op voorspraak van mijn ministerie en dat van Financiën zijn, vooruitlopend op de Wet marktordening gezondheidszorg, praktische afspraken gemaakt over toezicht op het gedrag van verzekeraars door het CTZ. Het CTZ toetst de berichtgeving, reclame en informatie van zorgverzekeraars. Dat toezicht heeft al geleid tot aanpassing, verbetering dan wel intrekking van informatie van enkele verzekeraars die mogelijk misleidend zou zijn voor de verzekerde bij de keuze van zijn verzekeraar of zijn polis.

3 Uitvoering van de Wet op de zorgtoeslag

Op 13 januari 2006 heeft de staatssecretaris van Financiën uw Kamer een voortgangsrapportage gezonden over de voortgang van het project Toeslagen tot en met 11 januari 2006 (Kamerstuk 30 300 IXB, nr. 19). Daarin is gemeld dat ruim 5,5 miljoen burgers in december 2005 een eerste voorschot voor huur- en/of zorgtoeslag op de rekening hebben ontvangen. Voor aanvragen die niet zonder meer verwerkbaar waren, is een voorlopige betaling gedaan. In circa 200 000 gevallen is het niet meer gelukt de betaling nog in december 2005 te verrichten, maar heeft de betaling in de eerste week van januari plaatsgevonden. Verder is in deze rapportage gemeld dat circa 10 000 aanvragen niet tot een betaling hadden geleid. Hierover zijn inmiddels vragen gesteld door de leden Kant

(Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2005–2006, nr. 768) en de leden Noorman-Den Uyl en Depla (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2005–2006, nr. 767). Ik heb deze vragen op 23 januari beantwoord.

4 Plan van aanpak uitwerking maatregelen rapport «Zorg Verzekerd»

Inleiding

Op 13 december 2005 heb ik het rapport «Zorg Verzekerd» aan uw Kamer aangeboden. Dit rapport bevat diverse aanbevelingen om in de toekomst onverzekerden te voorkomen, dan wel nadelige gevolgen van het onverzekerd zijn te beperken. In mijn brief waarmee ik het rapport aan uw Kamer heb aangeboden, heb ik aangegeven hoe ik met deze aanbevelingen omga¹.

In de aanloop naar 1 januari 2006 heb ik maatregelen getroffen ter voorkoming van onverzekerden, zoals de wettelijke verankering van de negatieve optie en specifieke voorlichting aan moeilijk bereikbare groepen, waarvoor subsidies aan intermediaire organisaties zijn verleend. Tot 1 mei 2006 wordt deze subsidieregeling voortgezet. Tevens worden in februari twee bijeenkomsten georganiseerd om vragen en opmerkingen van koepelorganisaties van moeilijk bereikbare doelgroepen, te beantwoorden danwel te bezien of er een oplossing kan worden gevonden.

In het jaar 2006 wil ik een follow-up geven aan de uitwerking van het rapport «Zorg Verzekerd». Ik heb daartoe een projectorganisatie ingesteld die de werkzaamheden voortzet met betrokkenheid van organisaties buiten VWS. De stuurgroep met vertegenwoordigers van veldpartijen, die was ingesteld om het rapport «Zorg Verzekerd» richting te geven en voor het creëren van draagvlak, zal ook in 2006 bij elkaar komen voor draagvlak voor de verdere uitwerking. Ik heb met de stuurgroepleden afgesproken dat zij mij ook tussentijdse signalen bijtijds melden.

Maatregelen

De projectgroep werkt zes groepen van maatregelen verder uit. Het gaat hierbij om de volgende maatregelen:

- a. collectieve verzekeringen voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima
- b. signalering van betalingsachterstanden
- c. uitschrijfbewijs
- d. versterken van de incassomogelijkheden van verzekeraars
- e. verkennen van de mogelijkheid tot actieve opsporing van onverzekerden door bestandenkoppeling
- f. verkennen van het nut en de noodzaak van een waarborgfonds Onverzekerden

Los van deze maatregelen is het van het grootste belang om zicht te hebben op de ontwikkeling van het aantal onverzekerden. Onder het kopje Monitoring ga ik daar apart op in.

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

Deze maatregel beoogt onverzekerden te voorkomen. Het is immers ook voor deze doelgroep financieel aantrekkelijker om deel te nemen aan een collectieve verzekering dan individueel een verzekering af te sluiten. Bovendien kunnen er betalingsafspraken worden gemaakt met de betrokkenen. Divosa en Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben de gemeenten gewezen op dit instrument en de voordelen daarvan. Inmiddels hebben ongeveer 200 gemeenten, waaronder vrijwel alle grote

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

gemeenten, een collectieve basis- en aanvullende verzekering afgesloten voor hun bijstandsgerechtigden en andere sociale minima. De VNG verwacht dat als gevolg hiervan (ruim) meer dan de helft van de bijstandsgerechtigden een collectieve zorgverzekering zal hebben afgesloten. In het rapport «Zorg Verzekerd» is opgemerkt dat voor de overige gemeenten, die in 2005 geen collectieve aanvullende verzekering hadden, dit instrument op zijn vroegst begin 2007 beschikbaar zou zijn. Naar nu blijkt is het in veel gevallen toch nog mogelijk om in 2006 deze overeenkomsten tot stand te laten komen. Momenteel zijn ongeveer 125 gemeenten zich daarop aan het oriënteren. Ik volg de ontwikkelingen hieromtrent op de voet. In dat kader zal ik binnenkort op een bijeenkomst van Divosa met de gemeenten praten over de voordelen van een collectieve verzekering.

b. Signalering van betalingsachterstanden

Het doel van dit instrument is dat de gemeenten vroegtijdig geïnformeerd worden over een betalingsachterstand van hun bijstandsgerechtigden. Gemeenten kunnen vervolgens naar eigen inzicht nadere maatregelen te treffen om zo roeyement te voorkomen, variërend van een «goed gesprek» tot budgetbegeleiding of budgetbeheer. De signalering van betalingsachterstanden gaat lopen via het zogeheten Inlichtingenbureau, waarvoor een koppeling tussen gegevensbestanden noodzakelijk is. Zoals in het rapport «Zorg Verzekerd» is aangegeven, ligt hier een taak voor het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en de zorgverzekeraars. De staatssecretaris van SZW zal op korte termijn opdracht geven aan het Inlichtingenbureau om deze signalering te realiseren. Het Inlichtingenbureau heeft laten weten dat de signalering in de zomer van 2006 werkzaam kan zijn. Het Inlichtingenbureau is daarvoor wel afhankelijk van het referentiebestand dat door de zorgverzekeraars moet worden gevuld. Tot die tijd zal ik vooral met de grote gemeenten (G4) contact onderhouden om eventueel eerdere signalen vroegtijdig op te kunnen vangen.

c. Uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven

Deze maatregel beoogt dat verzekeraars bij aanvang van de verzekering een indicatie krijgen of een aspirant-verzekerde aan zijn betalingsverplichtingen zal voldoen. Ik heb aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gevraagd om er bij haar leden op aan te dringen om bij het uitschrijfbewijs een begeleidend schrijven te voegen, waarin is opgenomen of is voldaan aan de betalingsverplichtingen. Verzekeraars hebben hiermee een instrument in handen om zelf iets bij te dragen aan het vroegtijdig signaleren van eventuele wanbetalers en daar vervolgens ook zelf weer maatregelen voor te treffen om roeyement te voorkomen. ZN heeft aangegeven een centrale registratie van wanbetalers te prefereren boven het uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven. Daarom zal ik hieronder de verschillen tussen deze twee maatregelen uiteenzetten, zoals ik ook tijdens het Algemeen Overleg van 14 december jongstleden heb toegezegd.

Het College van Bescherming Persoonsgegevens (CBP) stelt dat er voldaan moet worden aan de voorwaarden van proportionaliteit en subsidiariteit. Proportionaliteit houdt in dat de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer in verhouding moet staan tot het nagestreefde doel. Met subsidiariteit wordt bedoeld dat het nagestreefde doel op de voor de burger minst ingrijpende wijze moet worden bereikt. Naar het oordeel van het CBP is de oplossing van het uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven net zo effectief als de centrale registratie van wanbetalers. Voor de persoonlijke levenssfeer is het echter een stuk minder ingrijpend. Het CBP geeft dan ook aan dat het begeleidend schrijven het meest verkieslijk is.

Indien blijkt dat de combinatie van het uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven niet het gewenste resultaat oplevert, zou aan andere oplossingen gedacht moeten worden. Ik denk daarbij overigens eerder aan een wetswijziging (waardoor verzekeraars verplicht worden op het uitschrijfbewijs tevens een opmerking te maken over het betaalgedrag) dan aan een centrale registratie («zwarte lijst»). Vooralsnog ga ik er gewoon vanuit dat de verzekeraars het begeleidend schrijven in grote meerderheid van de betrokken gevallen zullen toepassen omdat zij hier een groot belang bij hebben.

d. Het versterken van incassomogelijkheden van verzekeraars

Zowel gemeenten als verzekeraars wijzen verzekerden op de voordelen die een automatische incasso met zich meebrengt. Verzekeraars bieden allemaal de mogelijkheid van een automatische incasso. In vrijwel alle gevallen wordt bij de collectieve contracten gebruik gemaakt van deze optie of er vindt inhouding op het salaris of de uitkering plaats. Ik ben met partijen in overleg om te bezien op welke wijze aan het versterken van de incasso-mogelijkheden gestalte kan worden gegeven. Ik denk daarbij aan de mogelijkheden van betaling vooraf en het mogelijk leggen van een loonbeslag. In de volgende rapportage zal ik u hier nader over informeren.

e. Verkennen van de mogelijkheden van actieve opsporing van onverzekerden door bestandenkoppeling

De beleidsinhoudelijke voorbereidingen voor actieve opsporing van onverzekerden door bestandenkoppeling zijn gestart. Het gaat hierbij om privacygevoelige informatie waarvoor bovendien het wettelijk kader aangepast dient te worden. Deze maatregel zal overigens pas dan worden ingezet indien uit de resultaten van de monitor van het CBS blijkt dat het aantal onverzekerden toeneemt. Door de voorbereidingen juist nu al te starten, kan de wetgeving straks, indien nodig, dus snel in werking treden.

f. Verkennen van het nut en de noodzaak van een waarborgfonds Onverzekerden

Voor de oprichting van een waarborgfonds dient nog een aantal afwegingen te worden gemaakt. Mijn standpunt hieromtrent is sinds mijn brief van 13 december 2005 niet gewijzigd: het instellen van een dergelijk fonds moet gezien worden als sluitstuk om de nadelige gevolgen van onverzekerden op te vangen. Vooruitlopend op de resultaten van de door het CBS uit te voeren monitor zijn de beleidsinhoudelijke voorbereidingen voor het verkennen van het nut en de noodzaak van een waarborgfonds Onverzekerden inmiddels gestart. Op die manier is – indien de beslissing tot instelling wordt genomen – op korte termijn duidelijk hoe een dergelijk fonds gestalte moet krijgen.

Monitoring

Het is belangrijk om inzicht te krijgen in de aantallen van onverzekerden. Een goede monitoring is hierbij cruciaal. Om met enige zekerheid iets te kunnen zeggen over de ontwikkeling van het aantal onverzekerden in de loop van 2006, is aan het CBS gevraagd om een zogeheten nulmeting uit te voeren. Het gaat daarbij om een nulmeting die de stand weergeeft van het aantal verzekerden per 1 mei 2006, omdat dat de uiterste datum is waarop iedere ingezetene in Nederland aan zijn verzekeringsplicht moet hebben voldaan. Tot die tijd is de informatie over het aantal verzekerden onvolledig. Het CBS heeft laten weten dat het enige maanden zal duren voordat de uitkomst van deze meting beschikbaar komt.

5 Nadere toelichting situatie voor in het buitenland woonachtige Nederlanders

Bij verschillende gelegenheden hebben diverse leden van uw Kamer vragen gesteld over de buitenlandsituatie. Ik heb er begrip voor dat veranderingen in het verzekeringsstelsel in het algemeen tot onrust en onzekerheid kunnen leiden. Dat zal in het buitenland ook het geval zijn, en wellicht zelfs in heviger mate, omdat men verder van de informatiebron af zit. Daar komt bij dat de situatie per land kan verschillen, afhankelijk van de vraag of het een EU- of een verdragsland betreft of een niet-EU/verdragsland. Daarom ben ik al in april van het vorige jaar met de voorlichting in het buitenland begonnen. Deze voorlichting is het gehele jaar voortgezet. Ik hecht eraan om een en ander hier nog eens schriftelijk toe te lichten, zoals ik mevrouw Smilde tijdens het Algemeen Overleg Voortgang Zorgverzekering op 14 december 2005 heb toegezegd.

De Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 (hierna: Verordening) en de tussen Nederland en andere staten bestaande bilaterale sociale zekerheidsverdragen (hierna: verdragen) hebben ten doel te voorkomen dat mensen die zich binnen Europa of binnen de verdragslanden verplaatsen helemaal niet sociaal verzekerd zijn of dubbel sociaal verzekerd zijn.

Tot 1 januari 2006 waren de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 en de verdragen uitsluitend van toepassing op ziekenfondsverzekerden, omdat alleen op die groep het totaal van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet (Zfw), van toepassing was. Met de invoering van de Zvw is vanaf 1 januari 2006 het totaal van de sociale ziektekostenverzekering van toepassing op iedereen die in Nederland woont of in Nederland werkt. De Zvw is, ondanks het privaatrechtelijke karakter, ondubbelzinnig een sociale verzekering. Juist om het sociale karakter van de Zvw veilig te stellen, heeft Nederland een beroep gedaan op de uitzonderingsbepaling in de Schaderichtlijnen, zodat voorschriften kunnen worden gesteld met betrekking tot (onder andere) de acceptatie, de dekkingsomvang en de premiestelling van de verzekering. De bevoegdheid van Nederland tot een dergelijke uitbreiding van het personele bereik van de sociale ziektekostenverzekering en de daaruit voortvloeiende uitbreiding van het personele bereik van de Verordening is vanwege de Europese Commissie bevestigd in de brief van EU-commissaris Bolkestein van 25 november 2003, het antwoord van de Europese Commissie van 11 november 2005 op vragen van mevrouw Oomen-Ruijten van het Europees Parlement en het antwoord van de Commissie van 5 december 2005 op een klacht van een burger inzake de toepasselijkheid van de Verordening.

Verdragsrecht

Als gevolg van de genoemde uitbreiding van het personele bereik van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering zijn de Verordening en de verdragen dwingendrechtelijk van toepassing geworden op alle werknemers en hun gezinsleden die zich binnen de EU verplaatsen, en op alle rechthebbenden op een Nederlands wettelijk pensioen (in de zin van de Verordening en de verdragen) alsmede hun gezinsleden die in een EU/EER-lidstaat of een verdragsland wonen. Dit betreft dus ook voormalig particulier verzekerden. Dat is dus niet in de Zvw zo geregeld, maar een Europeesrechtelijk gevolg van de – Europeesrechtelijk toegestane – invoering van één sociale ziektekostenverzekering voor de hele bevolking in Nederland. Hetzelfde geldt voor de verdragen.

Volgens cijfers van het CVZ gaat het naar schatting in totaal om 103 000 verdragsgerechtigden¹. Hiervan zijn circa 62 000 voormalig ziekenfonds-

¹ Stand 31 december 2005.

verzekerden. De overige 41 000 zijn personen die voorheen een particuliere verzekering hadden of die niet verzekerd waren, bijvoorbeeld omdat zij wegens gezondheidsrisico niet werden toegelaten tot de particuliere verzekering.

Grensarbeiders en hun gezinsleden

Volgens de Verordening en de verdragen is op mensen die werken de wetgeving van het werkland van toepassing. Grensarbeiders die wonen in het buitenland en werken in Nederland vallen dus onder de Nederlandse wetgeving. Dat betekent dat zij AWBZ-verzekerd zijn en daardoor Zvw-verzekeringplichtig (aangezien de kring van verzekerden in de AWBZ identiek is aan die van de Zvw). Zij kunnen in het buitenland zorg inroepen op grond van de polisvoorwaarden van hun zorgverzekering, net als iedere Zvw-verzekerde dat kan. Daarnaast hebben grensarbeiders met toepassing van de Verordening en verdragen recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland (verdragsrecht).

De AWBZ en de Zvw kennen geen medeverzekering van gezinsleden. In het buitenland wonende gezinsleden van grensarbeiders kunnen dus geen rechten ontlenen aan de AWBZ en de Zvw. Zij worden beschermd door de Verordening en de verdragen. Zij hebben recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland (verdragsrecht). Met België en Duitsland is inmiddels afgesproken dat deze gezinsleden ook in Nederland zorg kunnen inroepen. De afspraak met Duitsland is inmiddels in werking getreden. De afspraak met België zal gelden met ingang van 1 juli 2006. Het Bureau Belgische zaken en het Bureau Duitse zaken, alsmede de Nederlandse, Duitse en Belgische organisaties van werknemers zijn hiervan inmiddels op de hoogte gesteld.

In de oude situatie konden ziekenfondsverzekerde grensarbeiders zowel in hun woonland als in Nederland zorg inroepen, terwijl ziekenfondsverzekerde gezinsleden van grensarbeiders alleen in hun woonland zorg konden inroepen. Voor particulier verzekerden en hun gezinsleden werden de rechten geregeld in hun verzekeringspolis. In de nieuwe situatie kunnen allen zowel in het woonland als in Nederland zorg inroepen ten laste van Nederland.

Gepensioneerden en hun gezinsleden

Op gepensioneerden en hun gezinsleden zijn de Verordening en de verdragen van toepassing. De reden daarvan is dat zij tot de kring van verzekerden van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering zouden hebben behoord indien zij in Nederland zouden hebben gewoond. Zij hebben ten laste van Nederland recht op het woonlandpakket (verdragsrecht).

Wanneer men tevens een wettelijk pensioen van zijn woonland heeft en recht heeft op zorg van het woonland is men onderworpen aan de wetgeving van het woonland en treedt het verdragsrecht ten laste van Nederland terug. Het gaat dan bijvoorbeeld om personen die zowel in Nederland als in het huidige woonland gewerkt hebben en op grond daarvan van beide landen een wettelijk pensioen ontvangen.

In de oude situatie konden ziekenfondsverzekerde gepensioneerden en hun gezinsleden alleen in hun woonland zorg inroepen. Voor particulier verzekerden en hun gezinsleden werden de rechten geregeld in hun verzekeringspolis. In de nieuwe situatie kunnen allen uitsluitend zorg in hun woonland inroepen.

Woonlandpakket

In de gevallen waarin op grond van de Verordening of een verdrag recht bestaat op zorg, gaat het altijd om de zorgaanpakken zoals die zijn geregeld volgens de sociale ziektekostenverzekering van het land waar die zorg wordt ingeroepen. Dus wie zorg inroept in zijn woonland krijgt de

zorg zoals die is geregeld in het wettelijke pakket van dat woonland (woonlandpakket).

Het vaak geschetste beeld dat het woonlandpakket op het gebied van de «cure», de geneeskundige zorg, in de EU-lidstaten niet aan de maat zou zijn is niet correct. Er zijn verschillende landen, bijvoorbeeld Duitsland, die een uitgebreider wettelijk pakket hebben dan Nederland. Wat Spanje betreft herinner ik eraan dat daar sinds jaar en dag duizenden (voormalig) ziekenfondsverzekerde Nederlanders wonen die dat woonlandpakket al reeds genoten en waarbij er geen signalen zijn dat de daar verleende zorg ontoereikend zou zijn. Overigens stelt het Europese Hof van Justitie in het arrest Hervein dat het Europees Verdrag een werknemer niet de garantie biedt dat de uitbreiding van werkzaamheden naar een andere lidstaat neutraal uitpakt voor de sociale zekerheid¹. Een eventueel nadeel is volgens het Hof in beginsel niet in strijd met het Europeesrechtelijk beginsel van het vrij verkeer (artikel 39 van het Europees Verdrag). Naar analogie geldt dat ook voor gepensioneerden.

Gevolgen van Verordening en verdragen voor de rechten en bijdrageplicht
Wat niet ter discussie staat (ook niet onder de zogeheten «pensionados») is het feit dat genoemde groepen op grond van de Verordening en de verdragen recht hebben op het woonlandpakket en dat dit recht ook geldt voor de voormalig particulier verzekerden. Dat dit recht ook reële waarde heeft, blijkt uit het feit dat veel particulier verzekerden buiten de EU en de verdragslanden dit recht graag zouden willen hebben. De kosten voor de medische zorg die gepensioneerden en hun gezinsleden op grond van de Verordening of een verdrag maken, komen ten laste van Nederland. Tegenover dit financiële risico dat Nederland draagt, staat dat Nederland een bijdrage mag heffen bij de betrokken gepensioneerden en hun gezinsleden. Het is daarbij niet relevant of de betrokkenen daadwerkelijk medische kosten maken. De bevoegdheid voor Nederland om een bijdrage te heffen vloeit voort uit de Verordening en de verdragen. Die schrijven voor dat de bijdrageheffing moet plaatsvinden overeenkomstig de nationale wetgeving.

Wel heb ik reeds op 27 september 2005 in de Eerste Kamer duidelijk gemaakt dat het mogelijk is onderscheid te maken in de premieheffing tussen ingezetenen en de bijdrageheffing voor verdragsgerechtigden. Dit impliceert ook dat het theoretisch mogelijk is dat Nederland geen bijdrage voor dit collectief verzekerde recht hoeft te vragen. Dit zou echter tot afwenteling op de binnenlandse premiebetaler leiden. Als Nederland geen bijdrage zou vragen, dan zou dat immers betekenen dat het totaalbedrag dat Nederland moet betalen aan andere EU-lidstaten en verdragslanden waar Nederlandse gepensioneerden wonen, extra opgebracht moet worden door de verzekeringsplichtigen in Nederland. Dat acht ik een ongewenste situatie.

Nog verdergaande opting-out-mogelijkheden leiden onvermijdelijk tot zelfselectie en afwenteling. Mensen zouden wachten tot een gezondheidsrisico intreedt om pas dan hun verdrags/Verordeningsrechten in te roepen. Bovendien zouden dergelijke opting-out-mogelijkheden dan ook aan Nederlandse ingezetenen moeten worden geboden, hetgeen de solidariteit in de Zvw én de AWBZ vergaand zou ondermijnen.

Om deze redenen zijn er in de nationale wetgeving geen opting-out-mogelijkheden ingebouwd. Grondregel van wettelijke sociale zekerheidswetgeving is verplichte deelname zodra er collectieve rechten worden geschapen om zelfselectie en afwenteling te voorkomen.

Ik wijs er nogmaals op dat de Verordening en de verdragen sinds jaar en dag zijn toegepast op ziekenfondsverzekerden in buitenland en dat dit

¹ C-393/99 en C-394/99.

nooit een punt van discussie is geweest. Ook is nooit aan de orde geweest dat de bijdrageheffing strijdig zou zijn met de Europese wetgeving. Ook de landen om ons heen passen de Verordening en hun verdragen op dezelfde wijze toe.

Overigens worden verdragsgerechtigden ook nu al op verschillende manieren tegemoet gekomen. Allereerst krijgen gepensioneerden en hun gezinsleden de volledige no-claimteruggave uitbetaald. De reden daarvoor is het voor Nederland niet kenbaar is of betrokkenen in hun woonland zorgkosten maken, omdat voor gepensioneerden en hun gezinsleden wordt afgerekend op basis van gemiddelde kosten.

Ten tweede is besloten om de AWBZ-component van de bijdrage te verlagen met 30% ten opzichte van de in Nederland verschuldigde AWBZ-premie, omdat de woonlandpakketten doorgaans een minder uitgebreide AWBZ-dekking hebben. Dit is een aanzienlijke tegemoetkoming die niet wordt toegepast door de landen om ons heen.

Tot slot wil ik er volledigheidshalve op wijzen dat verdragsgerechtigden onder dezelfde voorwaarden als Zvw-verzekeringplichtigen in aanmerking komen voor de zorgtoeslag. De Belastingdienst heeft de afgelopen maanden samen met het CVZ al actief voorlichting gegeven aan de doelgroep, onder andere via voorlichtingsbijeenkomsten in Spanje en Portugal. Ook zijn er informatiesets over het aanvragen van een zorgtoeslag gezonden aan de Stichting Steun Remigranten in Marokko en de sociale attachés van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) in Spanje, Marokko en Turkije.

Een meer directe benadering van de doelgroep was tot op heden echter niet goed mogelijk omdat de Belastingdienst over onvoldoende gegevens beschikte om de doelgroep rechtstreeks te benaderen. Inmiddels wordt overlegd met het CVZ en de SVB over een uitwisseling van de gegevens van niet-ingezetenen waarvoor premies voor de zorgverzekering worden ingehouden. De Belastingdienst zal op basis van de bestanden van het CVZ en de SVB de komende tijd deze groep ook actief gaan benaderen voor een aanvraag zorgtoeslag.

Zoals uit beantwoording van schriftelijke vragen van mevrouw Kant duidelijk is geworden, hoeven ook voor geremigreerde Turken en Marokkanen geen onoverkomelijke gevolgen te ontstaan¹. Dit laat overigens onverlet dat ik eventuele knelpunten bij sommige groepen verdragsgerechtigden zoals reeds toegezegd nauwgezet zal bekijken.

Particuliere verzekeringen

Hoewel de Europese Schaderichtlijnen verbieden dat een overheid voorschriften stelt terzake van dekkingsomvang, premiehoogte en acceptatievoorwaarden van een particuliere verzekering, bereiken mij veel vragen vanuit uw Kamer over particuliere verzekeringen. Zo worden in de motie Smilde onder andere maatregelen gevraagd ter voorkoming van dubbele betaling door verdragsgerechtigden². Ik wil er op wijzen dat de Nederlandse particuliere verzekeringen vervallen op grond van de I&A-wet Zvw voorzover de dekking van die verzekering opgaat in de Zvw of een verdrags- of Verordeningsdekking. Wanneer een particuliere verzekeraar onverhoopt ook premie heeft ingehouden voor dezelfde dekking, dan kan die premie als onverschuldigde betaling worden teruggevorderd. De betrokkenen zijn medio 2005 allemaal schriftelijk geïnformeerd over de internationale gevolgen van de invoering van de Zvw. Hierdoor heeft iedereen zijn eventuele buitenlandse particuliere verzekering tijdig kunnen beëindigen.

¹ Brief van 23 december 2005, Aangangsel Handelingen, vergaderjaar 2005–2006, nr. 689.

² Kamerstukken II 2005/06, 29 689 nr. 38.

De particuliere verzekeringen in niet-verdragslanden vervallen dus niet als gevolg van invoering van de Zvw. Het zonder meer opzeggen van een

polis door de verzekeraar in gevallen die niet in de polisvoorwaarden zijn voorzien en zonder dat een redelijk alternatief wordt geboden, acht ik in strijd met de goede trouw. Zoals ik bij de begrotingsbehandeling op 10 november 2005 heb toegezegd, heb ik hierover overleg gehad met ZN. Inmiddels heeft ZN hierover juridisch advies ingewonnen, waaruit hetzelfde is gebleken. Overigens is er over de vraag of verzekeraars zonder meer een bestaande particuliere polis mogen opzeggen een rechtsgeding gaande, waarin naar verwachting op 25 januari 2006 uitspraak zal worden gedaan.

Er zijn echter ook diverse gevallen waarin de polis weliswaar niet wordt opgezegd, maar er een flinke premieverhoging plaatsvindt, oplopend tot zelfs wel € 600,- per persoon per maand. Omdat in Nederland door de invoering van de Zvw ongeveer vijf miljoen personen niet langer particulier verzekerd zijn, is het draagvlak voor de particuliere verzekering die door Nederlandse verzekeraars wordt aangeboden aanzienlijk verkleind. Daardoor is een premiestijging van de (resterende) particuliere verzekeringen niet ondenkbaar. Zoals ik hiervoor al heb aangegeven, gaat het hier om particuliere verzekeringen, dus contractuele relaties tussen privaatrechtelijke partijen, waar ik niet in kan treden.

Het hierboven gestelde geldt mutatis mutandis ook voor de premies voor aanvullende verzekeringen die de zorgverzekeraars in het buitenland aanbieden. Zoals ik heb aangegeven in de beantwoording van vragen van mevrouw Schippers, hebben veel verzekeraars inmiddels aanbiedingen voor de aanvullende verzekeringen gedaan¹. Ik wijs erop dat daarnaast ook in het woonland producten worden aangeboden, zoals de hospitalisatieverzekering (in België) en in Spanje.

Nieuwe verdragen

De hoge premies voor particuliere verzekeringen voor veel mensen op de Nederlandse Antillen zijn aanleiding geweest voor de regering van de Nederlandse Antillen om mij te vragen naar de mogelijkheden van een overeenkomst voor verlening van medische zorg aan wederzijdse verzekerden. Op korte termijn ga ik met mijn ambtsgeenoot op de Antillen overleggen wat de mogelijkheden hiervoor zijn.

Wanneer de autoriteiten van andere landen de wens te kennen geven om ten behoeve van hun onderdanen tot een verdragsregeling te komen, ben ik bereid de mogelijkheden daartoe te onderzoeken. De mogelijkheden daartoe zijn uiteraard beperkt tot landen die zelf een sociale ziektekostenverzekering hebben (woonlandpakket).

Voorlichting

Over de internationale gevolgen van de invoering van de Zvw heeft op de volgende wijze voorlichting plaatsgevonden:

- In april 2005 is de voorlichtingsbrochure «Uw ziektekostenverzekering als u in het buitenland woont» verschenen. Deze brochure is zowel in hardcopy als in digitale vorm op internet beschikbaar.
- In mei 2005 zijn alle lidstaten van de Europese Unie (EU), de Europese Economische Ruimte (EER) en de landen waarmee Nederland een verdrag heeft, voorgelicht over de veranderingen in het Nederlandse stelsel. De Europese Commissie en de Administratieve Commissie voor de sociale zekerheid van migrerende werknemers (bestaande uit regeringsvertegenwoordigers van alle lidstaten) hebben ingestemd met de door Nederland voorgestelde wijzigingen in de bijlagen van de Verordening in verband met de Zvw.
- In augustus 2005 is de brochure «Wonen in het buitenland: wat betekent dat voor uw ziektekostenverzekering?» van het CVZ verschenen.
- Eind december 2005 hebben de landen waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft een brief met wijzigings-

¹ Brief van 11 januari 2006, Aangangsel Handelingen, vergaderjaar 2005–2006, nr. 708.

voorstellen ontvangen. Hiermee wordt bereikt dat verdragsgerechtigden onder de Zvw verzekerd zijn van medische zorg in hun woonland.

- De Nederlandse ambassades in de lidstaten van de EU, de EER en de landen waarmee Nederland een verdrag heeft zijn geïnformeerd, opdat zij belanghebbenden kunnen informeren.

Ten slotte vermeld ik dat op de website www.denieuwezorgverzekering.nl een uitgebreid onderdeel «buitenland» is opgenomen.

Op het gebied van specifieke voorlichting aan belanghebbenden zijn de volgende stappen ondernomen:

- In juli 2005 zijn alle AOW-gerechtigden die in het buitenland wonen door middel van de internationale nieuwsbrief van de SVB geïnformeerd over de wijzigingen in het Nederlandse stelsel.
- Gedurende het hele jaar 2005 zijn publieksvragen over de internationale gevolgen telefonisch en schriftelijk beantwoord door onder andere het CVZ en de Belastingdienst. Bij de beantwoording van vragen is helaas onvoldoende geanticipeerd op het grote aantal vragen. Hierdoor is een aanzienlijke achterstand ontstaan in de beantwoording van publieksvragen door het CVZ. Inmiddels zijn verschillende stappen gezet om de situatie te verbeteren (zoals het uitbreiden van het aantal telefoonlijnen). Mede door een uitbreiding van de hulp van Postbus 51 zal de bereikbaarheid zo spoedig mogelijk verbeterd worden. Daarmee is tevens voldaan aan het eerste onderdeel van de motie Smilde¹.

Inschrijving verdragsgerechtigden

Het CVZ heeft vanaf september 2005 alle potentiële verdragsgerechtigden schriftelijk geïnformeerd over de invoering van de Zvw en de consequenties die daaruit voor hen voortvloeien. Verdragsgerechtigden dienen te worden ingeschreven bij de sociale ziektekostenverzekeraar in hun woonplaats.

De 62 000 voormalig ziekenfondsverzekerden staan al ingeschreven bij de sociale ziektekostenverzekeraar van hun woonplaats. Alle overige potentiële verdragsgerechtigden zijn inmiddels aangeschreven door het CVZ. Aan de hand van de binnengekomen reacties heeft het CVZ in 32 000 gevallen een formulier E-121 kunnen verstrekken waarmee de betrokkenen zich in hun woonplaats kunnen inschrijven. Naar verwachting van het CVZ resteren er nog circa 9 000 nieuwe gevallen die ofwel nog niet hebben gereageerd op het aanschrijven van het CVZ of die op 31 december 2005 nog bij het CVZ in behandeling waren.

Degenen die nog geen E-121 formulier hebben aangevraagd, dienen het CVZ vóór 1 maart 2006 te laten weten of zij wellicht een pensioen uit hun woonland ontvangen. Wordt een dergelijk prevalerend recht niet aangetoond, dan gaat het CVZ over tot ambtshalve inschrijving en bijdrageinning met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006. Daarmee voorkom ik, overeenkomstig de motie Smilde, dat mensen die in het buitenland wonen geen recht op medische zorg meer hebben¹. Met betrekking tot deze laatste groep zal het CVZ een uiterste inspanning verrichten om zeker te stellen dat zij verdragsgerechtigd zijn, zodat wordt voorkomen dat ten onrechte wordt overgegaan tot ambtshalve inschrijving en inhouding van de bijdrage.

Verdragsgerechtigden die nog geen formulier hebben ontvangen, kunnen zich overigens al wel voorlopig laten inschrijven bij het orgaan van hun woonplaats. Het CVZ heeft de buitenlandse verbindingsorganen van de sociale ziektekostenverzekering bericht dat diegenen die geen formulier van het CVZ hebben ontvangen, maar die denken dat zij toch onder de Verordening vallen, op voorlopige basis kunnen worden ingeschreven ten

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689 nr. 38.

laste van Nederland. Deze procedure van voorlopige inschrijving berust op bepalingen in de Verordening en de verdragen. Dit in antwoord op de vraag van mevrouw Smilde die tijdens het spoeddebat op 6 december 2005 naar voren kwam, of de uitvoeringsorganen de verdragsgerechtigden wel inschrijven volgens de regels van de Verordening.

Inschrijving bij de sociale ziektekostenverzekeraar van de woonplaats kan zonder enige beperking qua leeftijd of gezondheid plaatsvinden. Daarover bestaande voorschriften in de wetgeving van het woonland gelden niet jegens degenen die zich op grond van verdragsgerechtigtheid inschrijven. Dit naar aanleiding van vragen van mevrouw Schippers tijdens het Algemeen Overleg van 14 december 2005 over de veronderstelde weigering van ziekenfondsen in Italië, Duitsland en Frankrijk om mensen in te schrijven.

Degenen die zich niet aanmelden bij het CVZ binnen een termijn van vier maanden nadat verdragsgerechtigtheid is ontstaan, worden boeteplichtig ter grootte van een bedrag gelijk aan 130% van de verschuldigde bijdrage.

Tot slot maak ik van de gelegenheid gebruik om te melden dat de Belgische autoriteiten bekend hebben gemaakt geen assurantiebelaasting te heffen op de zorgverzekeringen die worden gesloten met in België wonende Zvw-plichtigen en evenmin op de bijdrage die verdragsgerechtigden verschuldigd zijn. Dit in antwoord op de vraag van de heer Heemskerk tijdens het hiervoor genoemde spoeddebat.

Overwinteraars

Volledigheidshalve merk ik op dat het voorgaande geen betrekking heeft op overwinteraars. Die verblijven doorgaans slechts een gedeelte van het jaar in het buitenland. Hun woonplaats blijft daarbij in Nederland. Zij zijn AWBZ-verzekerd en daarmee verzekeringsplichtig op grond van de Zvw. De Zvw biedt een werelddekking. In geval men heeft gekozen voor een restitutieverzekering dient de zorgverzekeraar de kosten van in het buitenland genoten zorg aan de verzekerde te vergoeden tot maximaal het in Nederland gebruikelijke tarief. De betreffende zorg moet natuurlijk wel gedekt worden door het Zvw-pakket. In geval men heeft gekozen voor een naturaverzekering bestaat de mogelijkheid dat de verzekeraar de genoten zorg niet volledig vergoed (zorg ingeroepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder). De zorgverzekeraar heeft immers zorgverleners gecontracteerd voor zijn verzekerden. In het buitenland zal hij echter niet voldoende acute zorg hebben gecontracteerd. Daarom geldt dat de zorgverzekeraar de kosten van zorg dient te vergoeden tot aan het in Nederland gebruikelijke tarief indien de zorgbehoefte zo acuut is, dat een verzekerde geen mogelijkheid heeft om naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

Ten slotte zal ik, indachtig het laatste punt van de motie Smilde het CVZ vragen om eventuele knelpunten voor mensen in het buitenland te inventariseren, zodat ik uw Kamer daarover voor 1 juni 2006 kan informeren¹. Het beëindigen van de verdragsregelingen over medische zorg wil ik daarbij als reële optie in de overwegingen betrekken.

6 Artikel terrorismeschade in Besluit zorgverzekering

In het Algemeen Overleg van 14 december jongstleden heb ik toegezegd schriftelijk in te gaan op een aangepast terrorismeartikel in het Besluit zorgverzekering. Dit nieuwe artikel is nog niet in werking getreden. Inwerkingtreding zal gebeuren op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, waarbij het nieuwe artikel tot en met 1 januari 2006 terugwerkt. De zorgpolissen sluiten al wel aan bij het nieuwe artikel. Ik ben voornemens het

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689 nr. 38.

artikel zo spoedig mogelijk in werking te laten treden zodat de zorgpolissen wetsconform worden.

Terroristische aanslagen kunnen tot grote verzekeringsschaden leiden en voor de verzekeringssector grote gevolgen hebben. Zo zijn herverzekeraars niet meer bereid terrorismeschaden onbeperkt te herverzekeren. DNB stelt uit hoofde van het prudentiële toezicht extra solvabiliteitseisen aan verzekeraars om het risico, voor zover dat niet herverzekerd kan worden, zoveel mogelijk af te dekken. Hierdoor zagen verzekeraars zich genoodzaakt de dekking die hun verzekeringen in geval van terrorisme boden, te beperken.

Om terrorismeschaden niet geheel te hoeven uitsluiten van de dekking, hebben de in Nederland werkzame schade-, levens- en natura-uitvaartverzekeraars de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (NHT) opgericht. Via de NHT zijn deze schaden sinds 15 augustus 2003 tot een bedrag van € 1 miljard per kalenderjaar herverzekerd. In de polissen van deze verzekeringen is een clausule opgenomen waarmee de dekking beperkt wordt tot een door de NHT te bepalen, voor alle begunstigten gelijk percentage van de overeengekomen verzekeringsuitkering, indien het totaalbedrag aan claims wegens terroristische handelingen in een kalenderjaar meer dan € 1 miljard bedraagt. Het percentage zal in dat geval zo worden vastgesteld, dat het totaal uit te keren bedrag op € 1 miljard uitkomt.

Voor bepaalde verzekeringsovereenkomsten – dit is vooral bij levensverzekeringen die voor 15 augustus 2003 zijn afgesloten het geval – kan bovengenoemde beperking van de dekking echter niet rechtsgeldig worden opgenomen. De bepalingen uit dergelijke overeenkomsten kunnen immers niet eenzijdig worden gewijzigd. Dit kan de stabiliteit van de financiële sector in gevaar brengen. Daarom is in de Noodwet financieel verkeer geregeld dat de Minister van Financiën de dekking van levens-, schade- of natura-uitvaartverzekeringen in geval van terrorisme kan beperken.

Ook zorgverzekeraars kunnen financiële problemen krijgen indien zij de, als gevolg van terroristische aanslagen, noodzakelijk geworden zorg ongelimiteerd zouden moeten dekken. Omdat het uitgangspunt van de Zvw is dat de wetgever het te verzekeren pakket vaststelt, is oorspronkelijk niet aangesloten bij de door verzekeraars in het kader van de NHT gemaakte afspraken. In plaats daarvan is in het huidige artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering geregeld dat de Minister van Financiën de dekking van de zorgverzekering kan beperken, indien hij dat op grond van de Noodwet financieel verkeer ook voor andere verzekeringen doet.

Echter, inmiddels is gebleken dat de in artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering opgenomen oplossing niet afdoende is. De belangrijkste reden daarvoor is dat de Minister van Financiën pas in zeer extreme gevallen gebruik mag maken van zijn bevoegdheid op grond van de eerder genoemde noodwet. Derhalve zal ook pas in zeer extreme gevallen de dekking van de zorgverzekering kunnen worden beperkt. Indien dit artikel gehandhaafd wordt, is DNB genoodzaakt de zorgverzekeraars aanzienlijke solvabiliteitseisen op te leggen.

Om dat te voorkomen, is in het Aanpassingsbesluit zorgverzekering een nieuw artikel 2.3 opgenomen. Dit artikel leidt er toe dat schaden uit de zorgverzekering meelopen in de bij de NHT herverzekerde totaalschade van € 1 miljard per kalenderjaar. Indien de NHT verwacht dat wegens terrorisme bij alle verzekeraars tezamen meer dan het bij die maatschappij herverzekerde bedrag van € 1 miljard zal worden geclaimd, zullen de op

grond van de zorgverzekering te verzekeren prestaties beperkt worden tot het door de NHT vast te stellen uitkeringspercentage¹. Dit betekent dat alle zorgkosten geheel zullen worden betaald indien de schade voor alle verzekeraars tezamen beneden dit bedrag blijft. Verder betekent dit dat, indien de totale schade meer dan € 1 miljard bedraagt, het totaal voor zorg beschikbare bedrag een groter deel van de € 1 miljard bedraagt naarmate er minder andere verzekerde schade is. Zorgverzekeringsclaims hebben echter geen voorrang boven andere verzekeringsclaims.

In geval van een terroristische aanslag met veel slachtoffers, veel zaak-schade en nauwelijks gewonden, kan het zijn dat deze gewonden slechts een deel van hun zorg betaald krijgen. Daarom wordt in het nieuwe artikel 2.3 geregeld, dat het deel van de zorgkosten dat op grond van de NHT-afspraken wordt uitgekeerd (percentage van de werkelijke schade), kan worden aangevuld met extra vereveningsbijdrage. Bij ministeriële regeling zal dan de omvang van de aanvulling worden geregeld. Aangezien de vereveningsbijdragen uit het zorgverzekeringsfonds worden gefinancierd, wordt aldus de solidariteit met het beperkte aantal getroffen en alsnog vormgegeven. Bovendien lopen de zorgverzekeraars, aangezien de aanvulling geheel ten laste van het zorgverzekeringsfonds wordt gefinancierd, aldus geen extra risico, zodat dit niet noopt tot verhoging van de eisen die uit hoofde van het prudentiële toezicht worden gesteld.

Indien het totaalbedrag aan claims wegens terrorisme in een jaar meer dan € 1 miljard bedraagt en het beslag van de zorgclaims daarbinnen aanzienlijk is, zal een beperkte extra vereveningsbijdrage geen uitkomst bieden. In dat geval zal op basis van een afweging van alle prioriteiten (niet alleen leniging van zorgbehoeften, maar bijvoorbeeld ook het voorkomen van verdere schade of het herstel van de infrastructuur) moeten worden besloten of een grotere extra vereveningsbijdrage ter beschikking wordt gesteld of dat het CVZ de taak krijgt om buiten de verzekering om extra gelden ten laste van de algemene middelen te verstrekken.

7 Addendum en ministeriële regeling ex artikel 87 Zvw

Eind vorig jaar hebben ZN, het CBP, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en VWS overeenstemming bereikt over het addendum bij de bestaande gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen. Vervolgens hebben ook de leden van ZN ingestemd met het addendum, inclusief het protocol materiële controle. Dit heeft ertoe geleid dat ZN, het Verbond van Verzekeraars en de Nederlandse Vereniging van Banken het CBP per brief van 22 december 2005 hebben verzocht om een goedkeurende verklaring overeenkomstig artikel 25 van de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) af te geven met betrekking tot het addendum bij de gedragscode. Het CBP heeft in het ontwerpbesluit tot goedkeuring uitgesproken dat het addendum een juiste uitwerking vormt van de WBP en andere wettelijke bepalingen betreffende de verwerking van persoonsgegevens. Dit ontwerpbesluit is, samen met het addendum en het protocol materiële controle, gepubliceerd in de Staatscourant van 28 december 2005 (nr. 252). Zoals in de vierde Voortgangsrapportage Zorgverzekeringwet is aangegeven, verloopt de goedkeuringsprocedure overeenkomstig het bepaalde in afdeling 3.4 van de Algemene wet bestuursrecht².

Het addendum en de ministeriële regeling ex artikel 87 hangen nauw samen. De binding van zorgverzekeraars aan het addendum berust zowel op hun instemming daarmee, en na de definitieve CBP-goedkeuring, ook op de regeling. Met de afronding van het addendum kon ook de ministeriële regeling ex artikel 87 worden vastgesteld. Over de regeling was al in

¹ Het daarbij daarbij om schadeverzekeringen, natura-uitvaartverzekeringen en een groot deel van de levensverzekeringen.

² Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 46.

een eerder stadium overeenstemming bereikt met de betrokken organisaties. De regeling over de verwerking van persoonsgegevens is als Hoofdstuk 7 geïntegreerd in de Regeling zorgverzekering en gepubliceerd in de Staatscourant van 22 december 2005 (nr. 249) en in werking getreden met ingang van 1 januari 2006. Hiermee is uitvoering gegeven aan de motie Heemskerk (Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 23).

8 Reactie op aangenomen moties

8.1 Motie Heemskerk (29 689, nr. 49)

Een belangrijk aspect voor een vlotte overgang van verzekerden vormt de wijze waarop zorgverzekeraars de geïnde premies en de gedeclareerde kosten van de verzekerden die van verzekeraar veranderen, verrekenen. In het VAO van 20 december heeft de heer Heemskerk daarover een motie ingediend. Naar aanleiding van deze motie wil ik hieronder graag de afspraken weergeven die ZN met zijn leden heeft gemaakt over het verrekenen van geïnde premies en gedeclareerde kosten van verzekerden die van verzekeraar veranderen. Die afspraken bevatten de volgende aspecten voor de zorgverzekering respectievelijk de aanvullende verzekering:

- Zorgverzekeraars zullen de in het kader van de zorgverzekering gemaakte kosten van verzekerden die van verzekeraar veranderen, met elkaar verrekenen. Hier merkt de verzekerde dus niets van.
- De «oude» verzekeraar zal de aan hem betaalde premie aan de verzekerde restitueren en de nieuwe verzekeraar zal de verzekerde zijn premie in rekening brengen. Zoals ik in het Algemeen Overleg van 14 december jongstleden heb opgemerkt, acht ik het niet opportuun om zorgverzekeraars thans aanvullende regels op te leggen gelet op de forse inspanningen die zij zich getroosten om de invoering van de Zvw tot een succes te maken. Dat laat onverlet dat ik bereid ben om met ZN in overleg te treden om te bezien of met ingang van 1 januari 2007 ook de reeds betaalde premie door verzekerden tussen zorgverzekeraars verrekend kan worden indien verzekerden besluiten van verzekeraar te wisselen.
- Verzekeraars hebben ook voor de aanvullende verzekering afgesproken dat deze met terugwerkende kracht kan worden opgezegd en dus ook met terugwerkende kracht op 1 januari 2006 ingaat. Dat maakt het voor verzekerden duidelijk en gemakkelijk. Premierestitutie vindt hier op dezelfde wijze plaats als bij de zorgverzekering;
- De «oude» verzekeraar zal in geval van de aanvullende verzekering eventueel door de verzekerde ingediende en betaalde declaraties in mindering brengen op de premierestitutie en voor het meerdere boven de premie de verzekerde die kosten in rekening brengen. De «oude» verzekeraar zendt dan wel de betaalde nota's van de zorgverleners naar de verzekerde zodat de verzekerde de kosten bij de nieuwe verzekeraar alsnog kan declareren. Dit is nodig omdat het pakket voor de aanvullende verzekering tussen verzekeraars kan verschillen.

Ik vind dat verzekeraars hiermee een duidelijke stap richting verzekerden hebben gezet om de overgang te vergemakkelijken. Gelet op het verwachte aantal verzekerden dat voornemens is om van zorgverzekeraar te veranderen, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de bovenstaande afspraken geen belemmering voor verzekerden vormt om van zorgverzekeraar te veranderen.

Op basis van de informatie die ik daarover in december 2005 van ZN heb gekregen, heb ik u medegedeeld dat zorgverzekeraars ernaar streven de premies van de «oude verzekering» binnen 10 werkdagen terug te storten. Deze inspanningsverplichting geldt nog steeds. De recente besluitvorming in het bestuur van ZN, waarin ook de hiervoor genoemde afspraken zijn gemaakt, houdt wel rekening met het feit dat mogelijk niet alle verzeke-

raars deze termijn halen vanwege de verwachte grote aantallen mutaties die zij moeten verwerken. Deze verzekeraars geven in ieder geval de garantie dat verzekerden die in januari opzeggen, uiterlijk op 28 februari de al betaalde premies teruggestort krijgen. Verzekerden die in februari opzeggen, krijgen hun premies uiterlijk op 31 maart terug. Omdat veel verzekerden de premies voor de maand januari nog niet hebben betaald en ook veel verzekerden de automatische incasso van de premies ongedaan hebben gemaakt, zal echter in die gevallen geen sprake zijn van een dubbele last voor de verzekerden.

8.2 Motie Schippers c.s. (29 689, nr. 52)

In deze motie verzoekt mevrouw Schippers c.s. de regering de mogelijkheden te verkennen voor het differentiëren van de door verdragsgerechtigden verschuldigde bijdrage op basis van het woonland. Ik zal deze motie uitvoeren en ik ben voornemens uw Kamer hier vóór het zomerreces over te informeren.

8.3 Motie Schippers/Bakker (29 689, nr. 53)

Naar aanleiding van de motie van mevrouw Schippers en de heer Bakker inzake de gemaakte CAO-afspraken voor ambtenaren heeft de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties in zijn brief van 22 december jongstleden uw Kamer het volgende laten weten¹. In de CAO's (dan wel onderhandelaarsakkoorden) voor de sector Rijk, sector Politie, sector Onderwijs (Primair Onderwijs en Voorgezet Onderwijs), sector Beroeps- en Volwassen Educatie, sector Hoger Beroepsonderwijs, sector Wetenschappelijk Onderwijs, sector Universitair Medische Centra, sector Gemeenten, sector Provincies en de sector Waterschappen zijn afspraken gemaakt over de overgang naar het nieuwe zorgstelsel en de compensatie van de betreffende ambtenaren. Deze CAO's bevatten algemene compensatie voor alle ambtenaren en in een aantal gevallen ook compensatie voor specifieke groepen. Voor de sectoren Rechterlijke Macht, Defensie Burgerpersoneel en Onderzoeksinstellingen is de compensatie op dit moment onderwerp van onderhandeling. De verwachting is dat dit begin 2006 tot resultaat zal leiden. In aanvulling daarop kan ik u melden dat na raadpleging van de achterban van de vakbonden inmiddels de achterban van 3 van de 4 vakbonden akkoord is gegaan met het bereikte onderhandelaarsakkoord over de CAO van de sector Rijk.

8.4 Motie Omtzigt (29 689, nr. 54)

Conform mijn toezegging tijdens het Algemeen Overleg Voortgang Zorgverzekering op 14 december jongstleden zal ik uw Kamer nog voor het eind van deze maand informeren over de overwegingen die ten grondslag hebben gelegen aan de besluitvorming van het kabinet over de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage. Daarbij zal ik dan tevens een reactie geven op de motie van de heer Omtzigt inzake het op nul procent vaststellen van de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage voor aanvullingen op bestaande WAO-uitkeringen en nabestaandenpensioenen voor het jaar 2006 en volgende jaren.

¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2005/06, 29 689 nr. 60.