

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 85

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 april 2006

Ten behoeve van het Algemeen Overleg Voortgang Zorgverzekeringswet op 27 april aanstaande, informeer ik u met deze brief over de voortgang van de implementatie van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag.

Deze brief gaat in op diverse onderwerpen betreffende de implementatie van de Zorgverzekeringswet en op de recente besluitvorming over de zorgtoeslag.

Over de zogenoemde buitenland problematiek informeerde ik Uw Kamer reeds eerder met mijn brief van 7 april jl.¹

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

¹ Kamerstukken II, 2005–2006, 29 689, nr. 80.

1. Inleiding

In deze zesde voortgangsrapportage komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- 2 Implementatie Zorgverzekeringswet
- 2.1 Opzeggingen per 1 maart
- 2.2 Declaratieverkeer
- 3 Uitvoering van de Wet op de zorgtoeslag
- 4 Toezicht; inzicht in de markt
- 5 Voorlichting
- 6 Overige onderwerpen
- 6.1 Artiestenregeling
- 6.2 Aantal verzekerden dat de no-claimteruggave ontvangt
- 6.3 Ex post compensatiemechanismen in de risicovereeniging 2007
- 6.4 Uitvoering buitenland
- 6.5 Onverzekerden

2. Implementatie Zorgverzekeringswet

2.1 Opzeggingen per 1 maart

De zorgverzekeraars hebben het enorme aantal mutaties vrijwel geheel verwerkt en hun verzekerden daarover geïnformeerd. De concurrentie tussen de verzekeraars heeft geleid tot een flinke beweging in de markt. Een aantal verzekeraars heeft zijn bestand aanzienlijk zien toenemen, anderen verliezen verzekerden en een aantal verzekeraars blijft in omvang gelijk. Zoals ook blijkt uit de bevindingen van De Nederlandsche Bank (DNB), die verder in paragraaf 4 aan de orde komen, is een gigantische operatie gaande. Waar zich nog een incidenteel probleem voordoet lossen verzekeraars dit gezamenlijk op. Uitgangspunt daarbij is dat de verzekerde er geen nadeel van ondervindt. In de afgelopen weken hebben verzekeraars de problematiek van de dubbele inschrijving als gevolg van late opzegging door verzekerden en/of verzekeraars, op een bevredigende wijze opgelost. Het gaat daarbij vaak om opzeggingen die via een assurantietussenpersoon of door middel van opzegkaartjes van de nieuwe verzekeraar hebben plaatsgevonden. Het initiatief daarvoor ligt, zo hebben verzekeraars afgesproken, bij de nieuwe verzekeraar. Uitgangspunt daarbij is dat de verzekerde er geen last van mag ondervinden.

In geval een verzekerde zelf tijdig heeft opgezegd, moet de oude verzekeraar hem uitschrijven. Dan zal ook de premierestitutie door de oude verzekeraar plaatsvinden. Als een verzekerde niet tijdig heeft opgezegd, of dat niet kan aantonen, schrijven de meeste verzekeraars verzekerden die weg willen alsnog uit. Het is immers heel lastig om premies te innen bij een verzekerde die al elders, bij de verzekeraar van zijn keuze, verzekerd is. De verzekerde zal alleen de premie willen betalen aan de verzekeraar bij wie hij aangegeven heeft verzekerd te willen zijn.

In geval een verzekerde aan zijn assurantietussenpersoon of zijn nieuwe verzekeraar verzocht heeft voor hem de opzegging bij de oude verzekeraar te verzorgen, maar de opzegging de nieuwe verzekeraar niet (tijdig) heeft bereikt, dan zal de tussenpersoon respectievelijk de nieuwe verzekeraar dat met de oude verzekeraar moeten oplossen. De oude verzekeraar blijkt zich in het algemeen rekenschap geven van het feit dat de verzekerde elders verzekerd is en dus niet geneigd zal zijn de premie te betalen aan zijn oude verzekeraar.

Is de verzekerde het met het besluit van de verzekeraar niet eens dan kan hij zich met zijn klacht wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Die is daarvoor immers in het leven geroepen vanwege de in de Zorgverzekeringswet (Zvw) opgenomen verplichting voor verzekeraars om zich aan te sluiten bij een geschillenregeling. De

SKGZ ontplooit verschillende activiteiten om de naamsbekendheid te vergroten, waaronder de ontwikkeling van een inmiddels opengestelde website. Sinds 1 januari 2006 is de SKGZ actief. Op dit moment heeft de SKGZ in totaal 357 klachten ontvangen van zeer uiteenlopende aard. Een groot deel van de klachten heeft betrekking op de situatie van pensionado's, of bevat klachten over de totstandkoming en invoering van de Zvw zelf. Op dit moment zijn 11 geschillen in behandeling.

2.2 Declaratieverkeer

Declaratieverkeer ziekenhuizen

Uit de laatste monitorronde met betrekking tot het declaratieverkeer tussen ziekenhuizen en verzekeraars is gebleken dat het aantal afgewezen facturen niet is gewijzigd ten opzichte van 2005 en ongeveer 5% bedraagt. De belangrijkste aandachtspunten blijven de facturen die betrekking hebben op zorg die ressorteert in het aanvullende pakket, en het grote aantal mutaties van verzekerden. Deze laatste oorzaak zal naar verwachting de komende maanden snel aan betekenis inboeten. Overigens geeft ruim 80% van de ziekenhuizen aan dat zorgverzekeraars facturen binnen een redelijke termijn te betalen. In die gevallen waarin dat niet lukt, wordt meestal tot bevoorschotting overgegaan. Worden deze gegevens gecombineerd, dan blijkt dat 95% van de ziekenhuizen binnen een redelijke termijn betaald wordt.

Declaratieverkeer huisartsen

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en ik hebben gezamenlijk besloten om een veegploeg in te stellen, die declaratie- en voorschotproblemen tijdig signaleert en zo mogelijk tot een oplossing brengt. Deze veegploeg bestaat uit vertegenwoordigers van de betrokken partijen en komt eens in de twee weken bijeen. Huisartsen en zorgverzekeraars melden eventuele knelpunten bij de LHV en ZN. Acute problemen die zeer dringend een oplossing vereisen, worden bilateraal tussen ZN en LHV besproken en waar mogelijk op zeer korte termijn opgelost. De wat meer structurele problemen, die op grotere schaal voorkomen, worden ingebracht en waar mogelijk opgelost in de veegploeg. Deze knelpunten worden samen met de gevonden oplossingen breed gecommuniceerd naar alle huisartsen en zorgverzekeraars via de websites van de LHV en ZN. Zorgverzekeraars werken in de tussentijd hard aan de administratieve verwerking van de verzekerdenmutaties. Het aantal verzekerdenmutaties neemt af, nu we 1 mei naderen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij bereid zijn om ook voor het tweede kwartaal bevoorschottingsafspraken te maken met huisartsen. Huisartsen werken, voor zover dat nodig is, aan het op orde brengen van hun patiëntenadministraties, om ervoor te zorgen dat declaraties correct ingediend worden en te voorkomen dat declaraties onnodig afgewezen worden door zorgverzekeraars.

3. Uitvoering van de Wet op de zorgtoeslag

Voor de meest actuele stand van zaken rondom de zorgtoeslag verwijs ik u naar de voortgangsrapportage van 6 april 2006 van de Belastingdienst/ Toeslagen over de maand maart 2006. Uit die rapportage blijkt dat in totaal tot en met januari ruim 5,7 mln. eerste voorschotten zijn verstrekt. Voor ongeveer 940 000 betalingen heeft een voorlopige vaststelling plaats gevonden. In de afgelopen maanden is de doelstelling om voor 1 april de voorlopige vaststellingen om te zetten in definitieve voorschotten, voor het overgrote deel gerealiseerd. Dit houdt in dat het voorschot aansluit op de gegevens uit de aanvraag.

Nog niet alle aanvragers hebben een reguliere beschikking ontvangen (ongeveer 140 000). Oorzaak hiervan is in de meerderheid van de gevallen dat een sofi-nummer in meerdere aanvragen voorkomt (bijvoorbeeld één keer als aanvrager en één keer als partner voor een zorgtoeslag). In beginsel kan deze situatie leiden tot het intrekken van de toeslag. Er is voor gekozen om deze aanvragen en een aantal vergelijkbare gevallen eerst aan een nader onderzoek te onderwerpen, alvorens tot een reguliere vaststelling te komen.

Ook de verwerking van mutaties is in de tweede helft van maart gestart. In de eerste week van april zijn 170 000 beschikkingen verstuurd. De herziening van het voorschot bedrag zal in de betaling van april worden verwerkt. Binnenkort worden de resterende (ongeveer 100 000) verwerkt. Overigens heeft Belastingdienst/Toeslagen de meest dringende mutaties al handmatig verwerkt.

4. Toezicht; inzicht in de markt

In periodiek overleg met VWS heeft DNB in een eerste algemene analyse van de implementatie van de Zvw opgemerkt dat, dankzij de forse inspanningen van de zorgverzekeraars de omschakeling naar het nieuwe zorgstelsel redelijk in de hand is gehouden. De stelselwijziging is een majeure operatie; zo'n grote wijziging gaat altijd gepaard met bepaalde risico's. DNB ziet het als zijn voornaamste taak om erop toe te zien dat de verzekeraars die risico's voldoende beheersen. DNB constateert een aantal ontwikkelingen en geeft inzicht in een aantal belangrijke getalsmatige waarnemingen. Gevoegd naast vergelijkbare gegevens die het informatie-instituut van de zorgverzekeraars (Vektis) in opdracht van VWS en CTZ over dezelfde periode heeft verzameld, geeft dit het volgende beeld.

- het aantal mutaties van verzekerden is zeer hoog; meer dan 6 miljoen. Dit betreft alleen de in- en uitschrijvingen van de switchers; tegenover elke uitschrijving bij de ene verzekeraar staat een inschrijving bij een andere verzekeraar. Dat zijn twee mutaties. De mobiliteit van verzekerden is navenant hoog; ongeveer 3 miljoen verzekerden zijn van zorgverzekeraar gewisseld. Daarbij heeft zich een hausse voorgedaan in de laatste weken van februari. Als gevolg van die mutaties is van de grootste verzekeraars er één aanzienlijk gegroeid en één gekrompen. De middelgrote verzekeraars noteren een stabilisatie of in sommige gevallen een lichte daling in hun verzekerdenbestand en een aantal kleine verzekeraars noteert een behoorlijke groei.
- Het daadwerkelijke aantal mutaties ligt nog veel hoger omdat ook veel verzekerden die niet zijn overgestapt wel een wijziging hebben aangebracht in de aanvullende verzekering of het eigen risico. Slechts 5% van de verzekerden heeft voor een eigen risico gekozen. Dat was, gegeven de relatief lage kortingen die verzekeraars bieden voor een eigen risico, te verwachten. Immers nu de risicoselectie in de Zvw is uitgesloten en de kosten worden genormeerd op basis van het risicoverevenings-systeem is het voor verzekeraars veel minder interessant om met hoge kortingen voor eigen risico's risicoselectie te plegen. Veel verzekerden hebben wel weer een bewuste keuze gemaakt voor (de omvang van) de aanvullende verzekering. De overgrote meerderheid van de verzekerden, ongeveer 93%, sluit een aanvullende verzekering. DNB stelt op basis van deze bevindingen vast dat de nieuwe zorgverzekering de beoogde prikkel tot bewuster gedrag van verzekerden zeker heeft gestimuleerd.
- Collectiviteiten hebben een dominante rol gespeeld bij de verschuivingen in de markt; de collectiviteiten maken nu meer dan 40% uit van de totale markt. De gemiddelde collectiviteitskorting bedraagt 6,2%. Er zijn enkele verzekeraars die in een beperkt aantal gevallen de maximale korting van 10% hebben verstrekt. Collectiviteiten leiden ook tot

verschuivingen van portefeuilles binnen een groep van verzekeraars. Door de grote rol van collectiviteiten is de markt beweeglijk en meer prijselastisch geworden. Dat vergt, naar de mening van DNB, dat verzekeraars hun bedrijfsvoering, zorginkoop en prijszetting daaraan aanpassen. Omdat de meeste collectiviteiten een looptijd van een jaar hebben is te verwachten dat de strijd om de collectiviteiten jaarlijks terugkeert.

- Het percentage verzekerden met een natura-polis is 68 procent, met een restitutiepolis 23 procent en met een mengvorm 9 procent. Overigens is ook in een aantal restitutiepolissen sprake van gecontracteerde zorg.
- Het is te vroeg om nu al te spreken over winnaars en verliezers op de zorgverzekeringsmarkt. De echte winnaars zijn de maatschappijen die niet alleen op dit moment groeien, maar de groei ook organisatorisch aankunnen en blijvend kunnen financieren. Om op lange termijn in de markt te overleven is het essentieel dat verzekeraars gaan ondernemen en dat de instellingen goed gemanaged worden. Daarom besteedt het toezicht veel aandacht aan de bedrijfsvoering en de governance van verzekeraars.
- Er zijn vooralsnog geen signalen dat de solvabiliteitspositie van verzekeraars ontoereikend is. Begin juni, na de eerste analyse van de eerste kwartaalrapportages, is hierover naar verwachting meer duidelijkheid. Het merendeel van de instellingen moet de effecten van de nieuwe situatie op de financiële positie nog doorrekenen. Daarnaast geven meerdere verzekeraars aan dat de kosten van DBC's nog moeilijk zijn in te schatten, waardoor de schadelast over 2005 onduidelijk is.

5. Voorlichting

Nu de datum van 1 mei nadert, komt ook het einde van de voorlichtingscampagne in zicht.

In de maand april wordt in de verschillende communicatie-uitingen nog de boodschap uitgedragen «zorg dat u voor 1 mei verzekerd bent». Specifiek zijn dat een ingezonden mededeling in alle landelijke en regionale dagbladen in week 15, een radiospot in week 15, 16 en het eerste deel van week 17 en, eveneens in week 17, de laatste pagina in de reeks die vanaf juli maandelijks is verschenen in de huis-aan-huiskranten. Tot slot verschijnt er op 26 april een advertentie over de rechten en plichten van gemoedsbezwaarden. Deze wordt geplaatst in het Nederlands Dagblad en het Reformatorisch Dagblad.

Overigens kunnen burgers ook na 1 mei nog steeds met hun vragen terecht bij Postbus 51 en zal ook de campagnewebsite www.denieuwezorgverzekering.nl nog bereikbaar blijven.

Die website krijgt geleidelijk aan minder bezoekers. Waren dit er in december nog zo'n 100 000 per week; inmiddels is dit (week 14) teruggelopen tot 12 390 bezoekers.

Dat geldt ook voor de daarin opgenomen database met veelgestelde vragen (in week 13 werd deze database 10 909 keer geraadpleegd, waarbij 58 266 pagina's werden bekeken. Van medio december tot medio januari (de drukste periode) lagen deze aantallen respectievelijk gemiddeld rond de 100 000 raadplegingen per week, waarbij gemiddeld 350 000 pagina's werden bekeken.

Ook het aantal vragen dat wordt gesteld aan de publieksvoorlichters bij Postbus 51 neemt nu per week af. Waren dat er in de drukke periode in december en januari nog zo'n 8000 per week. In week 13 was dat gedaald tot 1534 telefoontjes.

Uit het inmiddels afgeronde onderzoek dat plaatsvond ter begeleiding van de voorlichtingscampagne, blijkt dat de kernboodschappen goed zijn

aangekomen bij de burger. Het percentage dat op de hoogte is van de boodschappen ligt rond de 90–95%.

6. Overige onderwerpen

6.1 Artiestenregeling

In het Algemeen Overleg (AO) over de derde voortgangsrapportage Zorgverzekeringwet heeft de heer Vendrik (Groen Links) mij vragen gesteld over de artiestenregeling. De heer Vendrik heeft hierover opgemerkt dat het onduidelijk is wat de Zvw, premieplicht en zorgtoeslag betekenen voor artiesten. Hij verzocht om uitleg op websites en hij stelde de vraag hoe de nieuwe artiestenregeling zal luiden in relatie tot de Zvw. In het AO heb ik toegezegd naar de artiestenregeling te zullen kijken en hierop schriftelijk te reageren. Onderstaand voldoe ik hieraan.

Huidige artiestenregeling

De huidige artiesten- en beroepssportersregeling, zoals die is opgenomen in de Wet op de loonbelasting 1964, is sinds 1 januari 2001 van toepassing. Een belastingplichtige wordt voor de artiesten- en beroepssportersregeling als artiest of beroepssporter aangemerkt indien hij op grond van een overeenkomst van korte duur, dan wel kortstondig krachtens een andere grond (bijvoorbeeld een reglement of contract) als musicus of anderszins als artiest optreedt respectievelijk als beroep een tak van sport beoefent. De regeling is niet van toepassing indien de desbetreffende belastingplichtige in dienstbetrekking is of als hij op grond van de Wet op de loonbelasting 1964 (tezamen met zijn opdrachtgever) heeft geopteerd voor het loonbelastingregime voor werknemers. De regeling is eveneens niet van toepassing indien de artiest/beroepssporter ter zake van het optreden of de sportbeoefening een Verklaring arbeidsrelatie overlegt waaruit blijkt dat de genoten voordelen als winst uit onderneming moeten worden aangemerkt, of als het optreden of de sportbeoefening is overeengekomen met een natuurlijk persoon ten behoeve van diens persoonlijke aangelegenheden.

Artiesten en Zvw

Artiesten en beroepssporters die op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van rechtswege verzekerd zijn, zijn op grond van artikel 2, eerste lid, van de Zvw verplicht om zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren. Op basis van artikel 5, eerste lid, van de AWBZ zijn inwoners van Nederland verzekerd overeenkomstig de bepalingen van die wet. Voorts zijn voor de AWBZ verzekerd degenen die geen ingezetene zijn, maar ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting zijn onderworpen. Artiesten en beroepssporters in de zin van de artiesten- en beroepssportersregeling behoren in geen geval tot deze laatste categorie, omdat zij hun arbeid niet in dienstbetrekking verrichten. Daarom zijn alleen de artiesten en beroepssporters die in Nederland wonen, verzekerd voor de Zorgverzekeringwet.

Voor de inkomensafhankelijke bijdrage geldt dat deze verschuldigd is over het bijdrage-inkomen. Aangezien artiesten en beroepssporters die niet in dienstbetrekking zijn, geen belastbaar loon genieten in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964, bestaat hun bijdrage-inkomen uit belastbare winst uit onderneming of resultaat uit overige werkzaamheden. Het bijdrage-inkomen bedraagt in 2006 maximaal € 30 015.

In de Regeling zorgverzekering (artikel 5.2, tweede lid, onderdeel b) is bepaald dat indien geen recht bestaat op vergoeding van de verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage door de inhoudingsplichtige, bedoeld in artikel 46, eerste lid, van de Zorgverzekeringwet, de inko-

mensafhankelijke bijdrage 4,4 % van het bijdrage-inkomen bedraagt. In het bedoelde artikel 46 is bepaald dat een vergoeding alleen verschuldigd is ingeval de verzekeringsplichtige loon geniet ingevolge de wettelijke bepalingen van de loonbelasting. Aangezien, zoals eerder al is opgemerkt, artiesten en beroepssporters geen belastbaar loon genieten, bedraagt de inkomensafhankelijke bijdrage derhalve 4,4%.

De inkomensafhankelijke bijdrage van 4,4% wordt geheven op aanslag met overeenkomstige toepassing van de voor de heffing van inkomstenbelasting geldende regels. Voor artiesten en beroepssporters die hun arbeid wel in dienstbetrekking verrichten – en dus niet onder de artiesten- en beroepssportersregeling vallen – geldt dat de inkomensafhankelijke bijdrage 6,5% van het bijdrage-inkomen bedraagt en dat deze wel door de inhoudingsplichtige wordt vergoed.

Evenals voor andere verzekerden geldt ook voor artiesten dat zij in aanmerking kunnen komen voor een zorgtoeslag op grond van de Wet op de zorgtoeslag. De overheid compenseert door middel van deze zorgtoeslag een gedeelte van de nominale premielast van de verzekerden met een laag inkomen.

Uitleg sporters- en artiestenregeling op internet door Belastingdienst

Op www.belastingdienst.nl is ruim voldoende informatie over de artiestenregeling opgenomen.

Er is onder andere:

- een brochure genoemd «Als u optreedt als (amateur-)artiest». Deze informatie is zeer toegankelijk en kan direct gedownload worden;
- onder het kopje «zakelijk» en daarna «loonheffingen» wordt bij «overige onderwerpen» de gehele artiesten- en beroepssportersregeling toegelicht.

Wijzigingen artiestenregeling in relatie tot de Zvw

De heer Vendrik heeft gevraagd hoe de nieuwe artiestenregeling zal luiden in relatie tot de Zvw. De invoering van de Zvw geeft geen aanleiding tot wijziging van de artiestenregeling. Wel is het zo dat naar aanleiding van de evaluatie van de sporters- en artiestenregeling het kabinet zich beraadt over enkele andere – niet Zvw-gerelateerde – wijzigingen in deze regeling. De Staatssecretaris van Financiën heeft uw Kamer toegezegd u over eventuele wijzigingen bij brief te informeren.

6.2 Aantal verzekerden dat de no-claimteruggave ontvangt.

In het AO van 25 januari 2006 over de voortgang van de Zvw heb ik toegezegd de Kamer in april nader te informeren over de uitbetaling van de no-claim.

Eind maart 2006 hebben de zorgverzekeraars aan de voormalige ziekenfondsverzekerden hun no-claimteruggaaf over 2005 uitgekeerd. Ik heb begin april bij verzekeraars laten informeren aan hoeveel verzekerden zij een no-claimteruggaaf hebben gedaan. De volgende gegevens zijn gebaseerd op informatie van verzekeraars over bijna 87% van de verzekerden op wie in 2005 de no-claimteruggaveregeling van toepassing was.

Van de 8,2 mln. verzekerden die in 2005 onder de no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet vielen, heeft 53% een bedrag aan no-claim teruggekregen; dit zijn ruim 4,3 mln. verzekerden. Dit betekent dat 3,9 mln. verzekerden (47%) geen no-claimteruggaaf hebben gekregen omdat zij in 2005 voor € 255 of meer aan zorg voor rekening van de ziekenfondsverzekering hebben gebruikt.

Bijna 18,5% van de verzekerden heeft het volledige no-claimbedrag van € 255 teruggekregen. Dit zijn ongeveer 1,5 mln. verzekerden.

In de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling worden de effecten van deze regeling nagegaan overeenkomstig het op 12 april 2005 aan de beide Kamers der Staten-Generaal aangeboden evaluatiekader¹. De evaluatie zal een uitgebreider en completer beeld geven, ook van de uitgekeerde no-claimteruggaven. Zoals eerder toegezegd zal ik deze evaluatie met mijn standpunt in juni 2006 aan het parlement aanbieden.

6.3 Ex post compensatiemechanismen in de risicoverevening 2007

In het AO over de voortgang van de Zvw d.d. 25 januari 2006 heeft de heer Omtzigt vragen gesteld over de nieuwe ministeriële regeling met vereveningsregels, onder meer op het gebied van nacalculatie en chronische ziekten. Ik heb geantwoord dat ik hierover pas na de zomer op basis van lopend onderzoek nadere informatie kan verstrekken. Over dit onderzoek en het tijdpad kan ik u als volgt berichten.

De inzet van ex post compensatiemechanismen (waaronder nacalculatie) in de risicoverevening in 2007 houdt verband met de kwaliteit van het vereveningssysteem 2007 en met de mate waarin zorgverzekeraars invloed uit kunnen oefenen op de zorgkosten. Op dit moment loopt een uitgebreid onderzoeksprogramma gericht op de risicoverevening 2007 onder begeleiding van een technische werkgroep, met hierin, naast een aantal onderzoekers, vertegenwoordigers van VWS, CVZ, ZN en individuele verzekeraars. Naast de gebruikelijke aanpassingen in de risicoverevening als gevolg van het beschikbaar komen van nieuwe kostencijfers, wordt in het onderzoeksprogramma ook nagegaan op welke punten modelverbeteringen mogelijk zijn. Een voorbeeld hiervan is de mogelijke opname van extra ziekten bij de vereveningscriteria Farmacie Kosten Groepen en Diagnose Kosten Groepen, zodat de risicoverevening, nog beter dan nu het geval is, rekening houdt met chronische ziekten.

In de loop van de zomer komt deze technische werkgroep aan de hand van de onderzoeksresultaten met een advies over de vormgeving van de risicoverevening 2007. Dit advies wordt besproken in een bestuurlijk overleg met ZN, dat voorzien is voor eind augustus dan wel begin september. Op dat moment zal, ook kijkend naar de vormgeving van de risicoverevening in 2007, de afweging worden gemaakt over de inzet van ex post mechanismen in 2007. Direct na het bestuurlijk overleg met ZN zal ik de Tweede Kamer over de uitkomsten informeren. Een en ander zal vervolgens zijn beslag vinden in een aanpassing van de Regeling zorgverzekering, die op grond van de Zvw uiterlijk 1 oktober 2006 wordt gepubliceerd.

6.4 Uitvoering buitenland

Tijdens het algemeen overleg op 25 januari 2006 heb ik, naar aanleiding van opmerkingen van onder andere de VVD-fractie, mevrouw Van Miltenburg, aangegeven dat de uitvoering door het CVZ beter moet gaan. Ik heb daarover inmiddels overleg gevoerd met het CVZ. Dat heeft ertoe geleid dat de werkprocessen sterk zijn verbeterd. Het CVZ heeft mij verzekerd dat op korte termijn de bestaande achterstanden zullen zijn weggewerkt.

Het CVZ zal mij op de hoogte houden van de stand van zaken van de werkzaamheden ten behoeve van de verdragsgerechtigden. Ook aan het inzichtelijker maken van de aantallen in het buitenland woonachtige verdragsgerechtigden wordt door het CVZ gewerkt.

Inmiddels zijn er, naar aanleiding van mijn brief van 7 april jl. over de mogelijkheid van een «opt-out», schriftelijke vragen gesteld, die deels ook

¹ Kamerstukken II 2004/05, 29 483, nr. 25.

betrekking hebben op de uitvoering door het CVZ. Die vragen heb ik afzonderlijk beantwoord.

6.5 Wanbetalers

In de vijfde voortgangsrapportage van 14 maart 2006 heb ik aangegeven in overleg te zijn met ZN en individuele zorgverzekeraars om te bezien op welke wijze aan het versterken van de incasso-mogelijkheden gestalte kan worden gegeven. Ik vind dit belangrijk omdat bij een steviger incasso-beleid de kans op royement kleiner wordt. Het gaat er om zoveel mogelijk mensen op een ordentelijke manier verzekerd te houden. De gesprekken bevinden zich in een vergevorderd stadium. Ik ga er vanuit u tijdens het AO dat gepland staat op 27 april aanstaande daar meer informatie over te kunnen geven.

Weigeren van zorg

U heeft mij eerder gevraagd in de peiling te houden in hoeverre zorg aan onverzekerden bij de balie wordt geweigerd. Door netwerken (zoals GGD-netwerken, de Stichting Koppeling en Lampion) rond groepen onverzekerden worden wel problemen gesignaleerd. Deze problemen kunnen doorgaans opgelost worden door informatieverschaffing aan de zorgverleners over de gangbare procedures. Volledigheidshalve verwijs ik voor dergelijke informatie naar www.lampion.info (Landelijk Advies- en informatiepunt Medisch Procedure Illegalen Ongedocumenteerden en Niet-toegelaten asielzoekers). Wanneer dit geen resultaat heeft, kan de IGZ soms in beeld komen. Ook de IGZ informeert de zorgverleners over de gangbare procedures.

Van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heb ik vernomen dat daar formeel geen situaties bekend zijn waarbij uiteindelijk geen zorgverlening heeft plaatsgevonden indien dit noodzakelijk was. De IGZ is voornemens om in 2007 extra aandacht te geven aan de zorgverlening aan onverzekerden.

Signalering betalingsachterstanden bij bijstandsgerechtigden

In de vorige voortgangsrapportage heb ik aangegeven dat vanaf juli de eerste signalen aan gemeenten over betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden gegeven kunnen worden. Naar nu blijkt, heeft het Inlichtingenbureau de techniek al op 1 juni gereed. Nog niet alle zorgverzekeraars zullen per die datum de betalingsachterstanden kunnen aanleveren, maar ik verwacht dat die aanlevering zich stapsgewijs zal uitbreiden.

Monitoring

Inmiddels heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek mij een tijdpad geleverd ten aanzien van de monitoring van het aantal onverzekerden. In dat tijdpad geven zij een aantal belangrijke voorwaarden aan. Om een grove schatting te kunnen geven van de 1 mei-stand, mag geen enkele verzekeraar ontbreken bij het aanleveren van gegevens. Het CBS zal uiterlijk 1 juni deze cijfers ontvangen en hoopt dan voor 1 juli een eerste grove indicatie te kunnen geven. Het is op dit moment nog niet duidelijk in hoeverre dat voorlopige cijfer vergelijkbaar is met de cijfers die het CBS in het verleden gepubliceerd heeft. De methode is niet helemaal vergelijkbaar (peildatum versus jaargemiddelde) en bovendien zijn zowel de situatie (basisverzekering i.p.v. particulier/ziekenfonds) als de gebruikte databronnen erg verschillend.

Voor een definitief cijfer dient het CBS uiterlijk 1 augustus een volledig bestand te ontvangen waarin alle mensen met een zorgverzekering zijn opgenomen. Met dat bestand kan een definitief cijfer worden geanaly-

seerd. Het CBS verwacht voor 1 november dat cijfer te kunnen publiceren. Dat cijfer zal ook inzicht geven in de kenmerken van de groep onverzekerden.