

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 92

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 19 mei 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 27 april 2006 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de voortgang van de Zorgverzekeringswet;**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 19 december 2005 inzake verrekenafpraak met zorgverzekeraars (29 689, nr. 58);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 14 februari 2006 inzake declaratieën betalingsverkeer tussen huisartsen en zorgverzekeraars (VWS-06-331);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 24 februari 2006 over toezegging tijdens algemeen overleg voortgang Zorgverzekeringswet d.d. 25 januari 2006 over de positie van verdragsgerechtigden en de mogelijkheid van «opting out» (29 689, nr. 71);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 2 maart 2006 inzake periodieke informatie over jurisprudentie van het Hof van Justitie van de EU (in relatie tot het zorgstelsel) (29 689, nr. 73);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 14 maart 2006 inzake de vijfde voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 77);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 25 april 2006 inzake de zesde voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 85).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Smilde** (CDA) constateert dat de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zorginhoudelijk goed verloopt. Iedereen gaat als het nodig is gewoon naar zijn dokter en ziekenhuis. Desalniettemin is er nog een groot aantal problemen. Invoering van een nieuwe wet is één ding, een echte inbedding ervan bij alle Nederlanders is natuurlijk het echte werk.

De brief die de minister de Kamer hedenochtend heeft doen toekomen over de wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met aanpas-

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), onder-voorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Kraneveldt (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GroenLinks), Koşer Kaya (D66), Van der Sande (VVD)

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Koomen (CDA), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GroenLinks), Bakker (D66), Nijs (VVD)

sing bijdrage verdragsgerechtigden, stemt tot tevredenheid, ook vanwege de terugwerkende kracht tot 1 januari 2006. Voor een groot aantal betrokkenen in het buitenland betekent deze wijziging een behoorlijke verbetering ten opzichte van de bestaande situatie. Ook is het goed dat de minister het vonnis van de rechter in dezen in een breder kader trekt dan alleen de aanpassing van de AWBZ en hij de gehele Zorgverzekeringswet als uitgangspunt neemt, waarmee hij de eerder aangenomen motie op dit punt voortvarend uitvoert. Van belang is dat de gewijzigde regeling nu snel geïmplementeerd wordt. Mevrouw Smilde verzoekt de minister de Kamer nog voor de zomer te informeren over hoe een en ander zijn beslag krijgt. Het voorgaande neemt overigens niet weg dat er ten aanzien van de verdragsgerechtigden nog steeds een aantal punten de nodige aandacht vergen. Zo is de beantwoording van de minister met betrekking tot de Nederlandse Antillen en Aruba onbevredigend. Aruba kan weliswaar stellen dat het op dit punt geen problemen hebben, maar de vraag is of de mensen die daar zelf wonen dit ook zo ervaren. Daarnaast worden de ex-IZA-gerechtigden op de Nederlandse Antillen met grote kosten geconfronteerd en zouden zij dan ook graag als verdragsgerechtigden willen worden aangemerkt. Waar het de bedoeling is dat postactieve ambtenaren met FPU en postactieve militairen onder verordening 883 komen te vallen, vraagt mevrouw Smilde de minister om vooruitlopend daarop het mogelijk te maken dat ze nu reeds als verdragsgerechtigden kunnen worden aangemerkt.

Een ander punt van aandacht betreft de in Brunssum werkende internationale NAVO-medewerkers. Zijzelf zijn uitgesloten van de Nederlandse volksverzekeringen, maar hun gezinsleden niet, waardoor dubbelverzekering dreigt. Wat denkt de minister hieraan te gaan doen?

Onacceptabel is het dat een aantal zorgverzekeraars alvast een voorschot blijkt te nemen op de discussie over de wanbetalers, door de acceptatieplicht te ondermijnen. Er zijn wel degelijk andere mogelijkheden. Een wetswijziging voor het opleggen van een verplichting tot een automatische incasso verdient verre de voorkeur boven gerommel aan de acceptatieplicht. Bovendien zijn er signalen dat er problemen zijn met de collectieve contracten die worden afgesloten met gemeenten. Laatstgenoemden geven terecht aan dat de WWB gericht is op terugkeer naar zelfredzaamheid, waarbij uitgangspunt ook is dat mensen zelf hun premie betalen. Er mag toch van worden uitgegaan dat het Inlichtingenbureau als eerste op de hoogte is van de stand van zaken rond wanbetaling? Het is van belang dat de minister dit punt voortvarend oppakt, juist waar de collectieve zorgverzekering beoogt een oplossing te bieden voor de kwetsbare groepen.

Daarnaast verzoekt mevrouw Smilde om een nadere uitwerking van het waarborgfonds, aangezien er ook op dit punt signalen van problemen te vernemen zijn.

Met de Zorgverzekeringswet is een eerste stap gezet in de richting van een vraaggestuurd stelsel. Als het gehele zorgstelsel wordt omgezet van aanbodgericht naar vraaggestuurd zullen hiervoor verschillende wetten, regelingen en dergelijke veranderd dienen te worden. Is de minister in staat meer specifiek aan te geven welke veranderingen dit betreft?

De heer **Omtzigt** (CDA) spreekt de hoop uit dat de minister eenzelfde positieve boodschap als die welke hij hedenmorgen heeft doen uitgaan ten aanzien van de Nederlanders die buiten Nederland wonen, zal kunnen geven aan de zeevarenden. De minister heeft eerder bij brief aangegeven dat voor hen een ander tarief mogelijk is. Het moet dan toch haalbaar zijn om volgend jaar te komen tot een bijdrage van 2% inkomensafhankelijk? De minister heeft een- en andermaal te kennen gegeven dat bij terroristische schade er van overheidswege de garantie is dat ook wanneer de schade meer dan 1 mld. bedraagt, er uitgekeerd wordt. In een eerder Kamerdebat heeft minister Zalm echter laten weten dat die garantie er

niet is, waarbij hij heeft aangekondigd hierover nog een brief aan de Kamer te zullen sturen. De heer Omtzigt wacht deze brief uiteraard af, maar wil nu wel de absolute toezegging van de minister van VWS dat als er sprake is van een dergelijke omvangrijke schade, er wel dekking plaatsvindt door de overheid waar het gaat om zorgverzekering, dus ook als de schade meer dan 1 mld. is.

In tegenstelling tot de toezegging van de minister dat het overzicht van de administratieve lasten de Kamer voor 1 april zou bereiken, is het nog steeds niet beschikbaar. Wat is de stand van zaken?

Ook ontbreekt nog steeds inzicht in de manier waarop de minister de moties over het vereveningsstelsel denkt te gaan uitvoeren. Wellicht dat hij in de volgende voortgangsrapportage dat inzicht alsnog wil verschaffen.

De minister van Financiën heeft vanmorgen een brief aan de Kamer gestuurd over de systematiek van de eigen bijdragen. Acht de minister van VWS het haalbaar om voor 20 mei aanstaande de evaluatie van de no-claimregeling en daaraan gerelateerde aspecten aan de Kamer te doen toekomen, zodat er hier nog vóór de zomer over kan worden gesproken, zoals ook de bedoeling was? Wat is overigens de huidige vermogenspositie van het vereveningsfonds en hoe zal die positie zich gaan ontwikkelen mede in het licht van de premiestelling volgend jaar?

Met betrekking tot de administratie van verzekeraars blijken er nog steeds problemen te zijn, met name waar het gaat om opzeggingen etc. De heer Omtzigt is een fors aantal gevallen bekend waarbij opzeggingsbrieven van verzekerden te lang op behandeling door de desbetreffende verzekeraars wachten waardoor sprake is van dubbel verzekerd zijn. Is de minister bereid zelf deze problemen te onderzoeken en op te lossen en zo niet, wil hij dan de Zorgautoriteit de opdracht hiertoe geven?

De recentste informatie omtrent de problemen rond de huisartsen-declaraties geeft aan dat in mei het zogenaamde Vogelaar-akkoord nog niet tot uitvoering zal worden gebracht. Er zijn zelfs signalen dat huisartsen geadviseerd worden om rekeningen rechtstreeks naar patiënten te sturen omdat de bevoorschotting op dit moment niet werkt en de incassobureaus bij de banken in het rood staan omdat de verzekeraars hun afspraken niet nakomen. Wat zou de minister ervan vinden als alle huisartsenrekeningen voortaan bij de verzekerden zelf terecht zouden komen? Welke actie is hij bereid op dit punt te ondernemen, zodat binnen een week deze problemen zullen kunnen worden opgelost?

Mevrouw **Schippers** (VVD) geeft aan dat zij gelet op de megaoperatie waarvan bij de onderhavige stelselherziening sprake is en die iedereen in Nederland betreft, niet ontevreden is over het verloop ervan tot nu toe. Met betrekking tot de huisartsendeclaraties stelt de minister in zijn vijfde voortgangsrapportage dat het in ieder geval tot 1 mei duurt totdat het declaratie- en betalingsverkeer op orde is. Tweede Paasdag was er op de radio te horen dat de huisartsen nog steeds van mening zijn dat het declaratieverkeer onbevredigend verloopt. Bij monde van hun voorzitter waren zij sceptisch over een oplossing op korte termijn van de problemen. Gisteren ontving mevrouw Schippers nog een brief waarin staat dat 50% van de huisartsen binnen een half jaar in liquiditeitsproblemen komt, 32% binnen twee maanden en 18% nog deze maand. Tegelijkertijd schrijft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aan de Kamer dat de zorgverzekeraars over het algemeen van mening zijn dat alles redelijk goed verloopt en dat de overgangsproblemen snel afnemen. In de gezamenlijke brief van VWS, Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en ZN beschrijft men eendrachtig gemaakte afspraken. Daarin wordt ook melding gemaakt van een gezamenlijk ingestelde veegploeg en verlenging van de bevoorschottingsmogelijkheid. Gelet op deze tegengestelde signalen verzoekt mevrouw Schippers de minister om helderheid te verschaffen. Wat is de huidige situatie? Is er nog steeds sprake van aanzienlijke problemen die lastig zijn op te

lossen of kunnen de problemen wel snel opgelost worden, waardoor de zaken op korte termijn op orde zijn?

Hoewel de voorlichtingscampagne ten einde loopt, gaat mevrouw Schippers ervan uit dat er volgend jaar, weliswaar minder intensief, mensen worden gewezen op de mogelijkheden om over te stappen en op de fatale data. Postbus 51 en de website blijven volgens de minister bereikbaar. Er mag toch van worden uitgegaan dat ze structureel worden ingezet om de mensen gemakkelijk informatie te geven als zij daaraan behoefte hebben? Rondom Pasen liet een zorgverzekeraar weten van mening te zijn dat voor wanbetalers geen acceptatieplicht zou moeten gelden. Hoewel er begrip is voor de positie waarin zorgverzekeraars verkeren, is het probleem van wanbetalers geen nieuw probleem. Zij waren er ook in het oude systeem, alleen konden zij toen niet uit het ziekenfonds worden gezet of verdwenen zij het uit zicht als zij vielen onder de vrijwillige particuliere verzekering. Met de nieuwe maatregelen waarbij iemand na drie maanden niet betaald te hebben, uit de verzekering kan worden gezet, is een eerste stap gezet om het wanbetalers en free riders moeilijker te maken. Niet verzekerd zijn levert een boete op en het steeds veranderen van verzekeraar geeft de nodige rompslomp. De verzekeraar kan ook betalingsregelingen treffen. Het zichtbaar maken dat iemand wanbetaler is, maakt het binnenhalen van de premie nog niet eenvoudig. Een automatische incasso kan men afspreken maar als er niets op de rekening staat, houdt het op. Hoe wil de minister de incassomogelijkheden versterken? Voor de acceptatieplicht zonder voorwaarde is gekozen, juist om te voorkomen dat een groep onverzekerden ontstaat. Alles moet er wel op gericht zijn dat de premie wordt betaald en niet anderen daarvoor uiteindelijk opdraaien. De minister geeft aan weinig te voelen voor een zwarte lijst. Mevrouw Schippers verschilt hierover met hem van mening. Zij ziet het verschil in privacy-aspecten helemaal niet. Een dergelijke lijst bestaat al lang voor andere verzekeringen en andere typen schulden en is bovendien administratief veel minder belastend. De minister schrijft dat hij de mogelijkheid onderzoekt om aan het uitschrijfbewijs een sanctiemogelijkheid te verbinden door vooruitbetaling te eisen na wanbetaling. Gaat de minister deze betaling dan afdwingen? Wat gebeurt er als er toch geen betaling plaatsvindt? Naar het oordeel van mevrouw Schippers dient alles in het werk te worden gesteld om mensen te laten betalen en tegelijkertijd onverzekerdheid te voorkomen.

Nog steeds zijn er klachten over het College voor zorgverzekeringen (CVZ), terwijl toch verwacht had mogen worden dat het zijn zaakjes inmiddels op orde heeft. Mensen mogen hiervan niet de dupe worden. Veel mensen zijn bang dat het bewijsmateriaal dat zij hebben verzameld niet afdoende zal zijn om een boete wegens te laat verzekerd zijn te voorkomen. Kan de minister helder aangeven dat dit niet iets is waarvoor mensen wakker behoeven te liggen en dat uiterst coulant zal worden opgetreden in dit overgangsjaar?

De rechter heeft inmiddels uitspraak gedaan in het kort geding dat is aangespannen tegen de Staat. De uitspraak van de rechter komt goed overeen met de vorig jaar december aangenomen motie-Schippers die vraagt om gedifferentieerde bijdragen op basis van kosten in het woonland. Als de uitspraak van de rechter geldt voor de AWBZ, mag worden aangenomen dat die ook geldt voor de Zorgverzekeringswet. Waar de minister eerder had aangekondigd in mei met een gewijzigde regeling te komen, ontving de Kamer heden een brief van zijn hand, waarin de wijziging, die geldt met terugwerkende kracht, wordt uiteengezet. Dit stemt tot tevredenheid. Wel verzoekt mevrouw Schippers de in de brief gehanteerde rekenmethodiek nog nader toe te lichten.

Vervolgens vraagt zij aandacht voor het probleem terzake van remigranten wier ziektekostenpremie uitstijgt boven datgene wat zij aan AOW ontvangen. Groot knelpunt is ook dat de zorgtoeslag vaak niet wordt ontvangen door onvoldoende informatie en kennis. De minister heeft

maatregelen aangekondigd, maar in de schriftelijke antwoorden staat dat er voorlopig geen aanpassing plaatsvindt. Wat is de huidige stand van zaken? Hoe ver is de minister met de besprekingen met de Nederlandse Antillen, Suriname en andere landen waarmee geen verdrag is gesloten maar waar wel veel mensen wonen die hun ziektekostenverzekering via Nederland regelden?

Een ander knelpunt betreft de directeur-grotoaandeelhouder (DGA). Een zelfstandige betaalt 4,4% en een DGA 6,5%. De DGA is in dienst van zijn eigen BV en wordt dus als werknemer beschouwd, hetgeen in feite vreemd is aangezien inzake de WAO de DGA niet als werknemer wordt beschouwd. Ook wat betreft de ziektekostenlast springt de DGA er negatief uit ten opzichte van alle groepen. Dit kabinet wil het ondernemerschap stimuleren. Als het aantrekkelijk moet zijn om voor het ondernemerschap te kiezen, moet het oprichten van een BV niet ontmoedigd worden. Overigens moet de overheid de keuze voor het zijn van een IB-zelfstandige of een BV niet willen sturen. Die keuze moet op andere gronden worden gemaakt. Afspraak is dat 50% van de kosten gedekt wordt door de nominale premie en 50% door de inkomensafhankelijke premie. Doordat de nominale premie lager is uitgevallen, valt er dus nog wel wat bij te trekken in het inkomensafhankelijk deel. Mevrouw Schippers pleit er dan ook voor dat voor de DGA het huidige percentage van 6,5 wordt verlaagd naar 4,4, het percentage dat voor zelfstandigen en gepensioneerden geldt.

Ten aanzien van de zeevarenden die door hun beroep extra kosten maken buiten het systeem voor noodzakelijke zorg, heeft het kabinet besloten met terugwerkende kracht de kring van verzekerden uit te breiden. De inkomensafhankelijke premie is ook voor hen vastgesteld op het lagere percentage van 4,4. Met het CVZ wordt nu bekeken of er aanleiding is om voor 2007 een lager percentage vast te stellen. Wat is de stand van zaken op dit moment? Mevrouw Schippers is beducht voor het ontstaan van allerlei groepen met verschillende betalingspercentages, nieuwe uitzonderingsposities en dergelijke. Als die kant op wordt gegaan, resulteert dit binnen tien jaar in een wirwar van uitzonderingen en verschillen in premielastverdeling, met alle gevolgen van dien. Zo er iets moet gebeuren op dit vlak, verdient het de voorkeur om dat fiscaal te regelen. Het kabinet heeft besloten om voor de postactieve ambtenaren die voorheen een tegemoetkoming kregen, een ruimharige overgangsregeling te treffen. In het kader van goed werkgeverschap is dat een prima ontwikkeling. De zorgtoeslag wordt bovendien niet neerwaarts bijgesteld. Mag er daarbij wel van uit worden gegaan dat volgend jaar de zorgtoeslag pas wordt vastgesteld nadat de premies bekend zijn? Dit scheelt namelijk onzekerheid die vermijdbaar is. Ook de 65-plussers die meerdere inkomensbronnen hebben, krijgen het te veel betaalde vervroegd terug. Hoewel de VVD-fractie er al eerder om had gevraagd en het graag ook sneller had gezien, is augustus blijkbaar het meest haalbare. Het zal dan ook echt geregeld moeten zijn. De aangekondigde brief van de staatssecretaris van Financiën hierover zal dan ook echt over de vorm moeten gaan en niet meer over de inhoud. Uitgangspunt dient te zijn dat er vanaf volgend jaar structureel met voorschotten wordt gewerkt.

Verder heeft het kabinet besloten tot een structurele tegemoetkoming op de ANW-uitkering, hetgeen per ANW-gerechtigde €116 per jaar extra betekent. Deze maatregel neemt echter het fundamentele punt dat mevrouw Schippers in het vorig algemeen overleg over de voortgang van de Zorgverzekeringswet heeft gemaakt, niet weg. Zij is nog steeds van oordeel dat wezen over hun uitkering geen premie zouden moeten betalen. Het betreft hier in omvang een heel kleine groep.

Ten aanzien van de inkomensafhankelijke premie die moet worden betaald als wordt gewerkt voor een persoonsgebonden budget (PGB) heeft de minister SVB Servicecentrum PGB gevraagd onderzoek te doen naar de omvang van deze groep en naar de inkomenseffecten. Wanneer is

dit onderzoek afgerond en wanneer komt het kabinet met een kabinetsreactie daarop?

Mevrouw **Kant** (SP) constateert dat ongeveer vier maanden na de invoering van de Zorgverzekering nog steeds sprake is van een behoorlijk groot aantal problemen die voor zowel patiënten/verzekerden als zorgaanbieders heel nare gevolgen met zich brengen. Storend is de manier waarop de minister met die problemen omgaat. Eerst ontkent hij ze vooral, vervolgens bagatelliseert hij ze om soms daarna ineens met een oplossing te komen. Het ware beter dat hij signalen van problemen meteen serieus neemt, zodat hij eerder kan werken aan een oplossing. Mevrouw Kant zegt niet alleen te staan in die kritiek. Zo stelt de Nationale ombudsman: «Mensen die al weinig te besteden hebben, komen in de problemen omdat de overheid tekortschiet. Overheidsorganisaties zijn dolgedraaid bij overhaaste veranderingen.» Daarbij doelt hij onder meer op uitkering van de zorgtoeslag, waarbij nog steeds het nodige mis gaat. Dagelijks krijgt mevrouw Kant berichten van mensen die nog steeds niet de zorgtoeslag hebben ontvangen en daardoor in zware financiële problemen zijn geraakt en in sommige gevallen zelfs hun huis dreigen te worden uitgezet. Heeft de minister overigens zicht op hoeveel mensen de zorgtoeslag überhaupt nog niet aangevraagd hebben maar er wel recht op hebben, in het bijzonder de moeilijk bereikbare groepen, zoals dementerende ouderen, daklozen en bewoners van instellingen? In dit kader doet mevrouw Kant ten einde de bureaucratie verder terug te dringen, de suggestie om wat betreft mensen die langdurig opgenomen zijn en een eigen bijdrage AWBZ moeten betalen, de zorgtoeslag automatisch te verrekenen met die bijdrage.

Binnen de premiesystematiek van de Zorgverzekeringswet wordt het PGB blijkbaar gezien als inkomen, hetgeen naar het oordeel van mevrouw Kant niet terecht is. Het is een budget dat mensen ontvangen om hun zorg in te kopen in plaats van dat ze beschikken over zorg in natura. Het gaat dan niet aan om hen daarover een inkomensafhankelijke premie te laten betalen. Zij verzoekt de minister dan ook deze omissie te herstellen. Met betrekking tot de positie van de pensionado's in relatie tot de Zorgverzekeringswet is de minister inmiddels terecht fors op de vingers getikt door de rechter. De Nationale ombudsman vindt het beleid van de minister op dit punt zelfs getuigen van niet behoorlijk bestuur. Kan de minister overigens wat specifiek ingaan op de positie van de pensionado's op de Nederlandse Antillen. Is er al zicht op een verdrag? Bij brief van hedenmorgen heeft de minister aan de Kamer meegedeeld dat met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 een wijziging zal worden doorgevoerd van de Regeling zorgverzekering in verband met aanpassing bijdrage verdragsgerechtigden. Uit de brief wordt evenwel niet duidelijk of de aanpassing alleen geldt voor de pensionado's dan wel of die zich uitstrekt tot alle remigranten in alle landen.

Veel verzekerden ervaren bij hun overstap naar een andere zorgverzekeraar nog steeds wel degelijk problemen. Waar per 1 mei aanstaande eenieder verzekerd moet zijn en de administratie bij een aantal zorgverzekeraars nog niet op orde is, krijgt mevrouw Kant graag de bevestiging van de minister dat wanneer de verzekerde buiten zijn schuld om per die datum nog niet ingeschreven is, deze dan geen boete wordt opgelegd.

Verder zijn er nog steeds berichten dat in tegenstelling tot gemaakte afspraken, koppelverkoop wat betreft aanvullende verzekeringen plaatsvindt, in de zin dat mensen zich alleen aanvullend mogen verzekeren als ze bij dezelfde verzekeraar ook de basisverzekering afsluiten. Wat is de reactie van de minister hierop?

Een ander probleem dat zich bij het overstappen van de ene naar de andere verzekering manifesteert betreft het feit dat, wederom in tegenstelling tot eerdere afspraken, in sommige gevallen mensen opnieuw een

machtiging moeten aanvragen voor hulpmiddelen. In Kamervragen heeft mevrouw Kant eerder al aandacht gevraagd voor dit probleem, kennelijk zonder resultaat. In feite is hier sprake van een vorm van risicoselectie die zo snel mogelijk de kop in moet worden gedrukt.

Zorgverzekeraars geven inmiddels te kennen af te willen van de acceptatieplicht. Juist daar die acceptatieplicht een van de pijlers in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is die solidariteit zou dienen te bewerkstelligen, neemt mevrouw Kant dan ook aan dat de minister flink afstand neemt van deze stellingname van de zorgverzekeraars. Er zou eerder een voorstel moeten komen dat ertoe leidt dat mensen niet zomaar uit hun verzekering kunnen worden gezet, juist waar het bij wanbetaling vaak gaat om mensen die zwaar in de problemen zitten. Het is van belang om bijvoorbeeld goede trajecten voor deze mensen op te zetten om huisuitzettingen als gevolg van de Zorgverzekeringswet te voorkomen. Dat zorgverzekeraars af en toe ook een goed idee hebben, bewijst wel hun verzoek om de no-claimregeling af te schaffen. Afschaffing ervan mag wat betreft mevrouw Kant echter niet leiden tot het in plaats daarvan invoeren van een eigen risico.

Wanneer gaat de minister nu echt werk maken van het waarborgfonds? Is hij bereid om dit op korte termijn op te pakken?

Dat gemeenten collectieve verzekeringen soms als drukmiddel gebruiken ten aanzien van aanspraken op gemeentelijke bijstand, is geen gewenste ontwikkeling en riekt zelfs naar chantage. Wat is de reactie van de minister hierop?

Met betrekking tot de problemen met huisartsendeclaraties kenmerkt de houding van de minister zich als: ontkennen, bagatelliseren en niet met een oplossing komen. Nadat in januari al bleek dat er grote problemen waren op dit punt, heeft de minister toegezegd deze te zullen oplossen. Er zijn afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars waaraan zij zich echter niet blijken te houden. In antwoord op eerdere Kamervragen van mevrouw Kant stelt de minister nogal bagatelliserend dat er geen problemen zijn omdat er afspraken zijn. Vervolgens geeft hij in antwoord op nadere Kamervragen aan, dat bij de veegploeg amper meldingen binnenkomen van problemen met huisartsendeclaraties. Dit staat in schril contrast met de informatie die mevrouw Kant heeft dat er op dit moment 150 meldingen liggen. Het wordt nu dan ook echt tijd dat de minister bij de zorgverzekeraars met de vuist op tafel gaat slaan om de problemen in ieder geval nog voor deze zomer op te lossen.

Daarnaast blijkt in tegenstelling tot gemaakte afspraken, dat bepaalde zorgverzekeraars niet in staat zijn problemen rond verrekeningen onderling op te lossen. Zo zijn er verzekeraars die gegevens van opzeggers gewoon kwijt zijn geraakt en derhalve niet eens meer kunnen verrekenen.

De heer **Heemskerk** (PvdA) geeft aan dat hoewel 1 mei op zichzelf een prachtige dag is, aangezien het de Dag van de arbeid is, het ook wel eens de Dag van de onverzekerden zou kunnen gaan worden. Het is namelijk de datum waarop echt zichtbaar moet worden wie nog niet is aangemeld voor de zorgverzekering. De minister heeft te kennen gegeven er naar te streven om medio mei een rapportage te plegen over het aantal onverzekerden. Waar hij heeft beloofd dat met het nieuwe zorgverzekeringsstelsel het aantal onverzekerden niet zou stijgen en dit voor hem ook een doelstelling is, zijnde VBTB-«proof», verzoekt de heer Heemskerk hem om niet alleen dat streven waar te maken maar om ook keihard toe te zeggen dat de Kamer vóór 17 mei aanstaande een rapportage krijgt met een eerste inschatting van het aantal onverzekerden. Mocht blijken dat dit aantal wel is gestegen, dan moet de oorzaak ervan wel degelijk worden gezocht in het nieuwe stelsel. In het oude stelsel was men automatisch verzekerd, was de betalingsachterstand enkele tientjes en waren de verzekeraars soepel, terwijl in het nieuwe stelsel het de eigen verantwoordelijkheid is

om zich te verzekeren, de betalingsachterstand enkele honderden euro's is en de verzekeraars een stuk minder soepel zijn.

Na onder andere de PvdA heeft inmiddels ook Zorgverzekeraars Nederland bij brief verzocht om afschaffing van de no claim per 1 januari 2007. Haalt de minister die planning en wil hij hier verklaren dat er voor die no claim geen eigen risico in de plaats zal komen, zeker niet een eigen risico inclusief huisarts?

Daar de zeer kortelings aan de Kamer gezonden brief van de minister over wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met aanpassing bijdrage verdragsgerechtigden nogal technisch van aard is, behoudt de heer Heemskerk zijn eindoordeel erover nog voor. De aanpassing vergt ook een wetswijziging die grondig behandeld zal worden in de Kamer.

Duidelijk is wel dat er een differentiatie naar landen komt en men bovendien betaalt voor het recht op zorg in Nederland bij terugkomst, hetgeen er uitziet als een redelijke mix. De minister heeft altijd aangegeven dat de zorgverzekeraars niet zomaar de polis van particulier verzekerden in het buitenland mochten opzeggen maar dat ze wel degelijk met een aanvulling moesten komen voor het gat dat er ontstaat tussen het buitenlandse ziekenfonds en de oude polis. De heer Heemskerk bereiken echter berichten dat bepaalde zorgverzekeraars wél zijn overgegaan tot opzeggingen zonder te komen met polissen om genoemd gat te dichten.

Geconstateerd kan verder worden dat over het algemeen de invoering van de Zorgverzekeringswet geen volstreekte chaos is geworden. Uitzondering hierbij is het CVZ, de enige dienst die rechtstreeks onder deze minister valt. De Belastingdienst en de verzekeraars hebben het redelijk netjes gedaan, terwijl het CVZ er werkelijk een potje van heeft gemaakt. Wat is de omvang van de achterstanden bij deze dienst?

In de voortgangsrapportage schrijft de minister dat 95% van de ziekenhuizen binnen een redelijke termijn betaald wordt door de verzekeraars. Is dat nog steeds zo?

In dezelfde voortgangsrapportage staat dat De Nederlandsche Bank stelt dat concurrentie op collectiviteiten vergt dat zorgverzekeraars hun prijszetting aanpassen. In feite sluit dit aan bij de visie van de PvdA-fractie dat de huidige korting op de collectiviteiten te fors is en dat deze derhalve teruggebracht moet worden. Onderschrijft de minister die visie?

De heer Heemskerk sluit zich aan bij de vragen van mevrouw Kant over de acceptatieplicht. Het kan en mag niet zo zijn dat de verzekeraars gaan morrelen aan deze belangrijke pijler van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel.

Mevrouw **Arib** (PvdA) vraagt allereerst specifiek aandacht voor de gevolgen van de nieuwe Zorgverzekeringswet voor Marokkaanse remigranten met een slechte sociaal-economische positie, waarover zij overigens al verschillende keren Kamervragen heeft gesteld, maar waarop de antwoorden onbevredigend waren. Voor de camera blijkt de minister overigens wel bereid om op dit punt toeschietelijker te zijn en om toezeggingen te doen. Zo heeft hij in Nova aangekondigd met voorstellen te zullen komen voor lagere zorgbijdragen voor gepensioneerden in het buitenland, met name Marokkaanse remigranten. Zoals in dezelfde televisie-uitzending werd getoond, verkeren heel veel Marokkaanse remigranten in grote financiële problemen sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Veel van hen leven van een klein AOW-pensioen waarvan sinds 1 januari zorgverzekeringspremie wordt afgetrokken, waardoor zij maar een paar tientjes overhouden voor het gehele gezin. In sommige gevallen is de AOW lager dan de zorgpremie en moet men dus zelf gaan bijbetalen. Ten aanzien van de AWBZ is de situatie nog schrijnender. Mensen betalen AWBZ-premie terwijl er geen AWBZ-voorzieningen in Marokko beschikbaar zijn. Refererend aan de in Nova door de minister gedane toezegging om de zorgpremie voor de desbetreffende

remigranten aan te passen, zou mevrouw Arib graag vernemen met ingang van welke datum die aanpassing zal plaatsvinden.

In een eerder schrijven verwijst de minister naar het recent gewijzigde verdrag met Marokko, waarbij hij ten onrechte de suggestie wekt dat het verdrag de oorzaak is van de hoge premies. Volgens mevrouw Arib heeft Nederland op grond van het verdrag het recht om een bijdrage te vragen maar kan het ook besluiten om dat niet of op een redelijke manier te doen. Binnen het verdrag heeft de Nederlandse overheid derhalve alle ruimte om de bijdrage die verdragsgerechtigde remigranten voor ziektekosten moeten betalen zodanig vast te stellen dat die in een redelijke verhouding staat tot de kwaliteit van het woonlandpakket en bovendien geen onevenredig deel van een laag inkomen beslaat. Wat is de reactie van de minister hierop?

Met betrekking tot de administratieve chaos rond de uitvoering van de Zorgverzekeringswet lijken er twee werkelijkheden te bestaan, te weten de werkelijkheid van de minister en de zorgverzekeraars en de werkelijkheid van de huisartsen. In het Vogelaar-akkoord is vastgesteld dat een nieuw zorgverzekeringsstelsel zonder ondernemers- en debiteurenrisico voor de huisartsen wordt ingevoerd. Huisartsen ervaren de uitkomsten van dat akkoord echter anders. Zij klagen nog steeds over de administratieve chaos bij de zorgverzekeraars. De LHV heeft laten weten dat sommige huisartsen zelfs hun praktijk hebben moeten sluiten als gevolg van de toenemende administratieve lastendruk. Huisartsen krijgen ongeveer 30% van de rekeningen onbetaald terug, omdat niet bekend is naar welke verzekeraar patiënten zijn overgestapt. Uit recent onderzoek onder huisartsen blijkt dat bijna 50% van hen binnen een half jaar in liquiditeitsproblemen komt en dat voor 32% van hen binnen twee maanden een acuut probleem ontstaat. Verder blijkt dat de huisartsen die digitaal declareren, weigeringen of afwijzingen op papier krijgen, met alle administratieve rompslomp als gevolg. Ook schijnen er zorgverzekeraars te zijn die een voorschot in het vooruitzicht stellen bij ondertekening van een contract. Mevrouw Arib acht de tijd dan ook rijp voor een onafhankelijk onderzoek om de administratieve problemen met betrekking tot de Zorgverzekeringswet in kaart te brengen op grond waarvan de noodzakelijke maatregelen kunnen worden genomen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks) vraagt allereerst aandacht voor het grote probleem rond de onverzekerden, als zijnde een van de vele nog «zeurende» kwesties sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet. In de voorliggende voortgangsrapportage is de reactie van de minister op dit punt nogal laconiek. De verzekeraars pleiten inmiddels voor afschaffing van de acceptatieplicht dan wel invoering van een zwarte lijst. Gelet op de bedoelingen van de Zorgverzekeringswet kan volgens de heer Vendrik evenwel nooit sprake zijn van afschaffing van de acceptatieplicht en hij vraagt de minister hem dit te bevestigen. Volgens zijn informatie is de minister bovendien geen voorstander van het hanteren van een zwarte lijst. De heer Vendrik zou liever zien dat naar analogie van de situatie in de energiesector, de zorgverzekeraars de ruimte krijgen om met gemeentelijke sociale diensten in contact te treden over problematische betalende. Op die manier wordt geïnvesteerd in een soort sociaal incassobeleid in plaats van dat paardenmiddelen worden ingezet zoals opheffing van de acceptatieplicht of hantering van zwarte lijsten.

Ten tijde van het debat over de Koppelingswet is heel nadrukkelijk aangegeven dat er voor illegalen een recht op zorg bestaat. In genoemde wet is daarbij gekozen voor de begripsomschrijving «medisch noodzakelijke zorg». In een interview met de minister van VWS op 28 januari jl. in NRC/Handelsblad zegt hij evenwel dat illegalen die zich melden bij een behandelaar «recht hebben op niet-uitstelbare zorg». Als dit citaat klopt, voert de minister in feite de Koppelingswet niet uit. De heer Vendrik hecht er zeer aan dat het in die wet gehanteerde begrip «medisch noodzakelijke

zorg» leidraad is en blijft voor medische hulp aan mensen zonder geldige verblijfspapieren. Hij vraagt de minister dan ook om de Koppelingswet als zodanig uit te voeren.

In de voortgangsrapportage geeft de minister aan dat een meldpunt onverzekerden is ingericht. Wat is de stand van zaken op dit moment? Hoeveel meldingen zijn er reeds binnengekomen en van welke aard zijn ze? Wordt er bekendheid gegeven aan de informatie die dat oplevert? Wordt die publiekelijk verstrekt?

De heer Vendrik pleit voor instelling van een waarborgfonds voor onverzekerden, zodat verzekeraars niet de maximale prikkel hebben om mensen zo snel mogelijk buiten de deur te zetten.

De hedenochtend bij brief van de minister ontvangen wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de aanpassing van de bijdrage verdragsgerechtigden houdt een premiedifferentiatie naar land in. Hoewel het ongetwijfeld een omvangrijke rekenexercitie zal vergen, gaat de heer Vendrik ervan uit dat, waar de minister eerst heeft geweigerd om in dezen in te gaan op verzoeken terzake vanuit de Kamer en het zelfs op een rechtszaak heeft laten aankomen, de implementatie van de nu in het vooruitzicht gestelde aanpassing geen maanden op zich zal laten wachten, maar dat die per 1 juli aanstaande zal kunnen worden ingevoerd, uiteraard met terugwerkende kracht tot 1 januari van dit jaar.

Door deze minister en de staatssecretaris van Financiën is herhaaldelijk toegezegd dat het onderzoeksrapport met betrekking tot de no claim, het eigen risico en de buitengewone-uitgavenaftrek, nog dit voorjaar gereed zou komen. Uit de meest recente brief van het kabinet hierover, komt naar voren dat het nog maar de vraag is of die termijn haalbaar is. Op deze manier zal het kabinet niet eens meer een besluit kunnen nemen om de no claim per 1 januari 2007 af te schaffen. De heer Vendrik hecht er zeer aan dat het kabinet genoemde toezegging gestand doet en dus nog voor de zomer met genoemd rapport komt, al dan niet vergezeld van een kabinetsstandpunt.

Antwoord van de minister

De **minister** wijst erop dat, zoals de meest recente voortgangsrapportage ook aantoont, de verzekeraars de afgelopen maanden een enorme hoeveelheid transacties hebben moeten verwerken. Dit geldt met name de 3 miljoen switches tussen de verschillende verzekeraars, die leiden tot minimaal 6 miljoen administratieve handelingen. Daar komt nog bij dat de mensen die wel bij hun zorgverzekeraars zijn gebleven, veelal hun pakket hebben gewijzigd. In totaliteit is er dan ook sprake geweest van een gigantische opgave voor de verzekeraars. Gegeven de omvang van deze operatie kan geconcludeerd worden dat deze zeer goed is verlopen. Het voorgaande laat onverlet dat bepaalde zaken nog niet goed verlopen. De Nationale ombudsman is op dit moment bezig met een onderzoek naar de gang van zaken tot nu toe bij het CVZ in relatie tot elders wonende Nederlandse gepensioneerden. De minister meent nu reeds de voorspelling te kunnen doen dat de uitkomst van dit onderzoek bepaald niet lovend zal zijn. Overigens heeft het CVZ de inspanningen inmiddels fors geïntensiveerd en worden achterstanden ingelopen en is de telefonische bereikbaarheid verbeterd. Gerealiseerd moet overigens wel worden dat het CVZ in dezen te maken heeft met een bijzondere klantenkring die ver van het thuisfront is verwijderd en daarom moeilijk te bedienen is. Daarnaast is met man en macht op het ministerie in zeer korte tijd gewerkt om tegemoet te komen aan de rechterlijke uitspraak over de bijdrage die geheven zou moeten worden voor deze specifieke groep, hetgeen geresulteerd heeft in de brief die de Kamer hedenochtend heeft ontvangen over een voorlopige wijziging van de Regeling zorgverzekering op dit punt. Die wijziging houdt in dat per woonland een tarief zal worden bepaald op basis van kostenneutraliteit, in de zin dat aan de in het buitenland

wonende Nederlander een bedrag in rekening wordt gebracht dat is afgestemd op de kosten in het desbetreffende land. Nederland neemt wat dit betreft onder de landen die onder de Europese wetgeving en verordeningen vallen, een unieke positie in, daar het als enige onderscheid maakt tussen het woonland en het eigen land. De uiteindelijke definitieve wijziging zal uiteraard sterk gelijken op de voorliggende voorlopige wijziging, hoewel niet uit te sluiten is dat er nog wel wat losse eindjes aan elkaar geknoopt moeten worden. Hoewel de rechterlijke uitspraak het niet vereist, heeft de minister besloten om de regeling ook van toepassing te laten zijn op verdragslanden, zoals Marokko, Turkije en de Kaapverdische Eilanden, hetgeen als gevolg zal hebben dat de premies daar zeer fors omlaag gaan. Het streven is erop gericht om de regeling per 1 juli voor de meeste uitvoerenden gebruiksklaar te hebben. Aan het eind van het jaar zal voor alle betrokkenen een eindafrekening volgen met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006, zodat eenieder uiteindelijk over het gehele jaar 2006 de aangepaste premie zal betalen. Desgevraagd door mevrouw Arib om ten aanzien van de remigranten met weinig inkomsten de inhouding van de nominale premie op te schorten totdat de definitieve regeling van kracht is, geeft de minister aan de mogelijkheden daartoe te onderzoeken. Op Aruba geldt een volledige volksverzekering voor eenieder die daar legaal woont, welke verzekering is te vergelijken met het voormalige Nederlandse ziekenfonds. De pensionado's aldaar hebben dan ook geen behoefte aan een heel dure regeling vanuit Europa. Hoewel de minister op zichzelf bereid is om met de Nederlandse Antillen een samenwerkingsverband op dit punt aan te gaan, is de belemmerende factor evenwel het ontbreken aldaar van een socialeverzekeringsstelsel. Binnenkort zal hij deze kwestie met zijn ambtgenoot van de Nederlandse Antillen bespreken. Met betrekking tot de in Brunssum werkende internationale NAVO-medewerkers wijst de minister erop dat Nederland voor gezinsleden geen overeenkomst heeft met de NAVO inzake uitzonderingen van de Nederlandse volksverzekeringen, hetgeen impliceert dat men verplicht AWBZ- en Zvw-verzekerd is. De NAVO beraadt zich nog over een aanpassing van de vestigingsovereenkomst met Nederland. Postactieve ambtenaren en postactieve militairen kunnen alvast de status van verdragsgerechtigde krijgen op het moment dat de desbetreffende pensioenregelingen door Binnenlandse Zaken en Defensie via Sociale Zaken bij de EU zijn aangemeld als pensioenregelingen in de zin van de Europese verordening ter zake. In de volgende voortgangsrapportage zal de Kamer hierover nader worden geïnformeerd. De minister bereikt berichten dat het probleem rond dubbel verzekerd zijn inmiddels grotendeels zijn opgelost. Verzekeraars hebben onderling afgesproken dat het initiatief voor het oplossen van het probleem bij de nieuwe verzekeraar ligt. Als er desalniettemin signalen zijn dat interventies richting bepaalde verzekeraars nodig zijn, zal de minister die zeker doorgeleiden naar de toezichthouder. Met betrekking tot de zeevarenden is de minister voornemens nader onderzoek te doen naar de hoogte van de desbetreffende zorgkosten die doorgaans op schepen worden gemaakt en naar de kwantiteit van een eventuele korting en de vormgeving ervan, waarbij hij toezegt de uitkomsten daarvan in de volgende voortgangsrapportage te verwerken. Problemen rond huisartsendeclaraties dienen te worden gemeld bij de veegploeg die deze vervolgens moet oplossen. Op basis van de huidige inventarisatie is sprake van drie grote klachten over de bevoorschotting, waarvan er inmiddels twee zijn opgelost en de derde klacht na behandeling door de rechtbank in Breda eveneens is opgelost. Daarnaast zijn er ongeveer 150 meldingen over individuele declaraties die zouden moeten worden afgedaan. Wat betreft de helft van die meldingen is contact opgenomen met de individuele zorgverzekeraars. De resterende 50% van de meldingen, die vooral technische problemen betreffen, is doorgeleid naar de helpdesk van VECOZO. Gelet op de totale omvang van het aantal

huisartsendeclaraties bij zorgverzekeraars is de hoeveelheid klachten naar het oordeel van de minister niet aanzienlijk te noemen. Naar verwachting zal de komende maanden het aantal klachten afnemen aangezien het verzekerdenbestand begint te stabiliseren. Afgelopen vrijdag zou er een meeting zijn van de drie partijen om gezamenlijk te overleggen over de voortgang van de veegploeg, maar dat overleg is op het laatste moment helaas afgezegd door de LHV. Voor een onafhankelijk onderzoek naar de gang van zaken rond de huisartsendeclaraties ziet de minister op dit moment geen aanleiding. Het streven is erop gericht dat de huisartsen en de zorgverzekeraars onderling tot een oplossing komen waarbij de minister zijn rol als procesbegeleider zal blijven spelen. Wel overweegt hij om mevrouw Vogelaar nader te betrekken bij de veegploeg, gelet op de nuttige rol die zij in het verleden heeft gespeeld om de betrokken partijen bij elkaar te krijgen.

Hoewel de minister had gehoopt om over het issue van de wanbetalers wat meer concrete informatie te kunnen verstrekken in dit algemeen overleg, blijkt er wat meer tijd nodig te zijn om samen met de verzekeraars deze zaak goed op orde te brengen. Voor alle partijen is wel evident dat carouselwerking, in de zin dat mensen om de drie maanden worden geroyeerd en vervolgens bij een andere verzekeraar ondergebracht worden, voorkomen moet worden. Alle partijen zien het als een uitdaging om mensen met betalingsproblemen zo lang mogelijk bij de verzekeraar te houden. Dit zou kunnen betekenen dat verzekeraars die bereid zijn om de desbetreffende personen langer bij zich te houden, hiervoor een bepaalde compensatie ontvangen. Op grond daarvan gaan verzekeraars momenteel de mogelijkheden na van een soort interne pooling, een optie waar de minister op zichzelf sympathiek tegenover staat. Verder is het de bedoeling dat er progressief een zwaarder incassobeleid wordt gevoerd. Langs deze hoofdlijnen wordt geprobeerd een systeem te ontwikkelen, waarbij enerzijds de druk op de verzekerden wordt vergroot tot correct betaalbedrag en anderzijds een zekere bescherming aan de verzekerden wordt geboden. De acceptatieplicht als zodanig staat niet ter discussie, maar duidelijk is wel dat nog een fors aantal stappen moet worden gezet om het probleem van de wanbetaling aan te pakken. Op vrij korte termijn zal de minister de Kamer berichten over de voortgang op dit punt.

Het Inlichtingenbureau zal gegevens doorsluizen naar de sociale diensten over personen die betalingsachterstand hebben zodat deze diensten snel kunnen ingrijpen. Volgens de laatste informatie zal het Inlichtingenbureau per 1 juni aanstaande deze taak concreet gaan uitvoeren.

Verzekeraars hebben in feite de wettelijke mogelijkheid om verzekerden die de premie niet betalen te royeren, maar aangezien het traject van het zoeken naar oplossingen nog gaande is, hebben zij toegezegd zich in dezen zeer terughoudend op te stellen.

Op dit moment liggen er geen plannen voor om een zwarte lijst introduceren. Wel onderschrijft de minister het standpunt van het CBP dat een zwarte lijst tot de mogelijkheden kan behoren als andere middelen, zoals het uitschrijfbewijs met een aantekening, niet voldoende effect blijken te hebben. Hoewel hij ook geen principiële bezwaren tegen een degelijke lijst heeft, meent de minister dat vooralsnog zonder die lijst de nodige resultaten te bereiken zijn om wanbetaling tegen te gaan en te voorkomen.

Het signaleringspunt onverzekerden betreft een meldpunt op de website en heeft vooral tot doel om kwalitatieve informatie te geven. Sinds half maart zijn er 27 meldingen gedaan op een groep die, volgens persoonlijke inschattingen van melders, ongeveer 7000 onverzekerden omvat. De meldingen zijn vooral afkomstig van huisartsen en verloskundigen en eigenlijk nauwelijks van welzijns- en belangenorganisaties en helemaal niet van gemeenten en ziekenhuizen. Met name betreft het mensen die in 2005 ook niet verzekerd waren en van wie vermoed wordt dat dit in 2006 ook het geval zal zijn. Hierbij gaat het voornamelijk om mensen tussen de

20 jaar en 65 jaar die veelal leven van een sociaal minimum en schulden hebben.

Op het verzoek van de heer Heemskerk om de Kamer vóór 17 mei aanstaande een overzicht te sturen van het aantal onverzekerden kan de minister niet ingaan. Het CBS zal uiterlijk 1 juni cijfers ontvangen uit het verzekerdenbestand waarna het hoopt vóór 1 juli een eerste grove indicatie te kunnen geven van het aantal onverzekerden. Het CBS geeft verder aan dat nog onduidelijk is of die grove indicatie vergelijkbaar zal zijn met de cijfers van voorgaande jaren, aangezien sprake is van een ander meetmoment en van een verschil in verzekeringssoort, te weten basisverzekering versus particulier en ziekenfonds, terwijl andere databronnen ook nog een rol spelen. Het CBS verwacht vóór 1 november het definitieve cijfer te kunnen publiceren. Desgevraagd door de heer Heemskerk zegt de minister toe om op basis van cijfers van Vektis vóór 1 juni reeds cijfers te leveren, die dan wel met grote slagen om de arm zullen moeten worden benaderd.

Van de sluitendheid van de oplossingen die in samenspraak met de verzekeraars nog gevonden moeten worden, zal de noodzakelijkheid van de oprichting van een waarborgfonds afhangen. De minister zegt toe de Kamer nog voor het zomerreces inzicht te geven in de ontwikkelingen van de twee thans bestaande voorzieningen terzake.

Op 11 november 2005 is Actal advies gevraagd over de laatste fase van de lagere regelgeving in het kader van de Zvw. Op 8 december is dat advies ontvangen met daarin onder meer het verzoek om in april 2006 het meest actuele totaalbeeld te presenteren van de administratieve lasten voor burgers en bedrijven. Een reactie op het advies van Actal is gegeven in de toelichting bij de regeling Zvw. De door Actal gevraagde reactie over het totaalbeeld, dat zal worden samengesteld op basis van alle beschikbare gegevens en informatie, zal, zoals het zich nu laat aanzien, nog deze maand of snel daarna gereedkomen, waarvan de Kamer een afschrift zal ontvangen.

De heer Omtzigt heeft gevraagd of schade door terrorisme ook gedekt zal worden boven de wettelijk bepaalde 1 mld. Deze kwestie betreft niet alleen zorg maar ook herstel van infrastructuur, compensatie van de landbouwsector etc. Het eventueel bepalen van ongedekte zorgschade is pas mogelijk als het totaalbeeld bekend is. Uitgangspunt daarbij is dat alle zorgkosten voor individueel verzekerden zo veel mogelijk zullen worden vergoed, afhankelijk van aard en omvang van de ramp, aansprakelijkheid van schade en mogelijke dekking via reguliere verzekeringen.

Desgevraagd door de heer Omtzigt zegt de minister toe zich ervoor in te spannen dat een brief van Financiën en VWS over dit onderwerp nog voor eind mei de Kamer zal bereiken.

Met de Zorgverzekeringswet is het proces ingezet richting een vraaggestuurd stelsel. De huidige indruk is dat de rechten van cliënten fatsoenlijk zijn vastgelegd. Mede op verzoek van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie wordt op dit moment de wenselijkheid van een aparte consumentenwet in dezen onderzocht, waarin de positie van de cliënten op alle aspecten nog eens goed wordt vastgelegd, aangezien die momenteel wellicht nog wat te versnipperd is. Genoemd onderzoek zal binnenkort afgerond worden, zodat de Kamer het nog voor de zomer tegemoet kan zien.

Met betrekking tot de wezen wijst de minister erop dat ook kinderen die werken, een inkomensafhankelijke bijdrage betalen. Het betreft hierbij een inkomensbestanddeel dat ook volgens de toenmalige Ziekenfondswet met een inkomensafhankelijke ziekenfondspremie werd belast.

Het kabinet is voornemens om ten aanzien van de positie van de DGA met ingang van 1 januari 2007 een regeling te treffen, waarover de Kamer overigens nog nader zal worden bericht. In ieder geval zal per 1 januari 2008 en indien mogelijk per 1 januari 2007 de DGA onder het verlaagde tarief van 4,4% worden gebracht. Mocht het niet per 1 januari 2007 lukken,

dan zal een ander (fiscaal) vehikel worden gezocht om de compensatie tot 1 januari 2008 te bieden. Doordat de nominale premie dit jaar lager is uitgevallen dan gedacht met als gevolg dat de inkomensafhankelijke bijdrage dit jaar ook te hoog is vastgesteld, hetgeen volgend jaar dus gecorrigeerd dient te worden, levert dit de financiële ruimte op om de DGA-maatregel in te passen.

De precieze informatie over de uitvoeringsachterstanden bij het CVZ zal de minister de Kamer op zo kort mogelijke termijn schriftelijk doen toekomen. De door mevrouw Schippers bepleite coulance in dit overgangsjaar jegens cliënten die buiten hun schuld te laat verzekerd zijn, zal zeker worden betracht door het CVZ.

De minister is de mening toegedaan dat zorgverzekeraars niet eenzijdig de polis van particulier verzekerden in het buitenland mogen opzeggen zonder met een aanbieding te komen om het gat op te vullen dat ontstaat tussen het buitenlandse ziekenfonds en de oude polis. Inmiddels is er een aantal rechtszaken geweest die de eisers, die bezwaar hadden tegen te hoge kosten, hebben verloren. Het is aan de desbetreffende twee partijen om het nu onderling op te lossen.

Indien de verzekeraar onder de kostprijs heeft geoffreerd zal deze van De Nederlandsche Bank de verplichting krijgen tot het treffen van een voorziening. Berekeningen van het CPB geven aan dat naar verwachting de premiestijging volgend jaar vooral wordt veroorzaakt door de gewone kostenontwikkeling in de zorg en de fifty/fifty-verdeling tussen inkomensafhankelijke premie en nominale premie. Het CPB verwacht dat volgend jaar de premie met slechts €11 op jaarbasis zal stijgen als gevolg van wellicht iets te lage premies in dit jaar. Van een massale prijsdumping dit jaar is vooralsnog dus geen sprake.

In eerste aanleg is het toegestaan dat de verzekeraar vereist dat wanneer een cliënt bij hem een aanvullende verzekering afsluit, deze dan ook bij hem de basisverzekering afsluit. De Zorgverzekeringswet voorziet er wel in dat wanneer het volgende jaar die verzekerde alleen zijn basisverzekering wil onderbrengen bij een andere verzekeraar en hij zijn aanvullende verzekering wil handhaven bij de eerste verzekeraar, dit mogelijk is.

Zoals hij heeft toegezegd aan de Eerste Kamer, zal de minister in de eerste helft van juni met een evaluatie komen van de no-claimregeling, inclusief kabinetsstandpunt. Gelet op de tijd die echt nodig is voor de evaluatie, zal deze niet, zoals wel door de heer Omtzigt gewenst, vóór 20 mei aanstaande de Kamer kunnen bereiken. Daar met de no claim, die als zodanig voortkomt uit een belangrijke afspraak in het regeerakkoord, een groot financieel belang is gemoeid, is het volgens de minister niet waarschijnlijk dat dit instrument zomaar in rook zal opgaan. Zoals in de voortgangsrapportage is gemeld, hebben inmiddels zo weinig mensen gebruik gemaakt van het eigen risico, dat het probleem van het niet goed aansluiten van eigen risico en no claim betrekkelijk gering is geworden. Met betrekking tot de zorgverlening aan illegalen is uitgangspunt de omschrijving die tijdens de behandeling van de Koppelingswet is gebezigd en die sindsdien in de praktijk wordt gehanteerd. Die luidt: «Het moet gaan om een situatie waarin de verlening van medische zorg niet kan worden onthouden of uitgesteld zonder het leven of de gezondheidstoestand van betrokkene dan wel de Nederlandse volksgezondheid in gevaar te brengen.» Naar het oordeel van de minister past daarin wel degelijk dat uitstelbare zorg niét wordt verleend. De beoordeling of behandeling medisch noodzakelijk is ligt uiteraard altijd bij de arts.

In reactie op de suggestie van mevrouw Kant om wat betreft mensen die langdurig opgenomen zijn en een eigen bijdrage AWBZ moeten betalen, de zorgtoeslag automatisch te verrekenen met die AWBZ-bijdrage, merkt de minister op dat in het kader van het traject van het terugdringen van de administratieve lasten van de burgers, het uiterste wordt gedaan om dergelijke zaken zo veel mogelijk met elkaar te doen laten sporen en om

een en ander zo veel mogelijk op gelijke gegevens te baseren. Hij zegt toe na te zullen gaan hoe de suggestie van mevrouw Kant hierbij betrokken kan worden.

De Kamer zal nog schriftelijk worden geïnformeerd over het tijdstip waarop het onderzoek naar het PGB zal zijn afgerond. In het kader van dat onderzoek zal ook ingegaan worden op de specifieke vraag van mevrouw Kant over het PGB in relatie tot de premiesystematiek van de Zvw. Een en ander zal worden verwerkt in de voortgangsrapportage die de Kamer nog voor de zomer zal bereiken.

In dezelfde voortgangsrapportage zal ook ingegaan worden op de vraag van de heer Omtzigt over de wijze waarop de moties inzake het vereveningsstelsel zullen worden uitgevoerd.

De minister bevestigt de heer Heemskerk dat van de situatie zoals die in de laatste voortgangsrapportage is beschreven, namelijk dat 95% van de ziekenhuizen binnen een redelijke termijn door de verzekeraars betaald wordt, nog steeds sprake is.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Smilde** (CDA) vraagt wat betreft het betalingsregime voor verzekerden naar de mogelijkheid en haalbaarheid van een verplichte automatische incasso, mede in relatie tot eventuele strijdigheid met privacybescherming.

De heer **Omtzigt** (CDA) dringt er met de allergrootste klem bij de minister op aan dat het voorstel over de na claim uiterlijk 15 juni bij de Kamer ligt. Verder gaat hij ervan uit dat in de eerstvolgende voortgangsrapportage die voor de zomer zal verschijnen, gemeld zal kunnen worden dat het probleem rond de huisartsendeclaraties zal zijn opgelost. Het kan niet zo zijn dat huisartsen de voorschotten die ze in december toegezegd zijn, in mei nog steeds niet hebben ontvangen.

Mevrouw **Schippers** (VVD) heeft nog geen antwoord van de minister gekregen op haar vraag over postbus 51 en de website en haar vraag over de 65-plussers met meerdere inkomensbronnen.

De redenering die de minister hanteert ten aanzien van de wezen is in de ogen van mevrouw Schippers wel degelijk omkeerbaar. Daar wezen rechtstreeks een uitkering krijgen om in hun levensonderhoud te voorzien, kan gesteld worden dat zij in tegenstelling tot de niet-wezen met een bijbaantje niet gratis meeverzekerd zijn.

Mevrouw **Kant** (SP) vindt de toezegging van de minister dat hij zijn uiterste best zal doen om het probleem rond de huisartsendeclaraties op te lossen, niet voldoende. Hij zal in dezen de regie moeten nemen teneinde dit probleem op de kortst mogelijke termijn op te lossen. Geen antwoord heeft zij gekregen op haar vraag hoeveel mensen wel recht hebben op de zorgtoeslag maar deze om welke reden dan ook nog niet hebben aangevraagd. Ook verneemt zij nog graag een reactie op haar vraag over de hulpmiddelen en op haar vraag over gemeenten die collectieve verzekeringen soms als drukmiddel gebruiken ten aanzien van aanspraken op gemeentelijke bijstand.

De heer **Heemskerk** (PvdA) constateert dat dit algemeen overleg goed nieuws betekent voor DGA John de Mol en de in het buitenland wonende Nina Brink, maar dat er voor de alleenstaande die al drie jaar lang op het sociaal minimum zit nog steeds niet gebeurt.

Ten slotte vraagt hij of de minister het uitvoeringstechnisch haalbaar acht om in september het politieke besluit te nemen inzake wijziging van de no-claimregeling.

Mevrouw **Arib** (PvdA) vraagt de minister binnen welke termijn hij het probleem van de remigranten in relatie tot de Zvw opgelost denkt te hebben.

Zij betreurt het ten zeerste dat de minister niet wil instemmen met haar suggestie om een onafhankelijk onderzoek in te stellen naar de problemen rond huisartsendeclaraties. Zijn houding doet eerder de vraag opkomen of hij iets te verbergen heeft. Mevrouw Arib verzoekt de minister om ieder geval voor 1 juni een brief naar de Kamer te sturen waarin hij aangeeft hoe deze problematiek zal worden opgelost.

De heer **Vendrik** (GroenLinks) noteert dat deze minister de huisartsendeclaratieproblemen op zeer korte termijn gaat oplossen en dat de vaste Kamercommissie voor VWS in de derde week van juni het debat met hem zal voeren over de no claim.

Daarnaast gaat de heer Vendrik ervan uit de minister ten aanzien van medische zorg aan illegalen zich houdt aan wat daarover in de Koppelingswet staat en dat daarmee diens uitspraken in NRC/Handelsblad over niet uitstelbare zorg van tafel zijn.

Ten aanzien van de remigranten verneemt de heer Vendrik graag wat de minister precies beoogt met eventuele heronderhandelingen over de bestaande verdragen met Turkije en Marokko.

Ten slotte verzoekt hij om een snelle en soepele oplossing ten aanzien van de situatie van met name remigranten met een gedeeltelijke AOW-uitkering die te veel zorgpremie betalen.

Het is verheugend dat de minister geen behoefte heeft aan opschorting van de acceptatieplicht en aan hantering van een zwarte lijst, waarbij ervan uitgegaan mag worden dat hij in dezen vooral ziet op verzekeraars die een sociaal incassobeleid willen voeren. In dat licht doet de heer Vendrik nogmaals de suggestie tot instelling van een waarborgfonds.

De **minister** wijst erop dat waar er al collectieve werkgeverscontracten bestaan die verplichten tot automatische incasso, hij er geen enkel probleem mee zou hebben als hetzelfde systeem zou worden toegepast op collectieve contracten voor bijstandsgerechtigden. Het stelt de verzekeraars in staat om daarmee de kosten en dus ook de premie te drukken. Het kabinetsstandpunt over de no claim zal vóór 15 juni bij de Kamer liggen. Het zal vervolgens een heroïsche prestatie van beide Kamers vergen om het tijdig te behandelen.

Daar in het Vogelaar-akkoord voorzien is dat de declaratiesystematiek bepaalde administratieve lasten voor de huisartsen met zich zou brengen, is ter compensatie een bedrag van 10 mln. vrijgemaakt dat vervolgens is versleuteld in de tarieven. Daarnaast wijst de minister erop dat het in dezen gaat om een kwestie tussen twee partijen die op een ordentelijke manier zaken met elkaar moeten kunnen regelen. In het besef dat de kwestie sterk samenhangt met de overgang naar het nieuwe zorgverzekeringstelsel is de minister er ook bij betrokken en zal hij in die hoedanigheid ook alles doen wat in zijn vermogen ligt om de zaak vlot te trekken. Hij streeft ernaar om binnen tien dagen de twee partijen weer aan tafel te krijgen. Over de resultaten van dat overleg zal hij de Kamer daarna zo spoedig mogelijk informeren.

Op dit moment bestaat nog geen volledig inzicht in de mate van ondergebruik van de zorgtoeslag. De minister zal zich met de staatssecretaris van Financiën verstaan teneinde dit in kaart te brengen, waarna laatstgenoemde in zijn voortgangsrapportage de Kamer hierover nader zal informeren.

In het geval verzekeraars zich niet houden aan de gemaakte afspraken over de vergoeding van hulpmiddelen, zal de weg naar de geschillencommissie gevolgd moeten worden. Hoewel de desbetreffende overgangsregeling volgend jaar vervalst, moge het duidelijk zijn dat de verzekeraars er zelf ook belang bij hebben om dit op een vlotte en adequate manier op

te lossen, ook om hun eigen kosten drukken. Zij moeten dus gewoon aan hun zorgplicht blijven voldoen.

De minister zegt toe zijn uiterste best te doen om de Kamer vóór 1 juni een eerste inzicht te geven in de onverzekerdenproblematiek.

De uitkomst van dit algemeen overleg is naar het oordeel van de minister niet alleen goed nieuws voor John de Mol en Nina Brink maar zeer zeker ook voor remigranten in bijvoorbeeld Marokko aangezien die echt veel minder zorgpremie gaan betalen dan nu het geval is.

De realisatie van een waarborgfonds hangt in sterke mate samen met de oplossing van de wanbetalersproblematiek. Een dergelijk fonds is overigens niet zo zeer interessant voor de verzekeraars als wel voor de zorgaanbieders.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen