

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 65

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 30 januari 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 14 december 2005 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 20 september 2005 inzake brochures «Ziektekostenverzekering in Nederland, het nieuwe zorgverzekeringsstelsel 2006» en de «Financiële gevolgen van de nieuwe zorgverzekering» (29 689, nr. 15);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 4 oktober 2005 inzake Premielasten Zorgverzekeringswet 18- en 19-jarigen (29 689, nr. 26);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 12 oktober 2005 inzake Overzicht bijdragepercentages Zvw 2006 (29 689, nr. 29);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 28 oktober 2005 inzake Kamervragen CDA-voorlichting Zvw/Wzt en verzoek heer Heemskerk om voorlichtingstelefoonnummer (29 689, nr. 32);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 2 november 2005 inzake Derde voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 31);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 18 november 2005 inzake ziektekostenverzekering Nederlanders in het buitenland (VWS 050162);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 18 november 2005 inzake Rekenhulp (29 689, nr. 36);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 7 december 2005 inzake Vierde voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 46);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 12 december 2005 inzake beantwoording commissievragen inzake de Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 45);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 13 december 2005 inzake de positie van onverzekerden na invoering van de Zorgverzekeringswet en het rapport «Zorg verzekerd» (29 689, nr. 47).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

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) en 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) en Nijs (VVD).

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Smilde** (CDA) constateert dat de invoering van de Zorgverzekeringwet goed op de rails staat. Getuige het gisteren ontvangen rapport Zorg verzekerd heeft de minister de zorgen van de Kamer over de onverzekerden serieus genomen. Het is een goede ontwikkeling dat gemeenten de collectieve aanvullende verzekering voor bijstandsgerechtigden inmiddels op grote schaal combineren met een collectieve basisverzekering. Haar fractie steunt het idee van de signalering van betalingsachterstand. Zij verzoekt de minister beleidsinhoudelijk een koppeling van gegevensbestanden voor te bereiden en indien nodig tijdig gereed te hebben, bijvoorbeeld in april 2006.

Een tweede groep potentieel onverzekerden zijn mensen met een laag inkomen die wellicht door diverse oorzaken hun premie niet betalen, niet alleen mensen met een bijstandsuitkering. Haar fractie is hier voor een stappenplan: eerst een uitschrijfbewijs met een begeleidend schrijven en pas later, indien nodig, een zwarte lijst. Zij vraagt of zo'n uitschrijfbewijs voldoet aan de eisen van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Ook is het cruciaal dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wil meewerken. Wat is hierop de reactie van de minister?

Het waarborgfonds lijkt een goede zaak, maar zij wacht de nadere invulling van de plannen door de minister af. Zal daarin de acute zorg voor onverzekerden worden meegenomen?

Zij vraagt naar uitvoering van de motie over Nederlanders in het buitenland, die de vorige week is aangenomen. Moeten zij zich inschrijven als zij wel het formulier E-121 maar nog geen aanbod voor een aanvullende verzekering hebben ontvangen? Worden zij hiervan op de hoogte gebracht? Wat zijn de consequenties van het doorlopen van verzekeringen voor de AWBZ? Hoe worden IZA-verzekerden in niet-verdragslanden op de hoogte gebracht?

Verordening 1408/71 voorkomt dat mensen dubbel of niet verzekerd zijn. Legt deze verordening een plicht of een bevoegdheid op aan de Nederlandse overheid om het zo te regelen of staat het de overheid vrij de mensen zelf te laten kiezen? Hoe voorkomt men dan een dubbele verzekering? CZ heeft in een brief van 8 december 2005 geschreven dat de buitenlandpolis zal worden vervangen door een zorgpolis. Deze verzekeraar vindt het te kostbaar om voor elk land een aanvullende polis te ontwikkelen en kiest voor het minst ontwikkelde woonlandpakket, hoewel dit dubbel verzekeren betekent. Waarvoor dient dan verordening 1408/71? Hoe staat het thans met de buitenlandpolissen?

De heer **Omtzigt** (CDA) stelt de volgende vragen, onder andere over de ICT en de invoering naar aanleiding van het rapport van PricewaterhouseCoopers (PwC) hierover.

- Zijn alle verzekeraars erin geslaagd iedereen op 15 december een polis te sturen?
- Is er een akkoord tussen verzekeraars om bij de overstap de na 1 januari 2006 aan een andere verzekering betaalde premies te verrekenen?
- Vindt de minister dat verzekeraars niet twee maanden mogen wachten met het overmaken van de betaalde oude premie aan de nieuwe verzekeraar en dat het automatisch overmaken van betaalde premies gegarandeerd moet zijn?
- Zullen de ziekenhuisnota's van na 1 januari 2006 bij de overstap al wel door de verzekeraars onderling worden verrekend en is het aangekondigde akkoord daarover inmiddels gereed?
- Hoe staat het nu met de IT-systemen voor claimverwerking bij de verzekeraars?
- Diagnose-behandelingcombinaties (DPC) worden een jaar nadat zij zijn geopend gefactureerd. Wellicht is de no claim dan al uitbetaald. PwC

- ziet problemen met navorderingen van mensen die zijn overgestapt of overleden. Hoe staat het met de uitvoering van de motie dat geen terugbetaling van de no claim mag plaatsvinden?
- Zijn fractie is blij met de collectiviteiten en met het feit dat de bedongen korting niet meetelt bij de zorgtoeslag. Wel is zij verbaasd over de antwoorden op de koopkrachtvraag voor mensen met een verzekering tegen een AOW-hiaat, een WAO-hiaat en een ANW-hiaat. Kan de minister zorgen voor een tijdelijk nultarief voor de bestaande gevallen in deze categorieën, zoals toegezegd in de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet?
 - Hoe staat het met de regelingen voor ambtenaren en voormalige ambtenaren?
 - Bij een terroristische aanslag wordt in het huidige voorstel de rekening van slachtoffers niet of maar gedeeltelijk vergoed. Spreker vraagt een toezegging dat dit nooit het geval kan zijn in Nederland. Zijn fractie overweegt de voorrangprocedure te starten en dit in de wetgeving te laten vastleggen.
 - Is de minister van plan het advies van het College voor zorgverzekeraars (CVZ) te volgen over zeevarenden? Wat zijn de gevolgen voor deze groep, die op een schip zelf zorg draagt voor een arts?

De heer **Heemskerk** (PvdA) stelt dat het gevecht om de markt hard wordt gespeeld. Enerzijds via de prijs, anderzijds via misleidende reclame. Men belooft in de aanbiedingen zaken die sowieso gelden, zoals eigen huisartskeuze en verzekerd zijn in het buitenland. De grootste vier verzekeraars met een particuliere poot zetten hun extra vrije vermogens in om de anderen eruit te drukken en later hun premies te verhogen. Hij vraagt de toezegging dat er per 1 maart 2006 een oordeel van De Nederlandsche Bank zal komen over de solvabiliteitseffecten, over wat er zal gebeuren met de premies en de verzekerden als een zorgverzekeraar failliet gaat. Ook moet er dan een oordeel komen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) of de NMa over de huidige prijzen in de collectieve contracten. Hij wenst hierover een zeer uitgebreide rapportage van de minister.

Er bestaat veel onzekerheid over het pakket, de premies en de rekeningen wanneer men tussen 1 januari en 1 mei 2006 overstapt naar een andere verzekeraar. Het overstappen moet voor klanten zo makkelijk mogelijk worden gemaakt en de verzekeraar waarnaar men overstapt zou alles moeten regelen. Spreker pleit daarom voor een door de overheid uitgereikte groene kaart waarop een klant slechts hoeft aan te geven dat hij van de ene naar de andere verzekeraar overstapt. Ook de verzekeraars zelf vragen op blz. 7 van het PwC-rapport om afspraken en coördinatie rond de premies en nota's bij het overstappen.

In het rapport Zorg verzekerd wordt de bal doorgespeeld naar de gemeenten. Het bereik van de nota is te gering en spreker verzoekt hierbij ook de sociale minima te betrekken. Het probleem van de onverzekerden doet zich voor omdat is gekozen voor een stelsel met een verzekeringsplicht, een hoge nominale premie en de toeslagen. Hij wil niet meer onverzekerden dan er nu zijn.

Huisartsen moeten onafhankelijk blijven. De deal van verzekeraar Meeùs met huisartsen roept vraagtekens op, want een huisarts mag niet adviseren over polissen. Een tussenpersoon heeft immers een vergunning nodig. Hoe staat het met het toezicht op de tussenpersonen? Betaalt Meeùs provisie aan de huisartsen? Worden de huisartsen commercieel gedreven? Wordt een tweede polis afgesloten voor het personeel van de huisartsen, zodat huisartsen hierbij voordeel hebben? Wat is afgesproken over de tarieven? Gaan die terug naar een aparte stichting of, bij een verschuiving, van de tweede naar de eerste lijn?

Hij wil van de minister vernemen dat de Autoriteit Financiële Markten (AFM) toezicht houdt op het financiële deel en het College tarieven gezondheidszorg (CTG) op het tarievendeel.

Hoe is de situatie opgelost voor iemand met drie werkgevers of drie pensioenfondsen, bij wie dus driemaal een inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven?

Wanneer zal de zorgtoeslag worden uitgekeerd: op 20, 27 of 31 december?

Hoe groot is de meevaller op de zorgtoeslag; bedraagt die 500 mln.? Tot wanneer blijft die op de begroting van VWS?

Loopt het inschrijven van patiënten bij huisartsen volgens planning?

Zal het verzekeraars lukken de rekeningen van huisartsen te betalen die zij per 1 januari 2006 zullen sturen?

Op een vraag van de heer Omtzigt antwoordt hij dat iedereen moet kunnen profiteren van een premieverlaging in de zorg en niet alleen de hogere inkomens, zoals in het nieuwe stelsel het geval is. Van de lage inkomens wordt de zorgtoeslag vanaf 1 mei 2006 ingehouden. Het geld van de zorgtoeslag is bedoeld voor de lagere en middeninkomens. De PvdA-fractie wil via amendementen de meevaller van 300 mln. inzetten om de ongelijke inkomensverdeling meer recht te trekken.

Mevrouw **Schippers** (VVD) stelt dat het een twistpunt blijft of Nederlanders in het buitenland kunnen worden verplicht zich te verzekeren via de Nederlandse Zorgverzekeringswet. Volgens de minister is dit volgens het Europese sociale zekerheidsverdrag het geval en spreeker neemt aan dat hij zich goed heeft laten adviseren. Uit het spoeddebat van 6 december jongstleden is gebleken dat particuliere polissen niet onte-recht mogen worden opgezegd en dat de opzeggingen moeten worden teruggedraaid. Zij gaat ervan uit dat dit snel zal gebeuren. De premie van de restverzekering is nu dus relevant. Haar fractie heeft mails ontvangen over aanvullende polissen tegen een veelvoud van de bijdrage voor het woonlandpakket. Met dit soort bedragen is de plicht een verzekering door te laten lopen een wassen neus. De polissen moeten volgens juristen tegen een redelijke premie worden aangeboden. Wat is hierop de reactie van de minister?

Haar fractie heeft berichten ontvangen dat Nederlanders in het buitenland worden geweigerd door het ziekenfonds ter plaatse op basis van medische en leeftijdselectie. Dit is onacceptabel. Het Europese verdrag is er om onverzekerde en dubbel verzekerd zijn te voorkomen. De berichten betreffen vooral Duitsland, Frankrijk en Italië. Zij vraagt de minister dit na te trekken voor alle verdragslanden en zo nodig actie te ondernemen. Zij heeft schriftelijk en in het spoeddebat verzocht dat wordt bijgehouden wat Nederlanders in het buitenland nu aan bijdragen betalen en wat aan die landen wordt vergoed. Zo kan men na een jaar vaststellen in hoeverre de klacht terecht is dat zij veel meer betalen dan gebruiken. Op grond daarvan kan men overwegen om eventueel te differentiëren in premie. Zij heeft vernomen dat Nederland wat het ziekenfonds betreft bijlegt op de rekeningen uit het buitenland.

Bij de ambtenaren was de ziektekostenverzekering onderdeel van de arbeidsvoorwaarden. Per 1 januari gaan zij over naar de Zorgverzekeringswet, maar de onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden zijn nog niet afgerond. Dit zal leiden tot veel onrust: de betaling loopt, maar de compensatie nog niet. Hoe staat de minister hierin?

Wat is de reactie van de minister op het CVZ-advies van 13 oktober 2005 over de zeevarenden en op vragen uit de branche?

Zij gaat in op enkele aanbevelingen uit het rapport Zorg verzekerd. Zij is het niet eens met de aanbeveling om een uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven te verkiezen boven een lijst van wanbetalers. De hele bevolking wordt in het eerste geval opgezaald met een extra administratieve handeling. Haar fractie is voor een lijst van wanbetalers. Zij vraagt ook waardoor men niet een zwarte lijst mag opstellen van wanbetalers aan zorgverzekeraars en wel van allerlei andere wanbetalers.

De werkgroep beveelt aan om via het Inlichtingenbureau de gemeenten een signaal te geven dat een bijstandsgerechtigde een betalings-

achterstand heeft in de premiebetaling. Dat zal al gebeuren bij een premieachterstand van één maand. Vindt de minister dat niet een erg drastische en op de privacy inbrekende maatregel? Als men al na één maand ingrijpt via het Inlichtingenbureau, krijgt men bovendien ook alle foutjes en te late betalingen door.

De koppeling van bestanden wordt beleidsinhoudelijk voorbereid. Zij wijst dit niet af, maar deelt de twijfels in het rapport over het nut en de proportionaliteit van de bestandskoppeling. Het is een zware maatregel als men op basis daarvan de verzekerde alleen een herinneringsbriefje stuurt. Met moet dan ook boetes gaan opleggen. De VVD-fractie wil deze optie daarom in de ijskast zetten.

Voor de ziekenhuizen bestaat de Beleidsregel dubieuze debiteuren en voor de eerste lijn de Regeling Stichting Koppeling. Met het afnemend aantal zorgvormen onder de contracteerplicht komt de Beleidsregel dubieuze debiteuren onder druk te staan. Er zal een vervangende regeling moeten komen en het ligt voor de hand daarin de regeling van de Stichting Koppeling mee te nemen. Het is goed nu al na te denken over een nieuwe regeling die de bestaande zal vervangen. De VVD-fractie is niet voor de oprichting van een waarborgfonds naast de bestaande regelingen. Bovendien moeten alle betrokkenen een prikkel hebben om te betalen, de betaling binnen te halen, anders draait de gemeenschap op voor de kosten van de wanbetalers.

Op de site www.kiesbeter.nl staan niet de zorgaanbieders vermeld die door de verzekeraars zijn gecontracteerd. Zo'n overzicht wordt belangrijker naarmate de markt zich ontwikkelt. Zij hoopt dat het door de minister aangekondigde doorklikstelsel inzichtelijk en transparant zal zijn en vraagt wanneer het gereed zal zijn.

Haar fractie vindt dat de patiënt altijd de rekening voor zorgconsumptie moet krijgen, al is het maar een afschrift. Dit is belangrijk voor het kostenbesef en omdat veel patiënten controleren of de rekening wel klopt. Ook hebben de verzekerden, als betalers van de zorg, recht op inzage, zeker met de no claim en het eigen risico.

De LHV-casus roept de vraag op waar de grenzen liggen van de verticale integratie van zorgaanbod en verzekeringen. Al eerder is dit aan de orde geweest naar aanleiding van verzekeraars die zich inkopen in het zorgaanbod. Centraal staat de vraag in hoeverre deze acties leiden tot beperking van de keuzevrijheid, in hoeverre men wenst dat de schoenmaker zich bij zijn leest houdt en in hoeverre zorgaanbieders financiële belangen mogen hebben bij een verzekeraar. Dit is een aandachtspunt bij de behandeling van de Wet marktordening gezondheidszorg. Zij vraagt de minister zijn visie hierop te geven vóór de behandeling van deze wet. Haar fractie voelt weinig voor deze verticale integratie en heeft eerder een motie ondertekend tegen deze integratie.

Worden technische en administratieve problemen verwacht bij een eventuele massale wisseling van verzekeraar? Wanneer moet men zich zorgen gaan maken en wat is het scenario bij een massale overstap? Zij voelt niets voor de groene kaart die de heer Heemskerk heeft voorgesteld, maar wil wel dat scherpe afspraken worden gemaakt over wie welke rekeningen betaalt en welke premie int of overmaakt. De verzekerde moet daarvan zo weinig mogelijk last hebben. Tijdens het vorige debat heeft zij begrepen dat alles buiten de verzekerde om zou worden geregeld.

De collectiviteitsmarkt komt goed op gang, maar iedereen moet zich wel aan de opgestelde spelregels houden. Zij heeft overigens vernomen dat bij de collectieve contracten juist veel over kwaliteit wordt onderhandeld. Zij verzoekt om monitoring daarvan.

Mevrouw **Kant** (SP) stelt dat volgens een peiling van Maurice de Hondt 30% van de respondenten voor en 56% tegen het nieuwe zorgstelsel is. Zelfs in de achterban van de VVD is er veel weerstand: 38% is voor en 48% is tegen.

De minister heeft haar herhaaldelijk gegarandeerd dat men desgewenst kan terugkeren naar een publiekrechtelijk systeem en zij vraagt hiervan een bevestiging.

Mensen willen deze ingewikkeldheid niet, maar willen gewoon premie betalen naar draagkracht en behoorlijk verzekerd zijn. Men wil kunnen kiezen voor een arts en een ziekenhuis.

Er is sprake van misleidende reclame. Zilveren Kruis Achmea belooft bijvoorbeeld gegarandeerde kraamzorg terwijl dat in het basispakket zit. Dat men eerst een klacht moet indienen bij Reclame Code Commissie is geen toezicht. Het noodzakelijke toezichtorgaan is nog niet op orde. Op eerdere vragen heeft de minister verwezen naar de Wet financiële dienstverlening, maar die is nog niet in werking. Zal daarna de AFM actief toezicht houden op de zorgverzekeraars? Ook de Wet marktordening zorg is nog niet gereed, evenmin als de privacyregels.

ZN heeft gezegd dat een vechtmakto ontstaan en suggereert daarmee dat de premies onder de kostprijs liggen. De komende jaren zullen de premies daarom stijgen, zoals in Zwitserland is gebeurd, of zal de kwaliteit van de zorg omlaag gaan. Wat is hierop de reactie van de minister?

Volgens de Belastingdienst heeft een grote groep die het wel nodig heeft de zorgtoeslag niet aangevraagd. Hoe staat het er nu mee? Er is sprake geweest van formulieren die waren teruggestuurd omdat zij niet goed waren ingevuld. Zij wil de garantie dat de betrokkenen op tijd hun zorgtoeslag ontvangen.

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben geschat dat er 1 miljoen onverzekerden zouden kunnen zijn. De minister heeft naar aanleiding van het advies over de onverzekerden geschreven dit te zullen monitoren. Voorzaken is beter. Hoe zal de minister hierin inzicht houden, zoals hij heeft geschreven? Als de minister er echt alles aan wil doen, moet hij de oorzaak wegnemen en dat is het karakter van de verzekering. De Werkgroep onverzekerden heeft er in haar rapport terecht op gewezen dat dit probleem er bij het ziekenfonds niet is. Maak er dus zo'n systeem van, zegt spreekster. De minister laat nu gemeenten, zorgverzekeraars en belangenorganisaties opdraaien voor het probleem dat de minister met zijn wet en zijn systeem heeft veroorzaakt.

Zal het waarborgfonds er inderdaad komen? Zal het meteen komen of zal de minister afwachten hoe het aantal onverzekerden zich zal ontwikkelen? Waarom wil hij maar een deel van de kosten vergoeden? De vergoeding geldt alleen voor medisch noodzakelijke zorg, maar wat is medisch noodzakelijk? Misschien is het verstandiger er alle gewenste zorg en alles in het basispakket onder te laten vallen. Anders gaan mensen wellicht te laat naar de dokter en wordt het gezondheidsprobleem groter.

De minister zal pas per 1 januari 2007 aandringen op afspraken over het rechtstreeks overmaken van de zorgtoeslag naar de zorgverzekeraars. Waarom niet per 1 januari 2006 en waarom niet verplicht?

Als men de premie niet kan betalen en daardoor niet verzekerd is, krijgt men een boete opgelegd, die men dan ook niet kan betalen. Het enige effect is een toename van schulden. Men moet wel alles op alles zetten om, net als nu, mensen hun premie te laten betalen, zo nodig via schuld-hulpverlening. Mensen uit de verzekering zetten en op een andere manier alsnog de noodzakelijke zorg betalen, is niet de oplossing.

De oplossingen van het probleem van de onverzekerden zijn alleen gericht op uitkeringsgerechtigden, niet op werkenden met lage inkomens, kleine zelfstandigen, ouderen met alleen AOW of instellingenbewoners.

De afspraak is dat mensen automatisch voor de aanvullende verzekering zullen worden geaccepteerd. Geldt dat voor alle aanvullende verzekeringen, ook bij een keuze voor een andere verzekering en geldt dat ook voor de hulpmiddelen? Zij legt uit dat bij overname van bepaalde apparatuur andere patiënten die apparatuur ook willen. De verzekeraar heeft echter alleen contracten met bepaalde leveranciers. Dit is een manier om aan risicoselectie te doen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks) constateert een uitvoerings- en verwerkingsinfarct. Het belangrijkste is dat er volgens verzekeraars en zorgaanbieders volgend jaar misschien 1 miljoen onverzekerden zullen zijn als niet wordt ingegrepen. Dit wordt pas twee weken voor het stelsel van start gaat met de minister besproken. De invoeringstermijn is te kort; veel punten blijven onduidelijk.

Op dit moment is het probleem van de onverzekerden nog een incasso-probleem, maar de minister maakt er een verzekeringsprobleem van. De belangrijkste stap is echter het systeem van de nominale premie en voor mensen met een laag inkomen de zorgtoeslag. Die toeslag komt aan het begin van de maand. Honderdduizenden Nederlanders staan dan nog rood omdat zij geen geld meer hebben voor de minimale kosten van levensonderhoud. De toeslag verdwijnt in het gat, de rekening is geblokkeerd en de nominale premie kan niet worden betaald. Het rapport Zorg verzekerd en de beleidsreactie van de minister lossen dit niet op een adequate manier op.

Hij beaamt de opmerking van de heer Heemskerk dat in het oude stelsel het grootste ziekenfonds lokaal wel wat problemen wilde oplossen en sociale dingen wilde doen en dat dit nu binnen enkele jaren afgelopen zal zijn.

De heer Verhagen heeft bij de algemene beschouwingen gezegd dat hij de minister wilde houden aan diens uitspraak dat hij het aantal onverzekerden niet wil laten stijgen. Ook voor de GroenLinks-fractie is een stijging onaanvaardbaar. De minister heeft gezegd te zullen opstappen als het nieuwe stelsel een puinhoop wordt. Een stijging van het aantal onverzekerden valt daaronder. Vindt de minister dit ook?

De maatregelen in het rapport betreffen vooral mensen met een bijstands-uitkering, terwijl het probleem van de armoede veel breder is. Wat wordt er gedaan voor mensen in problematische schuldensituaties? Het gaat om een grote en groeiende groep. Er bestaan gigantische wachtlijsten voor schuldsanering. Automatische incasso werkt bij deze groep niet meer omdat hun rekeningen leeg zijn. Wie is eigenaar van dit probleem? Niet de verzekeraars, die hebben slechts de automatische incasso ter beschikking. Niet de gemeenten, want de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wil de schuldsanering niet uitbreiden. Als verzekeraars zich steeds meer marktconform gaan gedragen, is het maar de vraag of zij duurzaam met dit soort betalingsachterstanden zullen blijven omgaan. Wat wordt van verzekeraars gevraagd?

De minister heeft geschreven over een uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven en zal in dat verband nog bezien of hij een lijst van wanbetalers zal invoeren. Dit laatste is echter een optie die de minister van Financiën zal uitvoeren via de komende Wet financiële dienstverlening. Hoe zit dit? Voor de aanpak van de verticale integratie moet niet worden gewacht op de invoering van de Wet marktordening gezondheidszorg. De minister moet uitspreken dat deze integratie ongewenst is.

De GroenLinks-fractie heeft een initiatiefnota Heerlijk, helder Hollands geschreven, die hij de minister aanbiedt. Zij gaat over duidelijk taalgebruik in overheidsinformatie. De informatie over de Zorgverzekeringswet heeft weer eens laten zien hoeveel schade slechte informatievoorziening aanricht. De overheid moet burgers behoorlijk en op niveau informeren. De veel te goedkope collectieve contracten gaan ten koste van de reserves of zullen binnenkort worden afgewenteld op individuele verzekerden. Hoe lang moet het nog duren voordat de minister met een reactie zal komen? Verzekeraars hebben uitgesproken dat het in deze zorgmarkt niet meer om kwaliteit, maar om prijs gaat. Voor een belangrijk systeem als de zorg is dat onaanvaardbaar.

Nederlanders in het buitenland zijn per 1 januari 2006 verplicht verzekerd voor de AWBZ. Zij krijgen een korting op de premie, terwijl er in sommige woonlanden geen verstrekking is die zelfs in de buurt komt van de AWBZ.

Waarom stelt de minister niet voor een korting afhankelijk te maken van een lokaal beschikbaar pakket? Hij overweegt hierover een motie in te dienen.

Betalen freelancers wel of niet de 4,4%?

Scholieren die achttien jaar worden moeten onmiddellijk de premie betalen, maar de verhoogde uitkering ingevolge de Wet Tegemoetkoming Onderwijsbijdrage en Schoolkosten (WTOS) komt pas enkele maanden later. Ook hier dreigt onverzekerd zijn.

Het is zeer onduidelijk wat de Zorgverzekeringswet, premieplicht, zorg-toeslag, enzovoort betekenen voor artiesten. Hij verzoekt om uitleg op websites, inclusief die van de Belastingdienst onder de Artiestenregeling.

De heer **Van der Vlies** (SGP) acht het nu van belang de invoering van de wet zo vlekkeloos mogelijk te laten verlopen. Hij vraagt om enkele toezeggingen.

- Per 1 januari 2006 moet duidelijk zijn voor welk inkomen welk percentage geldt voor de bijdrage.
- Als vóór de overstap na 1 januari kosten zijn gemaakt voor de zorg, moet duidelijk zijn dat cliënten niet de dupe worden van gesteggel tussen verzekeraars over de afhandeling.
- Bij het overstappen naar een andere verzekeraar mogen geen problemen ontstaan bij het continu kunnen gebruiken van hulpmiddelen. Is de minister bereid daarover taakstellende afspraken met verzekeraars te maken? Zijn eerste zorg betreft de komende overgang, maar ook in de toekomst mogen bij een overstap geen problemen over de hulpmiddelen ontstaan.
- Duidelijke informatie over wat te doen bij gemoedsbezwaren is niet te krijgen. Bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) en Postbus 51 is hierover weinig tot niets te vinden. Het CVZ heeft de al geregistreerden een duidelijke brief gestuurd, maar voor hen die tot nu toe wel of niet particulier verzekerd waren moet informatie beschikbaar komen. In welke richting denkt de minister en wanneer zal hij duidelijkheid verstrekken?
- Niet alle verzekeraars hebben hun IT-systeem op orde. Dit moet in orde zijn als de declaraties binnenkomen.
- Over scholieren boven de achttien heeft de Kamer op 4 oktober jl. een brief ontvangen. Er zou nog een nader besluit komen. Wat is de stand van zaken?
- De verschillen tussen natura- en restitutiepolissen worden zeer klein. In de praktijk worden bij de restitutiepolissen zelfs afspraken gemaakt om de declaraties rechtstreeks naar de verzekeraar te sturen. Wat is dan nog het verschil en is dit te rijmen met de bedoeling de zorgconsument prijsbewust te maken?

Het antwoord van de minister

De **minister** begint met de problematiek rond de onverzekerden. Het belangrijkste is de negatieve optie, waardoor alle huidige verzekerden min of meer automatisch in het nieuwe systeem zullen komen. Het kernprobleem is niet de onverzekerdenproblematiek. Ook voor wanbetalers geldt in het nieuwe stelsel een acceptatieplicht door verzekeraars. Wie wegens niet betalen wordt geroyeerd door zijn verzekeraar, kan direct naar een nieuwe verzekeraar gaan. Wie een ziekenhuisbehandeling moet ondergaan, kan zich alsnog bij een verzekeraar inschrijven maar krijgt dan wel een boete. Het werkelijke probleem is de incassoproblematiek en die bestaat ook nu. De kans op betalingsachterstanden neemt in het nieuwe stelsel wel toe. Hij heeft ziekenhuizen gezegd dat zij mensen die onverzekerd binnen komen erop moeten wijzen dat zij zich dezelfde dag moeten verzekeren.

In het rapport Zorg verzekerd worden op dit terrein enkele belangrijke

maatregelen genoemd. Ten eerste komt er bij gemeenten een signalering van betalingsachterstanden bij bijstandsgerechtigden. Voor de heel zwakke groepen kan het van belang zijn al na één maand in te grijpen. Dit is geen verplichting, maar een mogelijkheid. Ten tweede is er het uitschrijfbewijs met toelichting. De nieuwe verzekeraar kan daardoor met de verzekerde overleggen hoe problemen zijn te voorkomen. Met deze maatregelen kan worden voorkomen dat mensen voortdurend van de ene naar de andere verzekeraar gaan. Zekerheid daarover is met het uitschrijfbewijs niet te geven, maar vergeleken bij een systeem waarbij niets is geregeld, is dit een grote vooruitgang. Verzekeraars hebben belang bij goede afspraken met de cliënt, bijvoorbeeld om de zorgtoeslag rechtstreeks over te maken of te innen via een automatische incasso. Het kabinet vraagt niets van verzekeraars, maar geeft hen een hulpmiddel om het innen van premies te vergemakkelijken.

Het signaleren van betalingsachterstanden bij sociale minima door verzekeraars is niet goed mogelijk, want daarvoor moeten de verzekeraars inzicht hebben in het inkomen van de verzekerden. De verzekeraar weet niet wie er bijstand ontvangt. Hij geeft ná het CVZ gegevens van onverzekerden door aan het Inlichtingenbureau, waar wel bekend is wie bijstandsgerechtigd is. Dit bureau kan dan de gemeente waarschuwen. Niet veel gemeenten zullen al na één maand ingrijpen. Zij kennen echter hun cliëntèle en weten beter wanneer ingrijpen gewenst kan zijn.

De overwegingen rond de zwarte lijst betreffen de privacy. Het CBP had aanzienlijk meer problemen met een zwarte lijst dan met een uitschrijfbewijs. De minister is bereid vóór de volgende voortgangsrapportage de bezwaren nog eens precies te formuleren en een vergelijking te maken met zwarte lijsten van andere verzekeringen, voor huur en dergelijke. In verband met de schuldenproblematiek zegt hij dat het kabinet onlangs de gemeenten extra middelen heeft gegeven ter verbetering van de koopkracht. Ook is de gemeenten voor het extra werk 5 mln. incidenteel gegeven plus 3 mln. structureel.

Het waarborgfonds heeft betrekking op de zorgaanbieders en niet op de verzekeraars.

Op de vraag van mevrouw Smilde over acute zorg en het waarborgfonds zal hij op latere termijn terugkomen. Het waarborgfonds is op dit moment niet een heel dringend instrument, gezien de andere instrumenten om zorgaanbieders te helpen. Er moet inderdaad voor worden gewaakt dat het waarborgfonds tot afwenteling zal leiden.

Hij vervolgt met de ontwikkeling van de premiehoogten. Het is verheugend dat de premies onder de geschatte €1106 zijn uitgekomen. Er ontwikkelen zich interessante collectieve contracten, bijvoorbeeld met patiëntenverenigingen en vakbonden. Dit zijn goede ontwikkelingen. Wel heeft de minister waarschuwingen doen uitgaan rond de collectieve contracten. Het angstbeeld van zeer hoge premies voor de individueel verzekerden is geen werkelijkheid geworden. Er is maatwerk in de collectieve contracten. Het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) zal hierover in het voorjaar een rapport uitbrengen, waarna de minister zijn mening zal geven.

Hij weet niet of sprake is van een vechtmakrt waarbij verzekeraars ver onder de kostprijs werken. Daarvoor bestaat een toezichthouder. De Nederlandsche Bank zal in het eerste kwartaal van 2006 alle zorgverzekeraars op solvabiliteit onderzoeken en de bedrijfsplannen voor het komende jaar bezien. De minister is bereid de Kamer in de loop van april 2006 te informeren over de algemene bevindingen van De Nederlandsche Bank. Ook zal hij met een rapportage over de collectieve contracten komen van het CTZ. De minister is zich ervan bewust dat er door de verzekeraars scherp gekoerst wordt, maar ook volgend jaar zal er concurrentie zijn. Dit is een stimulans voor de verzekeraars om de kosten goed in de gaten te houden. Desgevraagd zegt hij een gecombineerde rapportage in april 2006 toe.

Hij zal zijn best doen het onderhandelen over kwaliteit in de collectieve contracten te monitoren. Hij vindt het interessant dit te bezien.

Hij vervolgt dat in nieuw afgesloten cao's voor 1,5 miljoen werknemers toch afspraken zijn gemaakt over vergoeding voor ziektekosten. Dit heeft een positief effect op de koopkrachtcijfers.

In verband met de vorige week aangenomen motie waarin is gevraagd om Nederlanders in het buitenland respijt te verlenen bij fatale data, zegt hij dat geen respijt kan worden gegeven bij verdragsgerechtigheid. De aanspraak vloeit dwingend rechtelijk voort uit de verordening en ook de verplichting tot de bijdrage is daarop gebaseerd. De minister is bereid dit precies op te schrijven in een nota. Op het verzoek van mevrouw Smilde om dat al in januari 2006 te doen, zegt hij toe haar zo spoedig mogelijk te zullen informeren. Dubbele kosten voor mensen die zich inschrijven bij een verzekeraar, maar nog niet de aanvullende polis hebben en dus hun huidige verzekering mogen laten doorlopen, zullen worden verrekend. Iedereen van wie niet bekend is of die verdragsgerechtigd is, ontvangt in december 2005 een E-121-formulier. Ook zonder dit formulier kan men zich echter inschrijven. In januari 2006 zal het CVZ aan degenen die niet hebben gereageerd een herhaalde oproep sturen. Op uiterlijk 1 maart 2006 zullen de laatste mensen met een Nederlands pensioen die niet hebben laten weten dat zij een pensioen van hun woonland hebben ambtshalve met terugwerkende kracht worden ingeschreven als verdragsgerechtigden.

CZ heeft hem laten weten zo mogelijk in samenwerking met andere verzekeraars in het eerste kwartaal van 2006 te zullen proberen een aanvullend pakket aan te bieden dat zoveel mogelijk aansluit op de woonlandpakketten in diverse lidstaten.

IZA-verzekerden in niet-verdragslanden zijn aangewezen op een particuliere verzekering. Het betreft ongeveer 300 mensen. IZA is bezig voor hen een goede verzekering tot stand te brengen. Het overleg hierover is bijna afgerond en de betrokkenen zullen zo snel mogelijk door de verzekeraar worden geïnformeerd.

Op de vraag van de heer Omtzigt over de uitvoering van zijn motie over de onwenselijkheid van terugvordering van uitgekeerde no claim, antwoordt de minister dat deze correctiemogelijkheid nu al bestaat in de Ziekenfondswet en in de Zorgverzekeringswet gelijk is gebleven. De verzekeraar weet pas van een eventuele DBC van zijn verzekerden als deze wordt gedeclareerd en dat kan tot correctie leiden. Hij heeft al toegezegd dit punt mee te nemen in de evaluatie die dit voorjaar zal verschijnen. Men kan dan bezien of maatregelen nodig zijn.

Hij heeft van ZN vernomen dat alle verzekeraars inmiddels hun aanbod hebben verstuurd.

Over de onderlinge verrekening tussen verzekeraars zegt hij dat de verzekeraars hebben afgesproken dat zij in de eerste twee maanden gemaakte kosten met elkaar zullen verrekenen. Verder zal de oude verzekeraar bij overstap naar een nieuwe verzekeraar de betaalde premie vanaf 1 januari 2006 terugstorten naar de verzekerde. Het rechtstreeks verrekenen van de premiebedragen tussen de verzekeringsmaatschappijen is te ingewikkeld. ZN streeft ernaar dat binnen tien werkdagen de premie zal worden gerestitueerd.

Hij zegt desgevraagd toe de Kamer te informeren welke afspraken binnen ZN zijn gemaakt om de overstap mogelijk te maken. Het zal echter niet mogelijk zijn om af te dwingen dat men de premies onderling zal verrekenen.

De zeevarenden zullen in de nieuwe wet geen bijzondere categorie meer vormen. Wel geldt voor hen een verlaagd tarief voor de inkomensafhankelijke bijdrage. De minister is bereid volgend jaar te bezien of nadere maatregelen nodig zijn.

Op de vraag van de heer Omtzigt over het nultarief antwoordt hij dat dit in augustus is bezien in het licht van het totale inkomensbeeld. Toen is de

inkomensafhankelijke bijdrage via een verzachtende maatregel verlaagd van 6,5% naar 4,4%. Dit was aanleiding het nultarief minder breed door te zetten. Een tweede reden was de juridische kwetsbaarheid, waarvoor hij de overwegingen zal doen toekomen. Ten derde is in de schriftelijke beantwoording van de vragen van de heer Omtzigt aangegeven dat een bestaande vreemde verhouding tussen inkomens zal worden rechtgezet. Hij is bereid de Kamer precies te doen toekomen wat destijds de overwegingen van hem en de staatssecretaris van Financiën zijn geweest. Een achteruitgang van 5% tot 6% kan veel zijn, maar is ook een correctie van de huidige scheve verhouding waarbij mensen met vergelijkbare inkomens heel verschillende zorgkosten hebben.

De heer **Omtzigt** (CDA) stelt dat deze groep zich niet kan herverzekeren en zich in een bepaalde situatie heeft verzekerd met een bepaald inkomen. Daarom is er het nultarief in de overgangssituatie. Vindt de minister 5% tot 6% koopkrachtverlies acceptabel voor een groep die zich niet kan herverzekeren en vindt de minister dat hij een belofte heeft gedaan bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet? Hij verwacht zo mogelijk voor het reces een brief hierover.

De **minister** is bereid na te gaan hoe dit bij de wetsbehandeling is besproken en in te gaan op de vraag of dit evenwichtig is. Hij belooft de Kamer hierover een brief in januari 2006. Hij meent dat niet per se sprake is van kwetsbare inkomensgroepen, gezien de voorbeelden die hij heeft gegeven bij de beantwoording in de Kamer. Vergeleken met werknemers met vergelijkbare inkomens betalen zij thans veel minder premie. Hij zal dit goed bezien en nalopen welke verwachtingen eventueel zijn gewekt. Veranderingen in nultarieven zijn op dit moment uitvoeringstechnisch niet meer mogelijk. Ook daarop zal hij ingaan. Het hangt niet op een week. Hij is bereid de positie van de zeevarenden te bezien. Hij benadrukt dat het tot januari niet mogelijk is veranderingen aan te brengen. In zijn brief zal hij ook ingaan op de situatie van mensen met een particuliere arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Hij vervolgt met de LHV-Meeùs-polis en de verticale integratie. Tegen verticale integratie heeft hij geen principiële bezwaren. Of de deal tussen LHV en Meeùs is toegestaan, kan hij nu niet beoordelen. Hij zal de Autoriteit Financiële Markten (AFM) laten bezien of huisartsen als tussenpersoon opereren, wat ongewenst is. Ook wil hij het CTG laten onderzoeken of sprake is van een financieel nevenvoordeel voor huisartsen via gunstige tarieven. Op het eerste gezicht bevalt hem niet dat sprake is van een dure polis die verder wordt gepresenteerd als een polis die tenminste vrije artsenuitkeuze biedt, terwijl alle polissen dat bieden. Als een groep huisartsen samen met een groep specialisten en een verzekeraar ketenzorg in de markt brengt met goede onderlinge samenwerking, is dat fantastisch. Het moet wel allemaal transparant zijn.

De inhouding van de inkomensafhankelijke bijdrage van een werknemer met drie werkgevers verloopt net als bij de huidige ziekenfondspremies. De bijdrage wordt ingehouden, het eventueel te veel ingehouden bedrag stort de Belastingdienst terug naar de werkgevers, die het terugstorten naar de werknemers.

De zorgtoeslag zal worden uitbetaald rond 20 december, met uitwijkmogelijkheden naar 27 december als er stagnaties zijn.

De aanwending van de meevaller bij de zorgtoeslag is uitgebreid bij de Najaarsnota aan de orde gekomen. Of het bedrag nog kan oplopen doordat een aantal mensen nog geen zorgtoeslag heeft aangevraagd, is nog niet goed te overzien. Hij zal dit melden bij de Voorjaarsnota en dan laten zien wat er met het geld zal gebeuren. Het is niet zo dat mensen die nu een zorgtoeslag ontvangen geen voordeel hebben genoten van de meevallende premies. Ook mensen met een laag inkomen en in de bijstand kunnen gebruik maken van aantrekkelijke collectieve premies.

Verder wordt in de bepaling van de zorgtoeslag rekening gehouden met dure restitutiepolissen, terwijl de meeste mensen gebruik maken van een naturapolis.

Uitsluitingen in het buitenland zijn niet toegestaan als het gaat om het wettelijk verplichte pakket in de betreffende landen. Hij zal dit bezien naar aanleiding van de berichten die mevrouw Schippers heeft ontvangen. Verzekeraars en ziekenhuizen realiseren grote besparingen door het onderlinge verkeer zo veel mogelijk elektronisch af te handelen. Verzekeraars kunnen de verzekerden een afschrift sturen van de rekening, maar de minister zal hen niet op onnodige kosten jagen door hen daartoe te verplichten. Verzekerden krijgen wel de informatie over de vulling van de no claim en het eigen risico.

Het is niet duidelijk hoe massaal tussen verzekeraars zal worden geswitcht. Het is voor verzekeraars geen eenvoudige klus en er wordt keihard gewerkt om alles op orde te krijgen. De minister sluit niet uit dat een verzekeraar daarmee problemen zal krijgen. De meeste verzekeraars zijn echter klaar met de IT-aanpassingen of werken er hard aan. Als niet alles begin januari klaar is, zijn er buffers. Veel rekeningen zullen pas later binnenkomen, er zijn bevoorschottingsmaatregelen en ook handmatige verwerking is mogelijk.

Over de ambtenaren zijn de besprekingen gaande. Het kabinet moet de cao goedkeuren. Ook de positie van voormalige ambtenaren valt onder de cao-onderhandelingen.

Als de aanvullende verzekering in het buitenland zo veel duurder is dan het woonlandpakket, is er iets aan de hand. Als het evident onredelijk is, kunnen mensen naar de rechter stappen. Hij zal de ontwikkeling bekijken. Eerder heeft hij laten weten hoe men van 6 miljoen op ongeveer 5,2 miljoen zorgtoeslagen is gekomen. De meeste mensen hadden een goede reden om hun aanvraagformulier niet voor 1 november jongstleden in te dienen. Hun inkomenssituatie was onzeker of de toeslag was zo laag dat men die aan het eind van het jaar aanvraagt om hem in één keer uitbetaald te krijgen. In januari 2006 zal de Belastingdienst/Toeslagen onderzoek doen naar de redenen van het niet indienen en bezien of nadere maatregelen moeten worden genomen.

Hij zal in januari de vraag proberen te beantwoorden naar het aantal mensen dat de zorgtoeslag niet heeft aangevraagd, terwijl men die wel nodig heeft. Er zijn ongeveer 300 000 formulieren foutief ingevuld. Op 29 november jongstleden waren 225 000 verbeterd teruggestuurd.

Het aanpassen van de premie voor het woonlandpakket aan elk land van verblijf wordt zeer ingewikkeld. Er is gekozen voor een korting die aansluit bij de intramurale component van de AWBZ-zorg. Hij vermoedt dat er ook andere bezwaren zijn. Hij is bereid daarop terug te komen.

In verband met de premiekosten en verzekeringen voor Nederlanders in het buitenland antwoordt hij dat het kenmerk van solidaire verzekeringen is dat men verplicht verzekerd is voor risico's die zich nooit voordoen. Verder keren nu veel mensen naar Nederland terug als er problemen zijn, terwijl zij jarenlang geen premie hebben betaald. Het is redelijk dat men daarom nu een gereduceerde premie betaalt.

Nederlandse ziekenfondsgerechtigden in Spanje betalen als sinds jaar en dag 12% aan ziekenfonds- en AWBZ-premie. Dit was nooit een punt, daar men bij terugkomst recht had op AWBZ-voorzieningen. Voor hen is de rekening met 30% verlaagd. Hij zegt een overzicht van de inkomsten en uitgaven voor Nederlanders in het buitenland toe aan het eind van 2006 of het begin van 2007.

Hij zal bezien of Postbus 51 beter aandacht kan schenken aan de gemoedsbezwaren en is bereid tot voorlichting aan het Reformatorisch Dagblad, bijvoorbeeld via een interview.

Er bestaat veel verwarring over de hulpmiddelen. Men veronderstelt dat veel uit het basispakket gaat wat er niet in zit, zoals brillen. Hulpmiddelen in het basispakket blijven erin. Als wordt geswitcht neemt men het recht

mee op het hulpmiddel dat men heeft. Verzekeraars streven ernaar om hiermee zo pragmatisch mogelijk om te gaan. Ook hier geldt de acceptatieplicht. De nieuwe verzekeraar zal dat dure apparaat overnemen, anders moet hij het zelf gaan geven. Hij verneemt voor het eerst van de vorm van risicoselectie die mevrouw Kant heeft genoemd. Mensen kunnen altijd bezwaar maken als er iets mis gaat.

De termen «natura» en «restitutie» betreffen alleen betalingstechnieken en niet keuzevrijheid. In de praktijk zijn zij in elkaar overgevoerd en hij verwacht dat in de nieuwe verzekering het verschil weg zal zijn. Het is hem niet duidelijk waarop de premieverschillen tussen nature en restitutie gebaseerd zijn. Hij verwacht dat in de toekomst selectieve contractering zal toenemen, maar dat hoeft geen excluderende contractering te zijn. Hij verwacht dat verzekeraars keuzen zullen aanbieden aan verzekerden en naast een contract met volledige keuzevrijheid een goedkoper contract zullen aanbieden voor behandeling in bepaalde gespecialiseerde klinieken. Hij verwacht dat het daarbij meer over kwaliteit dan over prijs zal gaan.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Van der Vlies** (SGP) heeft nog enige twijfels, maar vertrouwt erop dat alles wordt gedaan aan een vlekkeloos verloop. Er zullen ongetwijfeld nog mankementen blijken. Die moeten niet op de patiënten neerkomen. Over diverse cruciale onzekerheden heeft de minister rapportage toegezegd. Op hoop van zegen, besluit hij.

De heer **Vendrik** (GroenLinks) stelt de volgende vragen.

- Welk aantal onverzekerden in het komende jaar vindt de minister onaanvaardbaar?
- Waarom hebben freelancers als groep geen verhoging van het uurtarief gekregen overeenkomstig de inkomensafhankelijke bijdrage?
- Hoe zal de nieuwe artiestenregeling luiden in relatie tot de Zorgverzekeringswet?
- Er lijkt zich een probleem voor te doen bij de uitvoering van de verruiming van de WTOS voor ouders met een minimuminkomen met een scholier die achttien en dus premieplichtig wordt. Wanneer is men premieplichtig, wanneer ontvangt men de nota van de zorgverzekeraar en wanneer ontvangt men de verhoogde WTOS-bijdrage? Daar kunnen enkele maanden tussen zitten. Hij verzoekt de minister dit te bezien.
- Buitenlanders in Nederland met een machtiging tot voorlopig verblijf die een aanvraag voor een verblijfsvergunning indienen, zijn op dit moment volgens artikel 4, lid 18 Ziektefondswet verzekerd bij het ziektefonds. Hoe is dit in nieuwe systeem?

Hij is overigens tegen het wetsvoorstel.

Mevrouw **Kant** (SP) spreekt van een slechte wet en wijst nogmaals op de tegenstand van de meerderheid van de bevolking. Zij stelt de volgende vragen.

- Kan de minister herhalen dat men terug kan naar een publiekrechtelijk stelsel als zaken fout gaan?
- Wat zal de minister doen aan de misleidende reclame?
- Wat zal de minister doen met het waarborgfonds?
- Geldt de acceptatieplicht voor alle verzekeringen, ook de aanvullende verzekeringen?
- Hoe worden de alfa-hulpen gecompenseerd voor 4,4% van het uurtarief? Dit mag niet ten laste van de klant komen.

Mevrouw **Schippers** (VVD) stelt niet dat de invoering probleemloos zal verlopen, maar daardoor moet men zich niet gek laten maken, zegt zij. Zij heeft de volgende vragen en opmerkingen.

- De notitie over de LHV-casus wil zij ontvangen vóór de behandeling van de Wet marktordening gezondheidszorg.
- Zij maakt zich zorgen over de overgangsregeling voor de ambtenaren, die misschien pas maanden na de Zorgverzekeringswet zal ingaan.
- Zij wil een kosten-batenanalyse ontvangen over de schadelast en de bijdragen van de verzekerden in het buitenland per jaar en per land.
- Zij verzoekt de minister verder om te studeren op de mogelijkheid de premies per land te differentiëren – dit kan ook op basis van de kosten – en hierover te rapporteren.

De heer **Heemskerk** (PvdA) heeft de volgende vragen en opmerkingen.

- Hij wil eveneens het rapport over de LHV-casus vóór behandeling van de Wmg ontvangen.
- Mensen met een WAO- of ANW-uitkering die zich niet kunnen herverzekeren zullen er in koopkracht op achteruit gaan. Hij is benieuwd naar de voorstellen van de CDA-fractie op dit terrein.
- Hij voorziet grote problemen bij het overstappen en de bureaucratie eromheen. Bij de behandeling van het VAO zal hij een motie indienen voor een uniforme verhuisservice.

De heer **Omtzigt** (CDA) ziet het project met vertrouwen tegemoet.

- Hij is tevreden dat er in januari 2006 een brief zal komen over verordening 1408/71 en een reactie op de dure aanvullende polis.
- Hij is blij dat de minister nu het probleem heeft erkend van de ANW- en WAO-hiaatverzekeringen. De minister heeft toegezegd binnen drie weken te reageren op het AO over de tweede voortgangsrapportage. Wellicht kan de toen ontbroken snelheid nu worden gecompenseerd.
- Hij verzoekt de minister schriftelijk in te gaan op de positie van de ambtenaren en ex-ambtenaren, zodat de consequenties van het niet hebben van een cao duidelijk zijn.
- Hij verzoekt de minister schriftelijk in te gaan op de positie van de zeevarenden.
- Hij is blij met aandacht voor de motie over de terugbetaalde no claim.
- Hij vraagt de minister in de schriftelijke beantwoording in te gaan op het terrorisme.

De **minister** antwoordt dat sprake is van een zeer ingewikkelde operatie, waarbij mensen in eerste instantie geneigd zullen zijn te denken dat zij erop achteruit gaan. Dat zijn de risico's en daarom moet de regering de tijd hebben om iets ingewikkelds uit te voeren waarvan men pas over enkele jaren de voordelen zal zien.

Hoewel de regering probeert de risico's zo veel mogelijk in te perken, zullen er nog wel zaken verkeerd gaan en zullen nog zaken verbeterd moeten worden. Als de grote lijnen goed zijn, kan men de kleine problemen gaandeweg oplossen.

De genoemde 1 miljoen onverzekerden komen er niet.

Voor freelancers geldt een verlaagd tarief van 4,4% van het inkomensafhankelijke gedeelte. Het koopkrachteffect is voor hen overwegend positief. Op de artiestenregeling en de mensen met een Machtiging Voorlopig Verblijf (MVV) zal hij schriftelijk ingaan.

De compensatie via de WTOS begint wat later, maar de premiebetaling is ook uitgesmeerd over het jaar, dus er is geen groot probleem.

De vraag over de mogelijke terugkeer naar een publiekrechtelijk stelsel heeft hij al twee keer bevestigend beantwoord.

Vanaf 1 januari 2006 zal de AFM formeel toezicht houden op de reclame.

Op dit moment volgen CTZ en het ministerie de ontwikkelingen in de markt, zodat CTZ en AFM straks adequaat kunnen reageren. Verder is er nog de Reclame Code Commissie.

Op het waarborgfonds zal hij nog terugkomen. Er moet nader worden bestudeerd wat te doen met de bestaande regelingen en met vergoedingen.

De acceptatieplicht geldt niet voor aanvullende verzekeringen. Wel krijgen mensen hun bestaande pakket aangeboden door de verzekeraars. Vrijwel alle verzekeraars bieden bij het switchen een aanvullend pakket zonder risicoselectie, met uitzondering van tandheelkunde.

De notitie over de LHV-casus zegt hij vóór de behandeling van de Wet marktordening gezondheidszorg toe.

De situatie van ambtenaren en ex-ambtenaren is een kwestie voor de cao-partners.

Hij zal informeren over de schadelast per jaar per land. Als dit na een jaar is afgerond, is hij bereid terug te komen op de kwestie van de premie-differentiatie.

Hij voorziet geen grote bureaucratie bij het overstappen. De door de heer Heemskerk aangekondigde motie zal in dit stadium door niemand kunnen worden uitgevoerd.

De notitie over verordening 1408/71 en de aanvullende polis zegt hij toe. De nadere beschouwing over de WAO, de invaliditeitsverzekering en de private ANW-verzekering zegt hij toe.

De vraag over terrorisme zal hij schriftelijk beantwoorden.

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

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