

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening zorgstelsel

Nr. 83

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 25 april 2006

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over zijn brief van 13 december 2006 en het daarbij gevoegde rapport «Zorg verzekerd» (29 689, nr. 47).

De op 14 maart 2006 toegezonden vragen zijn, met de door de minister bij brief van 24 april 2006 toegezonden antwoorden, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

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

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Vacature (algemeen), 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 (GL), Bakker (D66), Nijs (VVD).

Vragen CDA-fractie

Vragen over het rapport:

1

Bij punt 4 op blz. 9 is sprake van verzekerden die het aanbod voor 1 januari hebben verworpen. Om hoeveel mensen gaat het hier?

Naar verwachting zijn ongeveer vier miljoen mensen overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Concrete aantallen zijn in dit kader nog niet bekend.

2

Om moeilijk bereikbare doelgroepen te bereiken werden intermediaire organisaties ingeschakeld. Kunnen deze organisaties ook na de invoering van de Zvw een rol spelen en zo ja, op welke wijze?

Om kwalitatieve informatie in het kader van de onverzekerden te krijgen, is er binnen mijn ministerie een meldpunt ingericht. Bij dit meldpunt kunnen intermediaire organisaties aangeven tegen welke problemen hun cliënten aanlopen in het kader van de Zorgverzekeringswet. Deze signalen kunnen behulpzaam zijn bij het verdere beleid in het voorkomen van het ontstaan van onverzekerden. Het meldpunt is bereikbaar via http://www.formdesk.nl/intratest/signaleringspunt_onverzekerden en ontvangt inmiddels ook al meldingen van bijvoorbeeld huisartsen en verloskundigen. De meldingen zijn vooral bedoeld om in kwalitatieve informatie te voorzien; uitspraken over aantallen onverzekerden kunnen hieruit niet worden afgeleid.

Verder zijn de intermediaire organisaties in januari opnieuw in de gelegenheid gesteld om subsidie aan te vragen. Aan zeven organisaties is de subsidie toegekend. De subsidie loopt tot mei 2006.

3

De kans is klein dat bij gezinsleden van gepensioneerden en grensarbeiders die in het buitenland wonen een probleem ontstaat, aldus het Rapport. «Ten eerste is het verdragsrecht voor hen relatief goedkoop, omdat zij alleen de nominale Zvw-premie betalen». Kan een toelichting worden gegeven? Betalen zij in geen enkel geval de inkomensafhankelijke bijdrage? Zijn er onverzekerde Nederlanders in het buitenland op dit moment?

De bijdrage die verdragsgerechtigden aan het CVZ verschuldigd zijn, bestaat uit drie componenten. Te weten een nominale Zvw-component, een inkomensafhankelijke Zvw-component en een inkomensafhankelijke AWBZ-component. Verdragsgerechtigde gezinsleden zijn alleen de nominale Zvw-component verschuldigd, omdat zij geen inkomen hebben waarover de inkomensafhankelijke componenten geheven kunnen worden. Op het moment dat zij een zelfstandig recht krijgen, bijvoorbeeld doordat zij zelf pensioen gaan ontvangen, kunnen zij niet meer staan bijgeschreven als gezinslid.

Ongetwijfeld zijn er onverzekerde Nederlanders in het buitenland. Nederlanders die bijvoorbeeld niet in een verdragsland wonen en ook geen particuliere ziektekostenverzekering hebben afgesloten hebben geen dekking tegen ziektekosten. Ook kan het gebeuren dat verdragsgerechtigde gezinsleden zich niet melden bij het CVZ. Alle verdragsgerechtigden moeten zich inschrijven bij het CVZ. Personen die niet aan deze verplichting voldoen en bekend zijn bij het CVZ worden vanaf 1 april 2006 ambtshalve ingeschreven. Ik heb u hierover geïnformeerd bij brief van 24 februari 2006 (Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 71). Gezins-

leden van gepensioneerden en van grensarbeiders zijn echter niet bekend bij het CVZ. De kans dat bij deze groepen als gevolg van het niet melden de situatie ontstaat dat zij geen dekking tegen ziektekosten hebben, acht ik klein. Buitenlandse overheden hebben er namelijk belang bij om deze mensen op te sporen, omdat deze groepen nu nog ten laste van de sociale regeling in hun woonland komen, terwijl zij door de invoering van de Zorgverzekeringswet in hun woonland recht op zorg ten laste van Nederland krijgen.

4

Categorie b. (de bewust onverzekerden) bestaat uit mensen die het zich financieel kunnen veroorloven om zich niet te verzekeren. Krijgen deze mensen ook een boete opgelegd als ze gewoon zelf alle kosten voor de zorg betalen?

Een boete wegens niet tijdige verzekering wordt opgelegd op het moment dat iemand zich alsnog verzekert. De boete bedraagt een bedrag ter hoogte van 130% van de nominale premie van de zorgverzekering die men uiteindelijk heeft gesloten, over de ten onrechte onverzekerde periode (met een maximum van vijf jaar). De boete die ze krijgen op het moment dat ze zich alsnog verzekeren, loopt met iedere «onverzekerde» dag op. Voorts zullen ze hun zorgkosten, zolang ze geen verzekering hebben, zelf moeten dragen. Ten slotte merk ik op dat deze mensen er toch niet geheel in slagen zich aan de solidariteit van het zorgverzekeringsstelsel te onttrekken. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt namelijk van verzekeringsplichtigen geheven, dus ongeacht de vraag of men zich wel of niet daadwerkelijk verzekerd heeft.

5

Op welke wijze wordt geregeld dat verzekeraars geen inzicht krijgen in de inkomstenbron van verzekerden? Hoe luiden de criteria voor de proportionaliteit van de te verstrekken gegevens?

In paragraaf 3.5.1 van het rapport wordt beschreven hoe gemeenten kunnen signaleren dat een bijstandsgerechtigde een betalingsachterstand heeft. Daarbij worden een aantal randvoorwaarden beschreven (zoals het niet krijgen van inzage door verzekeraars in de inkomstenbron en het proportionaliteitsvereiste) waaraan bij het zoeken naar een oplossing is getoetst. De gevonden oplossing voldoet aan deze randvoorwaarden.

De gegevensuitwisseling tussen gemeenten en zorgverzekeraars wordt zo ingericht, dat de verzekeraar betalingsachterstanden meldt zonder te (hoeven) weten wat de inkomstenbron van een verzekerde is, en dat de gemeente alleen gegevens ontvangt over betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden in die gemeente.

Dat gaat als volgt. De verzekeraars leveren hun bestand van verzekerden met een betalingsachterstand op een centrale plaats aan (SA-Z). Dat bestand wordt vergeleken met het bestand van bijstandsgerechtigden waarover het Inlichtingenbureau beschikt. Vervolgens worden de gevonden bijstandsgerechtigden met een betalingsachterstand aangemeld bij de betreffende gemeente. Het CBP heeft ingestemd met deze oplossing, die als voordeel heeft dat verzekeraars niet weten welke verzekerden een bijstandsuitkering ontvangen en dat gemeenten niet van iedere inwoner van de gemeente een signaal krijgen over betalingsachterstanden.

Uit het proportionaliteitsvereiste in de Wet bescherming persoonsgegevens vloeit voort dat de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer in verhouding moet staan tot het nagestreefde doel. Het CBP heeft onderschreven dat het maatschappelijk belang om onverzekerde te voor-

komen de beschreven gegevensuitwisseling rechtvaardigt (en dat is voldaan aan het proportionaliteitsvereiste).

6

Bij motie is uitgesproken dat het ook mogelijk moet zijn rechtstreeks de zorgtoeslag over te laten maken naar de verzekeraar. Wat is de stand van zaken rond de uitvoering van de motie?

Het is inderdaad mogelijk om op verzoek van de verzekerde, de zorgtoeslag rechtstreeks over te laten maken aan de verzekeraar: De Belastingdienst verleent hieraan de volledige medewerking.

7

Hoeveel gemeenten maken thans gebruik van de collectieve (aanvullende) zorgverzekering voor hun bijstandsgerechtigden?

Op dit moment hebben 325 gemeenten een collectieve verzekering gesloten voor bijstandsgerechtigden en overige minima.

8

Welke bezwaren hebben gemeenten om over te gaan tot het afsluiten van collectieve verzekeringen?

De meeste zorgverzekeraars stellen als voorwaarde bij een collectieve verzekering, dat de premie rechtstreeks wordt ingehouden op de bijstandsuitkering. Er zijn gemeenten die van mening zijn dat dit indruist tegen de zelfredzaamheid van de bijstandsgerechtigden, hetgeen het uitgangspunt is van de wet Werk en bijstand. In de oude situatie bleek het gros van de bijstandsgerechtigden goed in staat om zelfstandig de premie te betalen.

9

Hoe kunnen andere groepen minima bereikt worden om eventueel vrijwillig zich toch aan te sluiten bij de collectieve verzekering van de gemeente?

Gemeenten kunnen het scala instrumenten benutten dat ze nu vaak ook al gebruiken om mensen te wijzen op kwijtscheldingsmogelijkheden, op bijzondere bijstand of op gemeentelijke minima regelingen. Tevens maken gemeenten gebruik van advertenties in huis-aan-huisbladen, foldermateriaal, voorlichting via ouderensteunpunten en bibliotheken.

In Amsterdam zijn de overige sociale minima bereikt via een eenmalige bestandskoppeling. Mensen die huurtoeslag krijgen of kwijtschelding van belastinggelden zijn allemaal aangeschreven en geattendeerd op de mogelijkheid van een collectief contract.

10

Is er inderdaad sprake van een beperking in het aantal postadressen dat een instelling mag uitgeven? Zo ja, waarom?

Door mijn ambtsgenoot van Sociale zaken en werkgelegenheid is aan het punt van de postadressenregeling aandacht besteed in de SZW-verzamelbrief van december 2005.

Vooralsnog is mij van een beperking van het aantal postadressen dat een instelling mag uitgeven in de praktijk nog niets gebleken. Indien ik concrete signalen krijg vanuit het veld dat zich hier wel problemen voordoen, dan zal ik bezien of en op welke wijze ik hier nader actie op zal ondernemen.

11

Hoe kan worden bevorderd dat de basisbankrekening meer bekendheid krijgt? Wie opent zo'n rekening?

De basisbankrekening kan worden geopend door een ieder die om wat voor een reden dan ook niet kan beschikken over een bankrekening (bijvoorbeeld omdat de bankrekening is geblokkeerd vanwege hoge schulden). De voorwaarden om een basisbankrekening aan te vragen, zijn het hebben van een postadres en een geldig legitimatiebewijs.

Divosa heeft haar leden gewezen op de mogelijkheid van de basisbankrekening.

12

Hoe wordt bewerkstelligd dat ex-gedetineerden na hun vrijlating zich meteen verzekeren voor zorg?

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), de dienst van het Ministerie van Justitie die verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen, heeft eind december 2005 aan justitiële inrichtingen informatie gezonden over de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) en de betekenis van deze wet voor gedetineerden, jeugdigen en tbs-verpleegden.

In die brief is onder meer informatie gegeven over de verplichting van alle justitiabelen om een zorgverzekering af te sluiten. Tevens is in deze brief de meldingsplicht ten aanzien van aanvang en afloop van het verblijf in een justitiële inrichting opgenomen. Tijdens het verblijf in de inrichting worden de kosten van gezondheidszorg van justitiabelen door Justitie/DJI betaald uit de eigen middelen.

Verder is ingegaan op de overgangssituatie per 1 januari 2006. Veel justitiabelen die per die datum in een justitiële inrichting verbleven, zullen nog geen nieuwe zorgverzekering hebben, terwijl voor hen wel een verzekeringsplicht geldt. Zoals in de brief staat aangegeven zal deze groep justitiabelen geen boete opgelegd worden wanneer zij niet onmiddellijk aan hun verzekeringsplicht voldoen. Dit is opgenomen in de beleidsregels oplegging bestuurlijke boete bij niet tijdige aanmelding zorgverzekering [van 22 december 2005 van het College voor zorgverzekeringen (Stcrt. 2005, 253)].

Hoewel de verzekeringsplicht en de meldingsplicht in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de justitiabele zelf is, zijn in de inrichtingen medewerkers aanwezig die hierover informatie kunnen verstrekken en waar nodig hierbij ondersteuning kunnen geven. Verder is DJI bezig met het voorbereiden van een folder voor (ex-)gedetineerden. VWS stelt geld ter beschikking voor het drukken van de folder en voor vertaling en drukken in verschillende talen. DJI heeft aangegeven deze folder in mei 2006 klaar te hebben. De bedoeling is de folder ruim te verspreiden onder gedetineerden.

13

Is het ministerie van Justitie al aan de slag om ex-gedetineerden te informeren over het activeren van zorgverzekering en mogelijk zorgtoeslag (3.8.1)?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 12.

14 en 15

Bij variant sub a. wordt individueel getraceerde onverzekerden gewezen op hun verzekeringsplicht. Hoe worden deze mensen getraceerd, vooral in

het licht van de tekst op blz. 39 «Uit de door het CBS gepubliceerde cijfers zal nooit herleidbaar zijn om welke personen het gaat»? Welke mogelijkheden zijn er voor bestandskoppeling? Onder welke proportionaliteits-voorwaarde is dit wel mogelijk?

Allereerst merk ik op dat de cijfers die door CBS zullen worden gepubliceerd niet herleidbaar zullen zijn tot personen. De vormen van bestandskoppeling waarmee onverzekerden kunnen worden getraceerd en de voorwaarden waaronder dit mogelijk kan zijn ben ik nog beleidsinhoudelijk aan het voorbereiden. Ik zal uw Kamer hier nog nader over informeren.

Brief van de minister

16

lemand moet toegang hebben tot de noodzakelijke zorg. Wat is de definitie van noodzakelijke zorg in dezen? (blz. 2)

Als minimale zorgplicht ten aanzien van een persoon die niet-rechtmatig in Nederland verblijft, geldt sinds de inwerkingtreding van de Koppelingswet in juli 1998, dat 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 ernstig in gevaar te brengen (Kamerstukken II, 1994/95, 24 233, nr. 3). In het kader van de parlementaire behandeling van de Koppelingswet is dit nader aangeduid als «medisch noodzakelijke zorg».

De definitie benadrukt dat de arts de noodzaak van de zorg vaststelt en gaat uit van het vooropstellen van de professionele verantwoordelijkheid. Het is aan de arts om te beoordelen of zorg noodzakelijk en niet-uitstelbaar is.

17

Wat is de precieze taakopdracht voor de Stuurgroep bij melding van de ontwikkeling in de omvang van de onverzekerden? In de brief staat «medio 2006». Moet hier gedacht worden aan een datum direct na 1 mei, zoals toegezegd aan de Kamer in het algemeen overleg van eind januari jl.?

Ik heb de stuurgroep verzocht om eventuele signalen die zij ontvangen over de ontwikkeling van het aantal onverzekerden en de daarmee samenhangende problematiek door te geven aan mijn ministerie.

Ik zal de Kamer half mei hieromtrent informeren.

18, 37 en 38

Het CVZ betreft in zijn afwegingen bij het bepalen van de hoogte van de op te leggen boete de draagkracht van betrokkene. Welke criteria spelen hierbij een rol en wie legt deze vast?

Kan de minister verduidelijken in welke situaties er voor het uitstellen van de bestuurlijke boete sprake is van een niet-verwijtbare situatie, dan wel van een situatie waarvoor een rechtvaardigingsgrond aanwezig is?

Hoe verhoudt de hoogte van de boete zich tot de draagkracht van de betrokkene? Hoeveel bedraagt de minimale en hoeveel de maximale boete? Kan de minister meer duidelijkheid geven in hoeverre kwetsbare groepen een maximale boete opgelegd krijgen?

De leden van de fracties van het CDA en de PvdA stellen enkele vragen over de boete bij te laat verzekeren. De hoogte van de boete is gelijk aan 130% van het bedrag van de nominale premie van de uiteindelijk afge-

sloten zorgverzekering over de periode dat men ten onrechte verzekerd was, maar met een maximum van vijf jaren. Geen boete wordt echter opgelegd voor zover het te late verzekeren niet verwijtbaar is of er een rechtvaardigingsgrond is. Voorts wordt een lagere boete opgelegd indien de overtreder aannemelijk maakt dat mitigatie wegens bijzondere omstandigheden aangewezen is.

De leden van de PvdA-fractie vragen voorts in welke situaties sprake is van een rechtvaardigingsgrond of van niet verwijtbaarheid. Een concrete situatie waarin sprake zal zijn van een rechtvaardigingsgrond, kan ik niet noemen. Verwezen zij wat dit betreft naar de toelichting op artikel 5.0.5 van het wetsvoorstel vierde tranche Algemene wet bestuursrecht (Kamerstukken II 2003/04, 29 702, nr. 3, pp. 86–88) waarin de rechtvaardigingsgrond voor alle bestuurlijke sancties zal worden geregeld. Artikel 106, eerste lid, onderdeel b, Zvw, waarin de rechtvaardigingsgrond binnen de Zvw is geregeld, loopt hier slechts tijdelijk op vooruit en zal met de inwerkingtreding van de vierde tranche Awb worden geschrapt. Het College zorgverzekeringen (CVZ) heeft in beleidsregels vastgelegd in welke gevallen in ieder geval van niet-verwijtbaarheid bij te laat verzekeren sprake is. Dat is allereerst het geval indien de te late verzekering iemand wegens zijn psychische gesteldheid of verstandelijke vermogens niet kan worden aangerekend. Daarnaast is er geen verwijtbaarheid indien iemand, afgaande op de mededeling van een verzekeraar, dacht een zorgverzekering met die verzekeraar te hebben gesloten terwijl de afgesloten verzekering later geen zorgverzekering blijkt te zijn of later überhaupt geen verzekering tot stand blijkt te zijn gekomen.

De beleidsregels van het CVZ bepalen tevens wanneer er sprake is van bijzondere omstandigheden die aanleiding geven het op grond van de wet berekende boetebedrag – zelfs al is het te late verzekeren verwijtbaar – te verminderen. Dat is het geval indien degene die de verzekering te laat heeft afgesloten, kan aantonen dat hij, gelet op zijn financiële situatie, de volle boete niet binnen een jaar na oplegging zou kunnen voldoen. De boete zal dan door het CVZ worden vastgesteld op een bedrag dat betrokkene wel binnen een jaar zal kunnen betalen, maar op ten minste 30% van de nominale premie. Met het CVZ zal worden overlegd of de beleidsregels, mede gelet op eventuele nieuwe maatregelen die ik zal treffen om het aantal onverzekerden zo beperkt mogelijk te houden, wijziging behoeven.

19

Onder welke voorwaarden heeft het CBP geen bezwaar gemaakt tegen een bestandskoppeling?

Het CBP is van oordeel dat pas nadat de cijfers over het aantal onverzekerden van het Centraal Bureau voor de Statistiek bekend zijn, de beoordeling kan worden gemaakt of het inzetten van een ingrijpend middel als bestandskoppeling het doel, te weten opsporing van onverzekerden, rechtvaardigt.

20

Onder welke voorwaarden is het inrichten van een Waarborgfonds effectief, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet te snel kunnen terugvallen op zo'n fonds? Zijn er mogelijkheden de medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (bijv. illegalen, uitgeprocedeerde asielzoekers e.d.) onder het Waarborgfonds te brengen?

Een waarborgfonds dient gezien te worden als een mogelijk sluitstuk van alle maatregelen. De energie moet zich vooral richten op het voorkomen van onverzekerden.

De mogelijkheden van de diverse fondsconstructies en de benodigde prikkels ben ik momenteel aan het verkennen. Daarbij spelen de beleidsregel dubieuze debiteuren van ziekenhuizen en de uitgaven voor illegalen in de eerste lijn vanuit de Stichting Koppeling een belangrijke rol. Ook de signalen vanuit de GGZ worden gebruikt als input. Ik voer hiertoe diverse gesprekken met andere departementen, zorgaanbieders en verzekeraars. Vanwege het stadium van de verkenning kan ik nu geen zinvolle uitspraken doen.

21

Welke rol kan registratie bij bijv. Bureau Kredietregistratie (BKR) in Tiel spelen bij het voorkomen van premie-achterstand en onverzekerde?

Op dit moment zie ik of de Zvw aangepast kan worden waarbij voortaan voor zorgverzekeraars duidelijk wordt of iemand aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan.

Hiermee is hetzelfde te bereiken als met centrale registratie bij het BKR in Tiel.

Vragen PvdA-fractie

22

Kan de minister aangeven, vooruitlopend op de resultaten van de monitoring door het CBS, of zijn verwachting is uitgekomen dat het aantal onverzekerden onder de Zvw door de genomen maatregelen op 1 januari 2006 kleiner is geworden?

Op dit moment kan ik hier nog geen zinvolle uitspraak over doen, aangezien er nog geen cijfers van aantallen onverzekerden bekend zijn.

23

Is de minister bereid financiële middelen beschikbaar te stellen voor ziekenhuizen, zodat zij een regio-loket kunnen instellen waar de opvang, registratie, verwijzing en het verstrekken van verzekeringsinformatie aan onverzekerden kan plaatsvinden?

Dergelijke initiatieven dienen uit het reguliere ziekenhuisbudget te worden bekostigd. Gezien de jaarlijkse groei van de ziekenhuisbudgetten moet dat ook mogelijk zijn. Ik ben derhalve niet voornemens hiervoor middelen te gaan oormerken en het ziekenhuisbudget specifiek voor het bekostigen van genoemde activiteit op te hogen.

24

Deelt u de mening dat het aan de arts is om te bepalen wat medisch noodzakelijke zorg is? Kan de minister verduidelijken of een vergoeding uit het waarborgfonds, mocht de instelling van een waarborgfonds definitief gestalte krijgen, uitgekeerd wordt op grond van de bevinding van de arts dat medische zorg noodzakelijk wordt geacht?

Het is aan de arts om te beoordelen of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg, zie mijn antwoord op vraag 16.

Voor de overige vraagstelling verwijs ik u naar het antwoord op vraag 20.

25

Deelt de minister de mening dat ook medische zorg die niet direct levensbedreigend is kan vallen onder medisch noodzakelijke zorg, daar uitstel van deze zorg ook ernstige schade aan de gezondheidszorg kan opleveren? In hoeverre komt dergelijke zorg voor vergoeding uit het waarborgfonds in aanmerking?

26

Kan de minister aangeven welke taken rusten op de verzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en op de belangenorganisaties in de aanpak van de onverzekerdenproblematiek, zodat de verantwoordelijkheidsverdeling inzichtelijk kan worden gemaakt?

Alle partijen hebben er een belang bij dat mensen verzekerd zijn en zij nemen hier dan ook hun verantwoordelijkheid. Zo hebben de gemeenten massaal collectieve contracten voor bijstandsgerechtigden en overige minima gesloten, en de belangenorganisaties hebben een actieve rol gespeeld bij de voorlichting van de kwetsbare groepen. Met de verzekeraars ben ik in overleg om de incassomogelijkheden te versterken waardoor royement vanwege wanbetaling wellicht voorkomen kan worden.

27

Hoe is het mogelijk dat zorgverzekeraars nu al het budget op grond van de beleidsregel dubieuze debiteuren halveren, terwijl de minister in antwoord op schriftelijke vragen van het lid Arib (PvdA) (Aanhangsel van de Handelingen nr. 804, Vergaderjaar 2005–2006) heeft aangegeven dat hij vooralsnog niet voornemens is verandering aan te brengen in de beleidsregel dubieuze debiteuren?

Mij zijn geen gegevens bekend waaruit dit als algemeen beeld bij de zorgverzekeraars naar voren komt. De beleidsregel dubieuze debiteuren schrijft niet voor hoe hoog de omvang van de post dubieuze debiteuren dient te zijn maar geeft ziekenhuizen de mogelijkheid om, in overleg met de ziektekostenverzekeraars, de hoogte van hun budget mede te bepalen op grond van afspraken over de omvang van de post dubieuze debiteuren. Naast het maken van afspraken over de omvang van de post dubieuze debiteuren, biedt de beleidsregel partijen tevens de mogelijkheid om zelf afspraken te maken over de wijze waarop oninbare vorderingen worden vergoed (tot een bepaald percentage van de vordering, tot een bepaald maximumbedrag e.d.). Hierin is door mij geen verandering aangebracht.

28

Indien de beleidsregel dubieuze debiteuren zal worden stopgezet, hoe denkt de minister dan dat het «gewone» debiteurenrisico dat zorginstellingen lopen kan worden ondervangen?

Het «gewone» debiteurenrisico kan dan worden ondervangen door dit bedrijfsrisico, net als andere risico's die uit de bedrijfsvoering voortvloeien, te verwerken in de DBC-prijs.

29

In hoeverre hebben Divosa en de VNG gemeenten gewezen op het instrument van de collectieve (aanvullende) verzekering en de voordelen hiervan voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima?

Divosa heeft sociale diensten veel ondersteund bij al hun vragen, expertbijeenkomsten georganiseerd, regiobijeenkomsten gehouden. BS&F, de tussenpersoon die voor het gros van de gemeenten de collectiviteiten regelt, heeft ook een belangrijke rol gehad in nauw overleg met Divosa. BS&F hanteert het systeem dat iedere gemeente voor de maximale korting bij de verzekeraar in aanmerking komt. Telt dus als het ware de deelnemers uit alle gemeenten bij elkaar op waardoor kleine gemeenten evenveel kunnen profiteren als grote gemeenten.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) informeert haar leden o.a. via VNGnet¹, ledenbrieven en (commissie)vergaderingen.

30

Waarom kunnen volgens de minister kleinere gemeenten niet zo snel een schaalvoordeel bereiken, terwijl uit het rapport van de werkgroep blijkt dat ook kleinere gemeenten een schaalvoordeel kunnen behalen door samen te werken?

In de praktijk is gebleken dat in veel gevallen kleinere gemeenten samenwerken met zowel andere kleine gemeenten als de grotere gemeenten in de regio en hiermee wel degelijk een schaalvoordeel kunnen behalen. Het uitwisselen van ervaringen tussen gemeenten die met verschillende zorgverzekeraars een overeenkomst hebben gesloten hebben leidt er toe dat de onderhandelingspositie van gemeenten versterkt wordt. Daarnaast leidt de samenwerking met andere gemeenten er toe dat gemeenten richting zorgverzekeraar(s) een gemeenschappelijke onderhandelingspositie kunnen innemen.

Verschiedende verzekeraars hanteren een kortingsstaffel afhankelijk van het aantal deelnemers. Omdat gemeenten een (vrijwel) identieke overeenkomst sluiten, kan vaak met de verzekeraars worden afgesproken dat voor de bepaling van de korting de deelnemers van de betreffende gemeenten mogen worden opgeteld.

31

Waarom acht de minister het niet zinvol om het Inlichtingenbureau aan de gemeenten een signaal te laten geven m.b.t. de betalingsachterstand voor de sociale minima, waardoor de gemeente contact op kan nemen met de betrokkenen?

Uitbreiding van deze optie tot andere sociale minima is niet mogelijk omdat gemeenten ter zake van deze categorie geen wettelijk instrument hebben dat vergelijkbaar is met artikel 57 WWB. Omdat de inkomstenbronnen van de overige sociale minima een divers karakter hebben is er geen wetgevingscomplex dat op al deze verschillende inkomstenbronnen ziet en dat gewijzigd kan worden. Gemeenten zijn daarnaast voor de overige sociale minima ook niet op dezelfde manier verantwoordelijk als voor bijstandsgerechtigden.

32

Indien blijkt dat na royering van een verzekeringspas door de verzekeraar de betrokkenen zich niet meer verzekeren, is de minister dan bereid een leerplichtstramien, in combinatie met een schadeloosstelling voor de verzekeraar, opnieuw te overwegen?

Ik ben op dit moment met ZN in overleg om te bezien op welke wijze royementen zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen. Ik zal u op korte termijn hier nader over informeren.

33

Kan de minister aangeven wie er precies behoort tot de kwetsbare groepen, waarvoor de afspraak m.b.t. het rechtstreeks overmaken van de zorgtoeslag aan de zorgverzekeraar geldt? Vallen hieronder ook AOW'ers? Is het mogelijk dat de zorgtoeslag voor AOW'ers ook rechtstreeks aan de zorgverzekeraar wordt overgemaakt?

In de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (Awir) is bepaald dat uitbetaling van een voorschot of tegemoetkoming door de Belastingdienst/Toeslagen geschiedt door middel van bijschrijving op een bestaande bankrekening ten name van belanghebbende of diens partner,

¹ <http://www.vng.nl/smartsite.dws?ID=48724>

tenzij daartoe door de belanghebbende een andere rekening is aangewezen. Het staat iedere belanghebbende dus vrij om te kiezen op welke rekening de toeslag moet worden uitbetaald.

Op het aanvraagformulier voor de zorg- en andere toeslagen is een vraag opgenomen op welk rekeningnummer de toeslag uitbetaald moet worden. Als de aanvrager hier het rekeningnummer van de verzekeraar invult, maakt de Belastingdienst/Toeslagen de zorgtoeslag aan de verzekeraar over. Het is aan partijen zelf (verzekeraars en verzekerden) om afspraken te maken over het rechtstreeks overmaken van de zorgtoeslag aan de verzekeraar.

34

In hoeverre is het opleggen van een verplichting tot automatische incasso bij iemand waaruit uit het begeleidend schrijven bij het uitschrijfbewijs blijkt dat betrokkene niet aan zijn betalingsverplichting heeft voldaan, juridisch haalbaar? Kan de minister uiteen zetten op grond van welke wettelijke regeling hij dit haalbaar acht?

De door de leden van de PvdA-fractie genoemde automatische incasso acht ik één van de mogelijkheden die kunnen bijdragen aan een ordentelijk betaalgedrag van mensen die er blij van hebben gegeven in gebreke te blijven bij het voldoen van de verzekeringspremie. Voor het opleggen van een verplichting tot het afgeven van een machtiging tot automatische premie-incasso is het nodig de Zvw in die zin aan te passen.

35

Kan de minister verduidelijken waarom de Belastingdienst niet beschikt over blanco aanvraagformulieren, en waarom deze aanvragen niet administratief kunnen worden verwerkt?

De in 2005 nog onbekende toeslaggerechtigden konden via de belasting-telefoon of via www.toeslagen.nl een aanvraag- of een mutatieformulier aanvragen. Door deze werkwijze is de Belastingdienst in staat eenduidige formulieren te leveren die qua format snel en efficiënt te verwerken zijn. Bij het leveren van blanco formulieren bestaat het risico dat oude versies of (illegale) kopieën in omloop raken, waardoor het verwerkingsproces en de controle/toezicht wordt bemoeilijkt. In de samenwerking met relaties van de Belastingdienst (HIPs=hulp- en informatiepunten) zijn op verzoek, als extra service, sets formulieren geleverd waarmee elektronische handtekeningen kunnen worden aangevraagd.

36

Hoe staat het met de vorderingen van de Belastingdienst t.a.v. het bekijken hoe de zorgtoeslagaanvraag efficiënter kan worden uitgevoerd? Kan de minister aangeven wanneer er een passende oplossing zal zijn voor mensen die geen aanvraagformulier voor zorgtoeslag hebben ontvangen, maar hier wel recht op hebben?

Tijdens de parlementaire behandeling van de VWS begroting heb ik u geïnformeerd over de redenen die mensen hebben om het aanvraagformulier zorgtoeslag niet voor 1 november terug te sturen. Naar aanleiding van nadere vragen die daarover nadien tijdens het AO Zvw van 14 december 2005 zijn gesteld, heb ik aangegeven dat ik zal proberen nadere informatie te geven over het aantal mensen dat de zorgtoeslag niet heeft aangevraagd, terwijl men er wel voor in aanmerking komt. Bij navraag is gebleken dat de redenen die ik tijdens de begrotingsbehandeling aan u heb gemeld niet zijn gewijzigd. De belangrijkste redenen zijn onzekerheid over het inkomen, geen recht op zorgtoeslag en samenwonenden die 2 formulieren hebben gekregen, maar veelal samen

1 aanvraagformulier terugsturen. De verwachting is dat deze groep in de loop van het jaar alsnog een aanvraag zal indienen.

37

Kan de minister verduidelijken in welke situaties er voor het uitstellen van de bestuurlijke boete sprake is van een niet-verwijtbare situatie, dan wel van een situatie waarvoor een rechtvaardigingsgrond aanwezig is?

Zie het antwoord op vraag 18.

38

Hoe verhoudt de hoogte van de boete zich tot de draagkracht van de betrokkene? Hoeveel bedraagt de minimale en hoeveel de maximale boete? Kan de minister meer duidelijkheid geven in hoeverre kwetsbare groepen een maximale boete opgelegd krijgen?

Zie het antwoord op vraag 18.

39

Wanneer wil de minister een definitief besluit nemen over het koppelen van bestanden met als doel de onverzekerden actief op te sporen?

Op dit moment ben ik de mogelijkheden van bestandskoppeling aan het verkennen. Pas nadat de cijfers over het aantal onverzekerden van het Centraal Bureau voor de Statistiek bekend zijn, en de beoordeling kan worden gemaakt of het inzetten van een ingrijpend middel als bestandskoppeling met als doel opsporing van onverzekerden, rechtvaardigt is, zal ik een beslissing nemen.

40

Kan de minister verduidelijken in hoeverre de situatie voor illegalen anders ligt bij andere onverzekerden ten aanzien van het inbouwen van prikkels in het waarborgfonds?

De mogelijkheden van de diverse fondsconstructies en de benodigde prikkels ben ik momenteel aan het verkennen. Daarbij spelen de beleidsregel dubieuze debiteuren van ziekenhuizen en de uitgaven voor illegalen in de eerste lijn vanuit de Stichting Koppeling een belangrijke rol. Ook de signalen vanuit de GGZ worden gebruikt als input. Ik voer hiertoe diverse gesprekken met andere departementen, zorgaanbieders en verzekeraars. Vanwege het stadium van de verkenning kan ik nu geen zinvolle uitspraken doen.

41

Wanneer denkt de minister definitief een beslissing te kunnen nemen over het instellen van een waarborgfonds? Wanneer kan de minister de Kamer meer duidelijkheid verschaffen over hoe dit waarborgfonds gestalte moet krijgen? Hoever is de minister nu gevorderd met de inhoudelijke voorbereiding hoe het waarborgfonds gestalte moet krijgen?

Ook voor het waarborgfonds geldt, dat ik pas een beslissing neem nadat de cijfers van het CBS over het aantal onverzekerden bekend zijn. Ik zal de Kamer rond de zomer nader informeren.

42

Wanneer is er volgens de minister sprake van een «klein» probleem ten aanzien van de onverzekerde bijstandsgerechtigden? Om hoeveel bijstandsgerechtigden gaat het dan volgens de minister?

Ik streef ernaar dat er minder in het algemeen onverzekerden zijn dan ten tijde van de Ziekenfondswet. Dit geldt niet alleen voor de bijstandsgerechtigden.

Voor de bijstandsgerechtigden hebben gemeenten massaal collectieve contracten afgesloten voor bijstandsgerechtigden en overige minima. Inmiddels heeft al ruim 70% van de bijstandsgerechtigde zich hierbij aangesloten. Bijstandsgerechtigden zijn niet verplicht zich aan te sluiten bij een collectieve verzekering van de gemeente. Zij kunnen zelf kiezen bij welke verzekeraar zij zich aansluiten. Van de overige 30% zal een deel zich zelf al hebben verzekerd. Diegene die dit nog niet hebben gedaan hebben nog tot 1 mei de tijd om zich te verzekeren voordat zij als onverzekerde zullen worden aangemerkt.

43

Kan de minister aangeven wat hij gaat ondernemen als zijn verwachting ten aanzien van de inzet van de collectieve basisverzekering bij de overige sociale minima niet uitkomt?

Op dit moment hebben nog niet veel sociale minima zich aangesloten bij de collectieve contracten van de gemeenten.

Voor het overige deel van de vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 9.

Vragen VVD-fractie

44

De minister schrijft in zijn brief dat het CBS met ingang van 1 januari 2006 de aantallen onverzekerden op een andere manier gaat monitoren dan tot nu toe gebeurt. Wanneer kan de Kamer de uitkomsten van deze monitoring verwachten?

Ik streef ernaar om half mei een eerste grove schatting omtrent het aantal onverzekerden aan u bekend te maken. Hierbij merk ik wel op dat dit slechts schattingen zijn en dus met deze cijfers voorzichtig dient om te worden gegaan.

Over de definitieve cijfers over de stand van het aantal onverzekerden per 1 mei 2006, verwacht het CBS in het najaar te kunnen rapporteren.

45

Geen van de geïnventariseerde oplossingsrichtingen bieden los van de andere een afdoende oplossing om onverzekerde te voorkomen. Bij één van de genoemde oplossingen, namelijk het uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven, is de verzekeraar volledig afhankelijk van de medewerking van de burger. De verzekeraar kan namelijk de verzekerde niet dwingen gebruik te maken van een automatische incasso of het doen van een vooruitbetaling. Het alternatief is het hanteren van een lijst met wanbetalers. Mocht in de praktijk blijken dat de eerst genoemde optie niet het gewenste resultaat heeft dan kan, volgens de minister, alsnog overwogen worden om een lijst met wanbetalers te gaan hanteren. Waarom heeft de minister voorkeur gegeven aan het uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven boven het hanteren van een lijst met wanbetalers?

Het CPB heeft aangegeven dat een centrale registratie van wanbetalers meer ingrijpend is in persoonlijke levenssfeer dan het uitschrijfbewijs met begeleidend schrijven, terwijl zelfde doel wordt beoogd, namelijk dat de

verzekeraar bij aanvang van de verzekering een indicatie krijgt of de aspirant-verzekerden aan hun betalingsverplichtingen zullen voldoen.

Uit nader overleg met ZN, maar ook uit gesprekken met individuele verzekeraars is mij duidelijk geworden dat de combinatie van het begeleidend schrijven bij het uitschrijfbewijs niet goed werkbaar is. Om die reden zie ik op dit moment of de Zvw aangepast kan worden waarbij voortaan op het uitschrijfbewijs duidelijk wordt of iemand aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan.

46

Een andere optie die de minister in zijn brief bespreekt is het rechtstreeks overmaken van de zorgtoeslag aan de zorgverzekeraar. Veroorzaakt deze optie een administratieve lastenverzwaring? Zo ja, in welke mate?

Zie het antwoord op vraag 6.