

## **1 Inleiding**

In deze vijfde Voortgangsrapportage komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- 2 Implementatie Zorgverzekeringswet
- 3 Uitvoering van de Wet op de zorgtoeslag
- 4 Onverzekerden
- 5 Eindvonnis kort geding gepensioneerden tegen verzekeraars
- 6 Voorlichting; derde fase campagne de nieuwe zorgverzekering
- 7 Dekking terrorismeschade
- 8 Overige onderwerpen
  - 8.1 Samenloop van inhouding van inkomensafhankelijke bijdragen ouderen
  - 8.2 Zeevarenden
  - 8.3 Voortzetting vergoeding hulphonden
  - 8.4 Gemoedsbezwaarden
  - 8.5 Opzet van de geschillencommissie
  - 8.6 StudentenZorgPlan
  - 8.7 Gedragstoezicht; toezicht op misleidende reclame
  - 8.8 Geestelijken met emeritaat
  - 8.9 Addendum en protocol materiële controle van ZN

## **2 Implementatie Zorgverzekeringswet**

### **2.1 Opzeggingen per 1 maart**

De voor de implementatie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) belangrijke datum van 1 maart is inmiddels verstreken. Tot 1 maart konden verzekerden gebruik maken van het aanbod dat zij van hun verzekeraar ontvangen hebben voor de zorg- en aanvullende verzekering. Dit gaf een ruime periode voor alle verzekeringsplichtigen om informatie te krijgen en na te denken over de diverse verzekeringsmogelijkheden en om de eventueel noodzakelijke acties te ondernemen. Vanwege de daaraan gekoppelde zogenoemde negatieve optie zijn verzekerden, die voor 1 maart niet aan hun verzekeraar hebben laten weten dat zij van dat aanbod geen gebruik maken, van rechtswege vanaf 1 januari 2006 volgens dat aanbod verzekerd voor de periode van een jaar. Een groot aantal verzekerden heeft gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een andere verzekeraar te kiezen of om bij zijn verzekeraar te kiezen voor een andere, veelal aanvullende, verzekering.

Verzekeraars hebben hun administratieve processen vanzelfsprekend voorbereid op de verwerking van een stroom aan mutaties. Deze is inmiddels aanzienlijk groter dan verwacht gebleken nu verzekerden massaal gebruik hebben gemaakt van hun nieuwe keuzemogelijkheden. In dit verband moeten ook nu nog bij meerdere verzekeraars administratieve wijzigingen verwerkt worden en hebben een aantal verzekerden nog niet van de nieuwe zorgverzekeraar te horen gekregen dat zij geaccepteerd zijn voor de gekozen zorg- en aanvullende verzekering. Ook opzeggingen zullen nog niet altijd verwerkt zijn en terug gemeld richting de oude verzekerde. Dit kan tot onzekerheid bij verzekerden leiden en vrees voor mogelijke dubbele verzekering. Ik heb voor dit vraagstuk in februari de aandacht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gevraagd. Verzekeraars zullen soepel omgaan met de opzeggingen van verzekerden die ten gevolge van administratieve achterstanden kort na 1 maart binnenkomen. Dat wil zeggen dat zij die verzekerden zo snel mogelijk alsnog met terugwerkende kracht uitschrijven. Daarbij hoort een spoedige terugbetaling van de al door die verzekerde betaalde premies.

Verzekeraars hebben er in het nieuwe stelsel, met het oog op klantenbinding voor volgende jaren, maar ook om juridische geschillen voor te zijn, alle belang bij te voorkomen dat

verzekerden worden geconfronteerd met problemen op dit vlak. Verzekeraars maken hierover ook goede en werkzame afspraken. Zij zijn waar nodig bereid gebleken om verzekerden die zich op tijd bij de nieuwe verzekeraar gemeld hadden en daarbij hadden aangegeven gebruik te willen maken van een "opzegservice", ook na 1 maart nog uit te schrijven. Uitgangspunt is dus dat verzekerden hiervan geen problemen ondervinden.

Eerder al had ZN aangegeven dat "oude" verzekeraars streven naar een terugbetaling van de premie binnen een periode van 10 werkdagen. Mede naar aanleiding van de berichtgeving van ZN over de maximale termijnen voor de terugbetaling heb ik opnieuw met ZN gesproken. Daarbij is bevestigd dat verzekeraars streven naar terugbetaling van de premies in geval van beëindiging van de verzekering binnen een periode van 10 werkdagen. Tegelijkertijd is nu wel al bekend dat een aantal verzekeraars helaas meer tijd nodig heeft. Ook die verzekeraars streven naar een zo snel mogelijke restitutie van de premies met als uiterste datum 31 maart voor de opzeggingen in februari. Verzekeraars merken hierbij op dat een behoorlijk aantal verzekerden, in het vooruitzicht van een nieuwe verzekering bij een andere verzekeraar, de premiebetaling aan de "oude"verzekeraar tijdig heeft gestaakt. Daarbij komt dat verzekeraars voor nieuw afgesloten verzekeringen tijd nodig hebben om de polis en polisbladen op te maken en dus ook om de premies voor die verzekeringen vast te stellen en aan verzekerden in rekening te brengen. Als gevolg van beide ontwikkelingen is de verwachting dat het aantal verzekerden dat zowel premie betaalt aan de oude verzekeraars als aan de nieuwe verzekeraar, beperkt is. Dat doet niets af aan het feit dat verzekeraars er hard aan werken zo snel mogelijk hun bestanden op orde te hebben en premies tijdig te restitueren. Uit de signalen die mij bereiken trek ik de conclusie dat zij zich hier inderdaad ten zeerste voor inspannen.

## **2.2 Declaratieverkeer**

### *Declaratieverkeer ziekenhuizen*

Uit een eerste monitorronde blijkt dat er enkele aandachtspunten zijn. Deze hebben met name betrekking op de controle op verzekerd zijn (COV). Verder zijn er aandachtspunten met betrekking tot het declaratieverkeer voor zorg die betrekking heeft op het aanvullende pakket. Het feitelijke declaratieverkeer 2006 voor de ziekenhuizen is vanaf half februari op gang gekomen. Eind maart zal de veegploeg een nieuw monitor-rapport opleveren, waarin meer in de diepte informatie zal zijn opgenomen over de gang van zaken.

### *Declaratieverkeer huisartsen*

In de eerste weken van dit jaar zijn er knelpunten ontstaan in het declaratie- en betalingsverkeer tussen huisartsen en verzekeraars. Sindsdien zijn veel acties ondernomen om deze knelpunten aan te pakken. VECOZO heeft haar capaciteit aanzienlijk uitgebreid, waardoor zij in staat is het berichtenverkeer tussen huisartsen en zorgverzekeraars te verwerken. Daarnaast zijn alle verzekeraars inmiddels aangesloten bij VECOZO. Technisch gezien zijn daarmee de problemen rond de COV opgelost. In de praktijk is het echter voor de huisartsen, zelfs na COV-controle, niet altijd duidelijk waar de rekening naartoe moet. Dit wordt onder meer veroorzaakt door het feit dat mensen bezig zijn met het wisselen van zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat huisartsen hierdoor in liquiditeitsproblemen komen, hebben de LHV, ZN en ik afspraken gemaakt over bevoorschotting. Deze afspraken zijn verwoord in een gezamenlijke brief aan alle huisartsen en verzekeraars, die u ook heeft ontvangen. Ik heb begrepen dat veel huisartsen gebruik maken of hebben gemaakt van deze mogelijkheid tot bevoorschotting. Partijen hebben afgesproken dat het voorschot pas terugbetaald hoeft te worden als het declaratie- en betalingsverkeer op orde is. Hierbij is geconstateerd dat betrokkenen in ieder geval tot 1 mei nodig hebben om dit te realiseren. De komende maanden worden benut om alle systemen en administraties op orde te hebben, teneinde zo snel mogelijk een optimaal functionerend

declaratieverkeer te realiseren. Een en ander neemt niet weg dat zich in de tussentijd problemen kunnen voordoen als gevolg van de administratieve verwerking van het aantal switchers. Ik heb daarom aan partijen voorgesteld een gezamenlijke "veegploeg" in te stellen (onder voorzitterschap van VWS) die declaratie- en voorschotproblemen tijdig signaleert en tot een oplossing brengt.

### **2.3 Financiële positie voormalige ziekenfondsen**

In de Invoerings- en aanpassingswet Zvw is onder meer bepaald dat de voormalige ziekenfondsen, die op 1 januari 2006 zorgverzekeraars zijn geworden in de zin van de Zvw, voor 1 februari aan De Nederlandsche Bank (DNB) inzicht moeten verschaffen in onder meer de financiële positie en de stand van de administratieve organisatie. DNB heeft een eerste informatieronde uitgezet en bereidt een tweede ronde voor. Op basis van informatie van een groot aantal zorgverzekeraars constateert DNB dat de mobiliteit van de verzekerden groter is dan de verzekeraars zelf hadden verwacht. Het merendeel van de verzekerden sluit, naast de zorgverzekering, ook een aanvullende verzekering. Verzekeraars verwachten dat circa 90% van alle verzekerden een vorm van aanvullende verzekering heeft afgesloten. Verzekerden kiezen wel bewuster voor de dekking van de aanvullende verzekering hetgeen tot grote aantallen mutaties voor de aanvullende verzekering leidt. Weinig verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Bij de verwerking van de mutaties melden met name de groeiende verzekeraars achterstanden; bij enkele verzekeraars zijn grote werkvoorraden ontstaan. Knelpunt in de verwerking zijn uitschrijvingen die opgespaard zijn en die van andere verzekeraars laat binnenkomen. In het algemeen melden verzekeraars geen grote knelpunten in de ICT en ook noemt geen enkele verzekeraar op dit moment de solvabiliteit een probleem. Bijna alle verzekeraars verwachten nog wel knelpunten bij de onderlinge verrekening van zorgkosten van de zorgverzekering tussen verzekeraars, die zij voor 1 september beogen af te wikkelen. Hiervan merkt de verzekerde echter niets. DNB hanteert voor inzicht in de financiële positie van de zorgverzekeraars en het verzekeringsrisico de Maatwerk Tool Zorgverzekeringen (MTZ). Alle verzekeraars hebben voor 1 maart de MTZ aan DNB aangeleverd. In de komende tijd beoordeelt DNB deze rapportages en zal zij, zo nodig, bij verzekeraars zelf nader onderzoek verrichten.

### **3 Uitvoering Wet op de zorgtoeslag**

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 zich in de loop van het jaar meldt. Zij ontvangen de zorgtoeslag voor het hele jaar.

Voor de meest actuele stand van zaken rondom de zorgtoeslag verwijs ik u naar de voortgangsrapportage van de Belastingdienst/Toeslagen over de maand februari 2006, die u in week 10 heeft ontvangen. Uit die rapportage blijkt dat in totaal ruim 5,7 miljoen burgers tot en met januari een eerste voorschot voor huur- en/of zorgtoeslag hebben ontvangen. Voor bijna 950.000 betalingen heeft een voorlopige vaststelling plaats gevonden. Daarin zijn

ook de eerste aanvragen meegenomen die in de eerste helft van januari zijn ontvangen. Alle betalingen zijn gedaan in december 2005 en in januari 2006.

Om de aanvragen waar een voorlopige vaststelling heeft plaatsgevonden weer regulier te verwerken, worden door de Belastingdienst/Toeslagen in januari, februari en maart via een ingestelde taskforce de benodigde herstelacties uitgevoerd. Het streven is dat alle aanvragen uiterlijk 1 april regulier verwerkt zijn. Dit houdt in dat het voorschot dan aansluit op de gegevens uit de aanvraag en er een verrekening heeft plaatsgevonden met het verstrekte voorlopige voorschot. Dit is ook aan de betrokken aanvragers gemeld op de beschikking. De verwerking van mutaties start naar verwachting half maart. De herziening van het voorschot bedrag zal in de betaling van april worden verwerkt. Overigens heeft Belastingdienst/Toeslagen de meest dringende mutaties reeds handmatig verwerkt.

#### **4 Onverzekerden**

Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 23 januari jl.<sup>1</sup>, wil ik in 2006 een follow-up geven aan de uitwerking van het rapport 'Zorg Verzekerd'. Ik heb daartoe een projectorganisatie ingesteld die de werkzaamheden voortzet met betrokkenheid van organisaties buiten VWS.

De projectgroep werkt, zoals is aangegeven in de in de vorige alinea bedoelde brief, zes groepen van maatregelen verder uit. Het gaat hierbij om de volgende maatregelen:

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

Alvorens in te gaan op de huidige stand van zaken bij de uitwerking moet worden benadrukt dat het van het grootste belang is om zicht te hebben op de ontwikkeling van het aantal onverzekerden en hun kenmerken. Zoals ik eerder heb aangegeven, zal het CBS deze ontwikkelingen monitoren. De eerste cijfers zullen iets gaan zeggen over de stand van het aantal onverzekerden per 1 mei 2006. Na analyse van de gegevens verwacht het CBS in het najaar hierover te kunnen rapporteren.

Om al eerder kwalitatieve informatie in het kader van de onverzekerden te krijgen, is er binnen mijn ministerie een meldpunt ingericht. Bij dit meldpunt kunnen bij onverzekerden betrokken organisaties relevante signalen over onverzekerden doorgeven. Deze signalen kunnen hulpzaam zijn bij het verdere beleid in het voorkomen van het ontstaan van onverzekerden. Het meldpunt is bereikbaar via het internet<sup>2</sup>. De meldingen zijn vooral bedoeld om in kwalitatieve informatie te voorzien; uitspraken over aantallen onverzekerden kunnen hieruit niet worden afgeleid.

Naast dit meldpunt zal ik geregeld contact houden met diverse instanties, zoals gemeenten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, en belangenorganisaties. Doel van deze contacten is wederom het verkrijgen van kwalitatieve informatie ter ondersteuning en ontwikkeling van beleid.

Tot slot wordt met het CVZ bezien of een maandelijks rapportage over de ontwikkelingen van het aantal in- en uitschrijvingen opgesteld kan worden. Hier is de aanlevering van

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 63

<sup>2</sup> Meldpunt: [http://www.formdesk.nl/intratest/signaleringspunt\\_onverzekerden](http://www.formdesk.nl/intratest/signaleringspunt_onverzekerden)

gegevens door zorgverzekeraars noodzakelijk. De vulling van het gegevensbestand begint in maart, maar vanaf mei 2006 is er pas sprake van een min of meer volledige vulling. Omdat over cijfers van in- en uitschrijvingen over één maand geen zinnige uitspraken kunnen worden gedaan, verwacht ik u daarover in de zomer voor het eerst te kunnen informeren.

Wat de diverse maatregelen betreft, wordt de nodige voortgang geboekt. De stand van zaken met betrekking tot de diverse maatregelen is als volgt:

#### **a. collectieve verzekeringen voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima**

Deze maatregel beoogt onverzekerden te voorkomen. Het is immers ook voor deze doelgroep financieel aantrekkelijker om deel te nemen aan een collectieve verzekering dan individueel een verzekering af te sluiten. Bovendien kunnen er als voorwaarde voor de korting betalingsafspraken worden gemaakt met de betrokkenen, zoals een automatische incasso. Dat beperkt de kans op opschorting van de dekking of royement wegens wanbetaling.

Op 23 februari jl. heb ik op een expertmeeting van gemeenten, georganiseerd door Divosa, met ongeveer 60 gemeenten nog eens gesproken over de voordelen die een collectief contract met zich meebrengt.

Op dit moment hebben 325 gemeenten een collectieve verzekering gesloten voor bijstandsgerechtigden en overige minima. Geschat wordt dat 70% van de bijstandsgerechtigden en 10% van de overige minima in een dergelijk collectief contract van de gemeente participeert.

Naar verwachting zullen deze cijfers over het jaar 2006 niet veel meer wijzigen. Divosa zal onder haar leden (sociale diensten) onderzoeken welke knelpunten zij tegenkomen in dit kader en mij hierover informeren. De verwachting is dat dit voor de zomer gebeurt. Met deze informatie zal samen met Divosa, de VNG en ZN worden bezien op welke wijze de participatie van zowel gemeenten, bijstandsgerechtigden als sociale minima kan worden vergroot. Speciale aandacht gaat daarbij uit naar deze laatste groep. Indien het onderzoek knelpunten oplevert, zullen we deze gezamenlijk bezien.

Om het sluiten van een collectief contract te bevorderen en gemeenten tegemoet te komen in de kosten die een collectief contract met zich meebrengt, heb ik 5 miljoen euro beschikbaar gesteld voor 2006. De overboeking naar het Gemeentefonds vindt plaats bij de eerste suppletore begroting van 2006. Hoe de verdeling vanuit het Gemeentefonds naar gemeenten plaats zal vinden, is op dit moment punt van overleg tussen de VNG en het Gemeentefonds.

#### **b. signalering van betalingsachterstanden bijstandsgerechtigden**

Het doel van dit instrument is dat de gemeenten vroegtijdig geïnformeerd worden over een betalingsachterstand van hun bijstandsgerechtigden. De signalering van betalingsachterstanden gaat lopen via het zogeheten Inlichtingenbureau, waarvoor een koppeling tussen gegevensbestanden noodzakelijk is. ZN, CVZ en het Inlichtingenbureau verwachten dat het technisch mogelijk zal zijn dat in juli de eerste signalen worden gegeven aan gemeenten. Het Inlichtingenbureau is daarvoor wel afhankelijk van het (volgens planning vanaf mei 2006 gevulde) gegevensbestand dat door de zorgverzekeraars moet worden gevuld met informatie over betalingsachterstanden. Intussen wordt gewerkt aan de positionering van dit bestand (waarover met het College bescherming persoonsgegevens (CBP) overleg zal worden gevoerd).

#### **c. uitschrijfbewijs**

Deze maatregel beoogt dat verzekeraars bij aanvang van de verzekering een indicatie krijgen of een aspirant-verzekerde aan zijn betalingsverplichtingen zal voldoen. Verzekeraars hebben hiermee een instrument in handen om zelf iets bij te dragen aan het vroegtijdig signaleren

van eventuele wanbetalers en daar vervolgens ook zelf weer maatregelen voor te treffen (bijvoorbeeld een automatische incasso) om royement te voorkomen.

Uit nader overleg met ZN, maar ook uit gesprekken met individuele verzekeraars is mij duidelijk geworden dat verzekeraars de combinatie van het begeleidend schrijven bij het uitschrijfbewijs een niet goed begaanbare weg achten, enerzijds vanwege de administratieve belasting, anderzijds omdat aan het ontbreken van het begeleidend schrijven niet zonder meer de conclusie kan worden verbonden dat sprake is geweest van wanbetaling. Aan de andere kant ben ik het met het CBP eens dat een centrale registratie van wanbetalers niet voldoet aan de voorwaarden van proportionaliteit en subsidiariteit.

Ik heb al aangegeven dat de huidige wettekst de mogelijkheid aan zorgverzekeraars biedt tot het afgeven van een uitschrijfbewijs waarop is aangegeven of betrokken verzekerde heeft voldaan aan zijn wettelijke verplichting tot premiebetaling. Ik onderzoek thans de mogelijkheid om aan dit uitschrijfbewijs een sanctiemogelijkheid te verbinden, in die zin dat bij royement wegens wanbetaling betrokkene bij een volgende verzekeraar de verschuldigde premie vooruit moet betalen.

#### **d. versterken van de incassomogelijkheden van verzekeraars**

Indien verzekeraars een goed incassobeleid hanteren, kan royement van wanbetalers worden voorkomen.

Een mogelijkheid die gemeenten en verzekeraars voorhanden hebben, is het wijzen op de voordelen die een automatische incasso met zich meebrengt. Verzekeraars bieden allemaal de mogelijkheid van een automatische incasso. In vrijwel alle gevallen wordt bij de collectieve contracten gebruik gemaakt van deze optie of vindt er inhouding op het salaris of de uitkering plaats.

Ik ben op dit moment met ZN in overleg om te bezien op welke wijze aan het versterken van de incasso-mogelijkheden gestalte kan worden gegeven. In april 2006 wil ik u daar nader over informeren.

#### **e. verkennen van de mogelijkheid tot actieve opsporing van onverzekerden door bestandenkoppeling**

Door middel van een koppeling van bestanden kan duidelijk worden wie onverzekerd is. De mogelijkheid om over te gaan tot bestandenkoppeling moet worden beoordeeld in het licht van de privacy-wetgeving. Uit die wetgeving vloeit voort dat de aanvaardbaarheid van het zware middel bestandenkoppeling mede-afhankelijk is van de vraag welke acties zullen worden ondernomen in de richting van de onverzekerde. In die zin is de voorbereiding van de bestandenkoppeling dan ook nauw verweven met de acties die zullen worden ondernomen na opsporing van de onverzekerde. In dit verband worden eerst concreet de mogelijke acties die na opsporing van een verzekerde toegepast kunnen worden, in kaart gebracht. Deze maatregel zal overigens pas dan worden ingezet indien uit de resultaten van de monitor van het CBS blijkt dat het aantal onverzekerden toeneemt.

#### **f. verkennen van het nut en de noodzaak van een waarborgfonds voor onverzekerden**

Een eventueel waarborgfonds dient gezien te worden als het sluitstuk van alle maatregelen. De energie moet zich vooral richten op het voorkomen dat mensen onverzekerd zijn. De mogelijkheden van de diverse fonds-constructies worden op dit moment verkend. 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. Hiertoe worden gesprekken gevoerd met andere departementen, zorgaanbieders en verzekeraars.

### **5 Eindvonnissen kort geding gepensioneerden tegen verzekeraars**

Op 25 januari heb ik toegezegd het op die dag gewezen vonnis in kort geding<sup>3</sup> te bestuderen en er op terug te komen. Het kort geding was aangespannen door de Stichting Belangenbehartiging Nederlandse Gepensioneerden in het Buitenland, samen met drie Nederlanders die in Spanje wonen, tegen de zorgverzekeraars Achmea, Delta LLOYD en OHRA.

In deze procedure was de Staat der Nederlanden dus geen partij. Het geding ging over de door de verzekeraars per 1 januari 2006 in rekening gebrachte premies. Door de invoering van de Zvw werden de eisers, naar hun zeggen, geconfronteerd met soms aanzienlijk hogere premies.

In het tussenvonnis van 30 december 2005 had de kortgedingrechter al beslist dat er geen reden is om de nieuwe wetgeving buiten toepassing te laten. Gekeken is dus naar de individuele gevallen. De rechter heeft de verzekeraars gelast om nadere informatie te verschaffen over zowel de premiestelling als over de dekking van de afzonderlijke pakketten, en dit over de jaren 2003 tot en met 2006.

Nadat dit kort geding was aangespannen, hebben de verzekeraars aangepaste voorstellen aan hun verzekerden gedaan. De rechtbank heeft beoordeeld of deze voorstellen, gegeven de bestaande relatie tussen deze verzekeraars en de drie bedoelde verzekerden, "naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn". Dit oordeel valt voor de eisende partijen negatief uit. Er is geen grond voor ingrijpen van de rechter. Daarom zijn de vorderingen afgewezen. Deze rechterlijke toets had tot gevolg dat de (aangepaste) verzekeringen konden worden voortgezet.

## **6 Voorlichting; derde fase campagne de nieuwe zorgverzekering**

De derde campagnefase, die liep van 8 december tot 1 maart jl., is inmiddels ten einde. Deze campagnefase bevatte, evenals de eerste, een massamediale component met spotjes via radio en televisie in de zendtijd van Postbus 51 (uitgezonden vanaf 8 december tot medio januari). Uit het onderzoek dat de RVD uitvoert naar het effect van de campagne en dat tegelijkertijd plaatsvindt, blijkt dat zowel de boodschap van de radiospot (negatieve optie) als die van de tv ('zorg dat u er voor 1 maart uit bent') goed is geland. De meest recente cijfers, die dateren van medio februari, geven aan dat het percentage dat op de hoogte is van beide boodschappen rond de 90 ligt.

De website [www.denieuwezorgverzekering.nl](http://www.denieuwezorgverzekering.nl) krijgt geleidelijk aan minder bezoekers. Waren dit er in december nog zo'n 100.000 per week; medio februari was dat teruggelopen tot 50.000 bezoekers. Ook het aantal keren dat de database met veelgestelde vragen werd geraadpleegd, alsmede het daarbij bekeken aantal pagina's, is sterk gedaald, al werden medio februari nog altijd ruim 145.000 pagina's bekeken (op ruim 31.000 raadplegingen van de database). Van medio december tot medio januari (de drukste periode) lagen deze aantallen respectievelijk gemiddeld rond de 100.000 raadplegingen per week, waarbij gemiddeld 350.000 pagina's werden bekeken. Ook het aantal vragen dat wordt gesteld aan de telefoon neemt nu gestaag af. Waren dat er in de drukke periode in december en januari nog zo'n 8000 per week. Medio februari was dat gedaald tot ruim 1700 telefoontjes. De dalende bezoekersaantallen komen overeen met de onderzoeksuitkomsten die een sterk dalende behoefte aan informatie aangeven. Nog slechts 6% van alle ondervraagden zegt behoefte te hebben aan meer informatie (dit was 32% voor de start van deze campagnefase). Verzekeraars blijven de belangrijkste informatiebron.

Vanaf het begin van de campagne (juli 2005) tot en met medio februari 2006 heeft Postbus 51 in totaal 230.000 vragen beantwoord. De database met veelgestelde vragen op de website [www.denieuwezorgverzekering.nl](http://www.denieuwezorgverzekering.nl) is 2.800.000 keer geraadpleegd. Het aantal bekeken pagina's ligt grofweg een factor 5 hoger. De website zelf heeft in de hele periode

---

<sup>3</sup> Rechtbank 's-Gravenhage, 30 december 2005 (tussenvonnissen) en 25 januari 2006 LJ AV0337 en AU8874

2,3 miljoen bezoekers getrokken. De website kiesBeter van het RIVM heeft tot en met week 7 zo'n 1,7 miljoen bezoekers getrokken.

Het voorlichtingstraject voor moeilijk bereikbare doelgroepen dat is gestart in oktober 2005, wordt in de komende maanden voortgezet. In totaal verstrekt VWS €2 miljoen subsidie aan intermediaire organisaties die deze doelgroepen benaderen. De belangrijkste resultaten tot medio februari zijn:

- \* 325 gemeenten (waaronder de gemeente Groningen) hebben een collectiviteit geregeld. De verwachting is dat 80% voor 1 juli 2006 een collectiviteit zal hebben.
- \* Ouderenorganisaties hebben zo'n 450 voorlichtingsbijeenkomsten gehouden. Daarbij waren in totaal 27.000 mensen aanwezig. Ook hebben de ouderenbonden aan 250.000 leden een mailing verstuurd. Via de servicelijnen zijn 5000 telefoontjes beantwoord en 550 e-mails beantwoord.
- \* Via tijdschriften voor migranten en voorlichtingsbijeenkomsten (230) zijn ongeveer 36.000 oudere migranten bereikt.
- \* De Landelijke Vereniging Thuislozen heeft tijdens haar bustour 30 steden aangedaan en voorlichting gegeven in de opvanghuizen.
- \* VNO-NCW heeft 13 regionale voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd, waar 2500 bedrijven zijn geweest. Daarnaast hebben 500 bedrijven voorlichtingsmateriaal aangevraagd. Tevens is een antwoordnummer opengesteld, waarop van juni tot half december 40 vragen per week binnenkwamen. Voor leden is voorlichtingsmateriaal ontwikkeld.
- \* De gezamenlijke vakbonden hebben zo'n 350 voorlichtingsbijeenkomsten gehouden en daarmee circa 50.000 mensen bereikt. Ook zij hebben brochures ontwikkeld voor hun leden.

In deze derde fase is medio februari nog een 'ingezonden mededeling' (IM) verschenen (een advertentie op de redactionele pagina's) in de landelijke en regionale dagbladen, waarin men nog eens werd geattendeerd op de naderende datum van 1 maart en het aflopende aanbod van de huidige verzekeraar.

## **7 Dekking terrorisemeschade**

Om terrorisemeschaden niet geheel te hoeven uitsluiten van de dekking van de zorgverzekering, hebben de zorgverzekeraars zich aangesloten bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden NV (NHT). Via de NHT zijn de schaden als gevolg van een terroristische aanslag tot een bedrag van € 1 miljard per kalenderjaar herverzekerd. Indien wegens terrorisme bij alle verzekeraars tezamen (schadeverzekeringen, natura-uitvaartverzekeringen en een groot deel van de levensverzekeringen) meer dan het bij de NHT herverzekerde bedrag van € 1 miljard zal worden geclaimd, worden de op grond van de zorgverzekering te verzekeren prestaties beperkt tot het door de NHT vast te stellen uitkeringspercentage. Kortom, als de schade als gevolg van een terroristische aanslag boven € 1 miljard uitkomt, kunnen getroffen personen slechts een deel van hun zorgkosten vergoed krijgen uit hoofde van hun zorgverzekering. De Kamer heeft mij gevraagd uiteen te zetten onder welke omstandigheden het kabinet bereid is om een nadere invulling te geven aan de dekking van terrorisemeschade.

In het Besluit zorgverzekeringen is reeds aangegeven dat de ongedekte zorgschade bij een terroristische aanslag met een schade boven € 1 miljard euro kan worden gedekt via een extra vereveningsbijdrage uit het zorgverzekeringsfonds. Bij ministeriële regeling zal dan de omvang van de aanvulling worden geregeld. Aangezien de vereveningsbijdragen uit het zorgverzekeringsfonds worden gefinancierd, wordt aldus de solidariteit met de getroffen personen alsnog vormgegeven.



Als de ongedekte schadelast echter zodanig is dat een extra vereveningsbijdrage geen uitkomst biedt, kan het Kabinet besluiten om buiten de verevening om extra gelden ten laste van de algemene middelen ter beschikking te stellen.

Ik kan me voorstellen dat in het geval van een zeer grote schade voor de zorgsector behoefte is aan een extra borging voor het direct beschikbaar stellen van geld voor zorg. Evenzo is voorstelbaar de behoefte om te willen borgen dat de infrastructuur zo snel mogelijk wordt opgebouwd en dat de landbouwsector automatisch wordt gecompenseerd voor gederfde opbrengsten, etcetera. Het is echter niet mogelijk om reeds nu - derhalve vóór zich een dergelijke ramp heeft voorgedaan - een inschatting te maken van de mogelijke gevolgen van zo'n ramp voor de vele verschillende sectoren in Nederland, en om te beslissen welke categorieën benadeelden een ruimhartiger behandeling zullen krijgen dan andere. Zou hierover toch nu al worden besloten, dan beperkt dat de mogelijkheden om op het moment dat dat opportuun is, een afweging te maken op basis van alle zich dan voordoende relevante feiten en omstandigheden. Bovendien speelt hier de interferentie met de verzekeringsmarkt en de kwestie van de aansprakelijkheid voor de schade, die per geval kan verschillen.

In het geval de totale schade de € 1 miljard euro overschrijdt, is er sprake van een situatie waarin het kabinet zal moeten nagaan:

- wat de aard en omvang van de rampsituatie is (bijv. één wijk of stad getroffen, of een regionale of landelijke ramp);
- welke andere fysieke en niet-fysieke schades zijn opgetreden. Hier geldt in het bijzonder nog de vraag of iemand aansprakelijk kan worden gesteld, en welke schades wel en niet via reguliere verzekeringen worden gedekt;
- welke prioriteit moet worden gegeven aan herstel van de infrastructuur en van strategische industrieën/diensten, inzet van defensie, extra inzet van zorgverlenend personeel, etcetera;
- of additionele (nood-)wetgeving vereist is om budgettaire middelen vrij te spelen en deze wetgeving door het parlement te laten autoriseren.

Zoals steeds het geval is bij omvangrijke noodsituaties kan pas als dit totaalbeeld helder is, in overleg met het parlement, de mogelijkheid worden bezien van het eventueel aanvullen van de ongedekte zorgschade.

## **8 Overige onderwerpen**

### **8.1 Voorschotregeling teveel geheven inkomensafhankelijke bijdrage**

Tijdens een AO op 8 februari 2006 en een Voortgezet AO over de loonstrookjes op 16 februari 2006 is in de Tweede Kamer gesproken over teveel geheven inkomensafhankelijke bijdrage (boven het maximumbedrag van € 30 015). In vervolg op het AO van 8 februari heeft de Staatssecretaris van Financiën in een brief van 14 februari 2006 aan de Tweede Kamer<sup>4</sup> aangegeven voornemens te zijn een voorschotregeling te treffen voor ouderen met een AOW-, VUT- en/of (pre-)pensioenuitkering. Ik kan u medelen dat deze regeling in voorbereiding is. De regeling zal ertoe leiden dat (onder nader te bepalen voorwaarden) voor deze groep mensen medio dit jaar een voorschot op de teruggave van teveel geheven inkomensafhankelijke bijdrage zal plaatsvinden.

### **8.2 Zeevarenden**

In het AO Zvw van 14 december 2005 heb ik toegezegd te bezien of voor 2007 een verlaagd tarief voor de inkomensafhankelijke bijdrage voor zeevarenden mogelijk is. Ik heb met de Vereniging Landelijk Platform Maritiem voor werk, inkomen en zorg overleg gevoerd

---

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 69

over de positie van zeevarenden onder de Zvw in het algemeen en de inkomensafhankelijke bijdrage voor zeevarenden in het bijzonder.

Naar aanleiding van dit overleg heb ik besloten de kring van verzekerden voor wie een verlaagde inkomensafhankelijke bijdrage geldt uit te breiden met verzekerde kapiteins van zeeschepen en schippers van zeevissersschepen, verzekerde zeevissers die niet op arbeidsovereenkomst, maar op maatschappijovereenkomst hun arbeid verrichten en de op grond van EG-Verordening 1408/71 of een bilateraal sociale zekerheidsverdrag in Nederland verzekerde zeelieden die aan boord van niet-Nederlandse schepen hun arbeid verrichten en op wie het Verdrag van Seattle van toepassing is. De Regeling zorgverzekering wordt op dit punt gewijzigd. Deze wijziging zal terugwerken tot 1 januari 2006.

De inkomensafhankelijke bijdrage voor zeevarenden is voor 2006 vastgesteld op 4,4. Ik heb de Vereniging Landelijk Platform Maritiem voor werk, inkomen en zorg in een brief van 21 februari 2006 meegedeeld dat ik met het College voor zorgverzekeringen wil bekijken of er aanleiding is om voor 2007 een lager percentage dan 4,4 vast te stellen. Dit vraagt een goede weging van argumentatie, waarbij zowel de bijdrage aan de solidariteit in het zorgverzekeringsstelsel als de daadwerkelijke kosten die door zeevarenden gemaakt worden, een rol spelen. Uit een overleg dat ik onlangs met Financiën heb gevoerd blijkt in ieder geval dat wijzigingen in het tarief voor 2007 technisch gezien mogelijk zijn.

Met het opheffen van de afzonderlijke kas voor zeelieden heb ik bepaald dat alle reserves geormerkt in de Algemene Kas afgestort worden. Ik heb toegezegd dat indien het Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden als zelfstandige zorgverzekeraar de Zvw zou gaan uitvoeren, ik de afgedragen reserves zou terugstorten. Inmiddels is gebleken dat aan deze voorwaarden is voldaan. Daarom heb ik het College voor Zorgverzekeringen verzocht de reserves terug te storten.

### **8.3 Voortzetten van vergoedingen voor hulphonden**

In het AO over de Zorgverzekeringswet van 25 januari ben ik naar aanleiding van een vraag van de heer Omtzigt ingegaan op de voortzetting van de vergoeding voor hulpmiddelen onder de Zvw. Daarbij heb ik tevens aandacht besteed aan de voorziening die in de Invoerings- en aanpassingswet Zvw is opgenomen om de voortzetting van in 2005 al lopende en geïndiceerde vergoedingen in 2006 te waarborgen. Zowel in dat AO als in de uitzending op 25 februari van het televisieprogramma 'Kassa' ging daarbij bijzondere aandacht uit naar de vergoedingen voor hulphonden. Om die reden wordt over de vergoedingen voor hulphonden in deze brief nadere uitleg gegeven.

#### *Algemeen*

Verschillende malen heb ik met Uw Kamer van gedachten gewisseld over de aanspraak van de verzekerde op een hulphond. In het AO van 25 januari 2006 is nog eens uiteengezet hoe de indicatiestelling voor dit hulpmiddel plaatsvindt. Ik heb in dit overleg toegezegd dat ik met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zal gaan praten over de voortvarende en juiste uitvoering van de Zvw in dezen.

Op 24 februari 2006 heb ik uw Kamer bij brief geïnformeerd over de situatie ná 1 januari 2006, naar aanleiding van een verzoek van de Vaste commissie voor VWS van 27 januari 2006. Desondanks zijn, zoals ook blijkt uit de genoemde uitzending van 'Kassa', vragen blijven bestaan over dit hulpmiddel.

Om daaraan tegemoet te komen zal ik nogmaals uiteenzetten of en op welke wijze de verzekerde recht heeft op deze zorg, op welke wijze de indicatiestelling wordt gesteld en wat de rol van de verzekeraars en de zorgaanbieders hierin is. Daarbij zal ik zowel de situatie

vóór 1 januari 2006 schetsen als de situatie zoals deze geldt na de inwerkingtreding van de Zvw.

#### *Situatie voor 1 januari 2006*

De financiering voor het opleiden door een hondenschool en het gebruik van hulphonden en van blindengeleidehonden was tot 1 januari 2006 geregeld als subsidie ingevolge de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

Het ging daarbij om de subsidiëring van de opleidingskosten van de hulphonden die door het CVZ werd verstrekt. In het geval van de subsidiëring van de hulphonden is deze subsidie aan twee stichtingen verstrekt, namelijk aan de Stichting "De Hond Kan De Was Doen" en de Stichting Hulphond Nederland. Dit gebeurde door financiering vooraf.

Op 22 juni 2005 zijn de hondenscholen formeel in kennis gesteld dat de subsidie zou worden beëindigd bij de invoering van de Zorgverzekeringswet. Er zijn verschillende voorlichtingsbijeenkomsten gehouden met de aanbieders van hulphonden. Dat in de nieuwe situatie de aanbieders met elkaar moeten concurreren, waarbij zij in een vergelijkbare uitgangspositie zouden verkeren, kan voor hen dan ook allerm minst als een verrassing zijn gekomen. Voorts heeft het CVZ de verzekerden die als kandidaat voor een hulphond waren geregistreerd schriftelijk ingelicht over de voornemens om de aanspraak op de honden onder de Zvw te brengen.

Daarnaast verleende het CVZ subsidie aan de verzekerden voor de gebruikskosten van de hulphond. Bij het nemen van een indicatiebeschikking werd het CVZ voor het medische gedeelte geadviseerd door Argonaut en voor het praktische gedeelte door de school. Als beide positief waren, nam het CVZ een positieve beschikking.

#### *Situatie 2006 (Zorgverzekeringswet)*

Per 1 januari 2006 is ingevolge artikel 11 van de Zvw in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering omschreven welke zorg deel uitmaakt van het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet. In artikel 2.34, eerste lid, onderdeel b, van de Regeling Zvw is de aanspraak op hulphonden gedefinieerd. De wetgever regelt dat de verzekerden aanspraak op deze zorgvorm kunnen hebben, maar er wordt niet precies aangegeven welke aanbieder de zorg moet verlenen. Iedere aanbieder die daartoe bevoegd is mag bepaalde zorg leveren. De zorgverzekeraar kan afhankelijk van de inhoud van de zorgpolis de zorgaanbieder aanwijzen waartoe de verzekerde zich moet wenden, dan wel de verzekerde zelf laten bepalen tot welke zorgaanbieder hij zich wendt. Het is dus mogelijk dat ook andere zorgaanbieders dan bijvoorbeeld de genoemde stichtingen hulphonden kunnen afleveren. Indien de zorgverzekeraars een zorgaanbieder aanwijzen waartoe de verzekerde zich moet wenden, zal de zorgverzekeraar een contract sluiten met deze zorgaanbieder en onderhandelen over financiering van de zorg, waarbij volgens ZN over het algemeen geen financiering vooraf plaatsvindt. Eerst zal er een hond afgeleverd moeten worden, voordat er sprake kan zijn van een betaling. Met welke hondenschool de zorgverzekeraar een contract sluit bepaalt de zorgverzekeraar zelf en daarbij zullen - zoals beoogd - doelmatigheidseisen en kostenafwegingen zeker een rol spelen. Van belang is nog in dit verband op te merken dat de nieuwe verstrekking nauwlettend wordt gemonitord door het CVZ gedurende de komende drie jaar. Het CVZ heeft daarvoor een extern onderzoeksbureau (Research voor Beleid) ingehuurd.

Zoals gezegd bepaalt de wetgever de aard en de inhoud van de zorg. De zorgverzekeraar bepaalt in zijn zorgpolis op welke wijze de indicatie wordt gesteld.

De scholen en zorgverzekeraars zijn het met elkaar eens dat het wenselijk is de indicatiestelling onafhankelijk te laten plaatsvinden, zoals dat ook bij de subsidie gebeurde. ZN heeft laten weten dat de medische indicatiestelling geschiedt door ergotherapeuten die

bij de revalidatie van de desbetreffende persoon betrokken zijn. De praktische indicatie geschiedt door de hondenscholen.  
Het is dus niet zo, evenmin als bij andere zorg, dat zorgverzekeraars de indicatie stellen.

#### *Overgangsrecht*

In overeenstemming met mijn toezegging heb ik over deze aangelegenheid op 3 februari 2006 overleg gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Zoals ik ook in de Kamer al heb toegelicht is voor deze aangelegenheid voorzien in overgangsrecht. Dit komt op het volgende neer.

Als de verzekerde al voor 1 januari 2006 toestemming had voor deze zorg, geldt die toestemming ook in 2006 en verder (voor de afgegeven duur) als grondslag voor het verkrijgen van de hulphond. Ontving de verzekerde de zorg op het tijdstip van inwerkingtreding van de Zvw, dan behoudt hij het recht op die zorg ook, indien hij deze betreft van een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd door de nieuwe zorgverzekeraar. Dit vloeit voort uit de artikelen 2.5.3 en 2.5.4 van de Invoerings- en aanpassingswet Zvw. Voor de hulphonden betekent dit dat het indicatie-advies dat door Argonaut voor een periode van twee jaar wordt afgegeven, gedurende die periode ook van toepassing is op het recht op een hulphond op grond van deze regeling, en voorts dat van de hulphond gebruik kan worden gemaakt zolang dat nodig is, ook als het een niet gecontracteerde aanbieder betreft. Aan ZN is gevraagd de zorgverzekeraars nogmaals hierop te wijzen. In een overleg dat op 2 maart 2006 heeft plaatsgevonden met ZN, naar aanleiding van de aandacht in de media, is mij gebleken dat ZN de problematiek nauwgezet volgt.

ZN heeft regelmatig en direct overleg met de leden, onder andere in een werkgroep 'hulphonden'. Er zijn geen aanwijzingen dat de zorgverzekeraars zich niet houden aan de regelgeving. De aanspraak op hulphonden is helder vastgelegd, evenals het overgangsrecht; ik ga er dan ook vanuit dat zich voor verzekerden op dit terrein geen problemen voordoen. Wel is het zo dat, zoals hierboven uiteengezet, met de invoering van de Zvw een wijziging is opgetreden in de positie van de twee bestaande aanbieders.

#### **8.4 Gemoedsbezwaarden**

In artikel 2 van de Zvw is geregeld dat mensen die door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) zijn ontheven van de verplichtingen, voortvloeiende uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), geen zorgverzekering hoeven te sluiten. Tijdens het algemeen overleg van 25 januari 2006 heeft de heer Van der Vlies enkele punten van kritiek geuit over de wijze waarop de SVB de ontheffing van de AWBZ-verplichtingen uitvoert. Naar aanleiding daarvan hebben mijn medewerkers contact opgenomen met de SVB. Daaruit blijkt dat het vorig najaar inderdaad soms lang duurde voordat de SVB iemand een formulier toestuurde waarop hij zich als gemoedsbezwaarde kon melden. Dat hing samen met de invoering van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv), op grond waarvan de SVB sinds 1 januari 2006 ook de ontheffing van de uit de werknemersverzekeringen voortvloeiende verplichtingen verleent. Deze taakuitbreiding noopte de SVB vorig najaar tot aanpassing van haar formulieren. Inmiddels zijn de nieuwe formulieren klaar en worden ze weer snel naar de aanvragers ervan verzonden.

Daarnaast heeft de SVB naar aanleiding van het signaal van de heer Van der Vlies haar regiokantoren erop gewezen, dat een ontheffing van de AWBZ-verplichtingen er niet aan in de weg staat dat AWBZ-zorg genoten kan worden. Gemoedsbezwaarden worden daarmee niet oneerlijk bevoordeeld ten opzichte van AWBZ-verzekerden, aangezien gemoedsbezwaarden een premieervangende belasting betalen die even hoog is als de AWBZ-premie die zij zouden hebben betaald indien zij geen gemoedsbezwaardenonthefing zouden hebben gehad.

De heer Van der Vlies vroeg in het algemeen overleg ten slotte, waarom de SVB sinds 1 januari 2006 het beleid hanteert dat kinderen van gemoedsbezwaarden een eigen gemoedsbezwaardenonthefving moeten hebben en als zodanig door de SVB moeten worden geregistreerd. Daar zijn de volgende redenen voor:

- Strikt juridisch gezien dient iedereen die als gemoedsbezwaarde wil worden aangemerkt, een ontheffing van de SVB te hebben. Dat is voor kinderen niet anders dan voor volwassenen. Daarmee is het ook voor iedereen die bij de uitvoering van de Zvw en AWBZ betrokken is, het helderst als ook gemoedsbezwaarde kinderen zijn geregistreerd.
- De SVB, die zoals hiervoor aangegeven per 1 januari 2006 ook de ontheffing en registratie van gemoedsbezwaarden voor de werknemersverzekeringen verricht, streeft ernaar een zo volledig mogelijke registratie van alle gemoedsbezwaarden tot stand te brengen. In dat kader is het van belang dat ook kinderen van gemoedsbezwaarden als gemoedsbezwaarde zijn geregistreerd.
- VWS en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zullen met het oog op mogelijke maatregelen het aantal onverzekerden Zvw monitoren. Als de SVB niet beschikt over een sluitend bestand van gemoedsbezwaarde kinderen, zullen deze in het aantal "ten onrechte onverzekerden" worden meegenomen, waardoor het onverzekerdenprobleem groter lijkt dan het in feite is.
- Een niet als gemoedsbezwaarde geregistreerd kind zou vanaf zijn achttiende, op straffe van een boete, zelf een zorgverzekering moeten sluiten en nominale premie moeten betalen, dan wel enkele maanden voor zijn achttiende alsnog registratie als gemoedsbezwaarde moeten aanvragen. Dat betekent dat gemoedsbezwaarde adolescenten (of hun ouders) behoorlijk alert zouden moeten zijn. Nu de SVB kinderen reeds voor hun achttiende als gemoedsbezwaard zal registreren, kan en zal de SVB er tevens voor zorgen dat kinderen enige tijd voordat zij achttien worden een brief krijgen, met het verzoek om aan te geven of zij vanaf hun achttiende als gemoedsbezwaarde geregistreerd willen blijven staan of niet (in het laatste geval zullen ze vanaf hun achttiende een zorgverzekering moeten sluiten). Daarmee wordt de kans op een boete wegens het ten onrechte niet verzekerd zijn nadat iemand achttien is geworden, een stuk kleiner.

De administratieve lasten van de afzonderlijke ontheffing van kinderen zullen voor gemoedsbezwaarden beperkt worden gehouden door hen een formulier toe te zenden waarop zij niet alleen voor zichzelf ontheffing kunnen vragen, maar ook voor hun kinderen. Aldus wordt voorkomen dat voor ieder gezinlid een afzonderlijk formulier moet worden ingevuld.

Nu de kwestie van het al dan niet afzonderlijk ontheffen en registreren van kinderen van gemoedsbezwaarden is opgelost, kan ik de verdere uitwerking van de voorlichting aan gemoedsbezwaarden, die ik tijdens het algemeen overleg van 14 december 2005 heb toegezegd, ter hand nemen. Ik ben voornemens die voorlichting te geven door middel van een advertentie in het Reformatorisch Dagblad.

## **8.5 Opzet van de geschillencommissie**

Ook heeft u inzicht gevraagd in de opvattingen van de Consumentenbond over de wijze waarop zorgverzekeraars invulling hebben gegeven aan de in artikel 114 van de Zvw genoemde geschillenregeling. Graag voldoe ik hiermee aan dat verzoek.

Artikel 114 van de Zvw schrijft voor dat verzekeraars voor een goede klachtafhandeling zorgdragen. Daarenboven bepaalt de wet dat verzekeraars zich moeten aansluiten bij een onafhankelijke geschillencommissie. Immers, indien een verzekerde met de verzekeraar van mening blijft verschillen over de door hem voorgelegde klacht, moet een derde oordeel mogelijk zijn. Natuurlijk staat daarvoor de weg naar de burgerlijk rechter open. De geschillencommissie voorziet echter in een laagdrempelige, relatief snelle en goedkope

procedure. Al in een vroegtijdig stadium heeft ZN mij laten weten zich sterk te willen maken voor de oprichting van een dergelijke geschillenregeling. Alle bij ZN aangesloten verzekeraars sluiten zich ook aan bij die geschillencommissie; daardoor ontstaat voor alle zorgverzekerden één geschillenregeling.

ZN heeft mij over de wijze waarop aan de geschillencommissie invulling is gegeven het volgende meegedeeld. ZN heeft over de vormgeving van die geschillenregeling zowel overleg gevoerd met de Consumentenbond als met de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF). Met de opmerkingen van beide organisaties heeft ZN bij de definitieve inrichting van de regeling terdege rekening gehouden. De NPCF heeft onvoorwaardelijk zijn steun uitgesproken voor de door ZN inmiddels opgerichte geschillencommissie. Zij heeft ook een vertegenwoordiger in het bestuur van de stichting waaronder de geschillencommissie ressorteert.

De Consumentenbond is een sterke voorstander van het in algemene voorwaarden vastleggen van de relatie aanbieder/consument. De Coördinatiegroep Zelfreguleringsoverleg van de SER biedt branche- en consumentenorganisaties daarvoor een platform. De kroon op de totstandkoming van de algemene leveringsvoorwaarden vormt veelal de instelling van een geschillencommissie voor die branche. Deze commissies worden in stand gehouden door de Stichting Geschillencommissie Consumentenzaken (SGC) en kunnen door de Minister van Justitie worden erkend, wanneer zij aan de voorwaarden van de Erkenningsregeling Geschillencommissies consumentenklachten 1997 voldoen. De uitspraken van die commissies hebben de status van een bindend advies, maar kunnen (indien het oordeel van de geschillencommissie naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn) door de burgerlijke rechter op verzoek van een van de partijen worden vernietigd.

ZN heeft gekozen voor een wat andere opzet omdat voor de verzekeringssector al de Ombudsman verzekeringen bestaat en het (mede door de Consumentenbond opgerichte) Klachteninstituut verzekeringen. ZN heeft daarom besloten haar geschillenregeling niet onder de SGC onder te brengen maar te laten aansluiten bij de al bestaande instituten in de verzekeringsbranche. Het feit dat deze instituten thans naar tevredenheid functioneren en het feit dat verzekeraars, die hun algemene voorwaarden veelal in de polis vastleggen, geen meerwaarde verwachten van het afzonderlijk binnen de Coördinatiegroep vaststellen van algemene voorwaarden, zijn de belangrijkste redenen voor deze keuze. De leden van de geschillencommissie zijn onafhankelijk en worden op basis van hun deskundigheid benoemd door het bestuur van de stichting waaronder de commissie ressorteert. De werkwijze en de uitspraken van de commissie, die de status hebben van een bindend advies, wijkt ook niet of nauwelijks af van de wijze waarop de meeste geschillencommissies van de SGC functioneren. Bovendien voldoet de geschillencommissie aan de eisen die te Wet financiële dienstverlening (Wfd) terzake stelt aan financiële instellingen (zoals zorgverzekeraars). Er is wel een aspect dat maakt dat sprake is van een bijzondere situatie. Immers voor alle geschillen die betrekking hebben op de wettelijke aanspraken dient de geschillencommissie (op grond van artikel 114, derde lid, Zvw) advies in te winnen bij het CVZ. Het CVZ beschikt daarvoor over de deskundigheid.

In zijn brief aan de Consumentenbond heeft ZN de vraag voorgelegd of de Consumentenbond, net als de NPCF, bereid zou zijn zitting te nemen in het bestuur van de geschillencommissie. Daarvan heeft de Consumentenbond tot nu toe geen gebruik gemaakt. De wijze waarop ZN invulling heeft gegeven aan de geschillenregeling voldoet aan hetgeen de Zvw terzake vraagt.

Over de toegang tot de geschillencommissie, waarnaar in het AO op 25 januari eveneens is gevraagd, kan nog worden opgemerkt dat de verzekerde met een klacht in eerste instantie naar zijn zorgverzekeraar gaat. Als de verzekerde het niet met de verzekeraar eens wordt, dan kan hij het geschil voorleggen aan de geschillencommissie.

## **8.6 Beoordeling StudentenzorgPlan**

Het StudentenzorgPlan wordt op internet aangeboden door de Stichting ZekerZorg (SZZ). In dat plan biedt SZZ aan studenten een lening ten behoeve van de financiering van een via SZZ gesloten zorgverzekering tegen een zeer lage nominale premie. SZZ wenst de verzekering onder te brengen bij een aantal, ook op de website genoemde zorgverzekeraars en zoekt voor de lening contact met enkele, overigens niet genoemde, banken. Een aantal verzekeraars heeft inmiddels bezwaar gemaakt tegen de vermelding van hun naam en de aan de website van SZZ gekoppelde doorschakeling naar de website van deze verzekeraars. In het StudentenzorgPlan is rekening gehouden met een volledige teruggave van de no-claim en wordt gerekend met een vrijwillig eigen risico. Bovendien dient de student zijn zorgtoeslag over te maken op zijn zorgrekening die door SZZ voor hem wordt aangehouden. Voor hetgeen dan overblijft aan nominale premie bouwt de verzekerde een schuld op waarvoor een jaarrente van 7,2% verschuldigd is. Met de Zvw is beoogd dat verzekerden ieder jaar hun premie en zorgkosten kunnen betalen zonder daar schulden voor te hoeven aangaan. De studiefinanciering is dan ook verhoogd. Indien studenten echter besluiten voor het betalen van hun zorgverzekering toch een lening af te sluiten, is dat natuurlijk hun goed recht.

Het aanbod van SZZ richt zich op de jonge en gezonde verzekerde. Daarmee wordt de facto een vorm van risicoselectie toegepast, die zich niet goed verhoudt met de solidariteit die kenmerkend is voor de Zvw.

In een brief aan SZZ heb ik haar gewezen op deze punten. Bovendien heb ik SZZ aangegeven dat ik de Autoriteit Financiële Markten op de hoogte heb gebracht van het bestaan van SZZ en van haar bemiddelings- en adviesactiviteiten. De AFM zal zich een oordeel kunnen vormen over de vraag of de activiteiten van de stichting onder de reikwijdte van de Wfd vallen. Deze wet stelt voorwaarden aan het adviseren over en bemiddelen bij het tot stand komen van verzekeringen en het verstrekken van leningen.

Ten slotte kan ik u meedelen dat mij uit contacten met het ISO en de LSVB is gebleken dat zij het SZZ niet onderschrijven. De studentenorganisaties hebben ten behoeve van studenten collectieve contracten met zorgverzekeraars gesloten.

## **8.7 Gedragstoezicht; toezicht op misleidende reclame**

Met de inwerkingtreding van de Wmg is de NZa verantwoordelijk voor delen van het gedragstoezicht op de zorgverzekeraars. Het CTZ, als voorloper op de NZa, heeft nu geen formele bevoegdheden op dit terrein. De AFM is verantwoordelijk op grond van de Wfd. In mijn brief van 23 januari 2006<sup>5</sup> heb ik u al laten weten dat, vooruitlopend op de Wmg, praktische afspraken over het toezicht op het gedrag van verzekeraars zijn gemaakt tussen CTZ en AFM, vastgelegd in een convenant. Op basis daarvan houdt het CTZ toezicht op de berichtgeving, reclame en informatie van ziektekostenverzekeraars. Het CTZ is daar voortvarend mee aan de slag gegaan.

Het CTZ monitort de reclame-uitingen van verzekeraars, evenals de polis voor de basisverzekering die verzekeraars aan (potentiële) verzekerden sturen. Op de polisinformatie heeft vooraf al een toets plaatsgevonden in de vorm van beoordeling van de modelovereenkomsten. Monitoring vindt vooral plaats door actief op zoek te gaan naar

---

<sup>5</sup> Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 63.

signalen. Bronnen voor signalen zijn eigen waarneming op websites, in media of informatiepakketten van verzekeraars, maar ook komen via de Consumentenbond en andere belangenorganisaties en toezichthouders signalen binnen. Sinds 1 januari 2006 zijn er 58 signalen binnengekomen bij het CTZ die betrekking hebben op zowel gedrag-, markt- en rechtmatigheidtoezicht. Daaruit zijn meerdere acties voortgevloeid met betrekking tot het gedragstoezicht. Het merendeel van de signalen blijkt voort te komen uit fouten of onbekendheid met de nieuwe zorgverzekering. In een beperkt aantal gevallen ging het om beweringen die onjuist waren.

- Zo vermeldde een zorgverzekeraar op zijn website: "Waarom zijn wij een van de beste? Het CTZ voert jaarlijks een onderzoek uit naar de prestaties van alle zorgverzekeraars (de voormalige ziekenfondsen). In dat onderzoek staan wij al drie jaar op rij op de eerste of tweede plaats. Daarmee zijn we de eerste zorgverzekeraar met een triple A status."  
Het CTZ deelt echter geen AAA-statussen uit. Het CTZ heeft de betreffende zorgverzekeraar op de hoogte gesteld dat dit niet mag en de zorgverzekeraar heeft de website aangepast.
- Een tweede voorbeeld: op de website van een zorgverzekeraar was een overzicht geplaatst met de premies van de zorgverzekeraars. Op basis van dat overzicht zou de zorgverzekeraar de goedkoopste zijn, maar de zorgverzekeraar is dat niet. Het CTZ heeft de betreffende zorgverzekeraar op de hoogte gesteld dat het bericht op de website niet juist is en de zorgverzekeraar heeft de website aangepast.
- In het vergoedingenoverzicht in een reclamefolder van een zorgverzekeraar is alleen een overzicht getoond van de AV-pakketten. Aan de vergoedingen in de basisverzekering wordt kort gerefereerd. Uit het vergoedingenoverzicht voor de AV blijkt dat 'zorgbemiddeling' 100 % vergoed wordt. Hier wordt de suggestie gewekt dat men een AV-pakket moet hebben om voor deze bemiddeling in aanmerking te komen. Zorgbemiddeling zit echter in de basisverzekering. Daarnaast wordt bij een aantal prestaties, dat ook in de basis-verzekering zit, de suggestie gewekt dat deze niet in de basisverzekering zitten. Op basis van deze folder zou een verzekerde onnodig een te uitgebreid AV-pakket kunnen kiezen. Er is sprake van misleiding op grond van de Wfd.
- En ten slotte: een zorgverzekeraar biedt een gratis module "service" aan met daarin zorgbemiddeling. Deze gratis module "service" krijgt een verzekerde standaard naast zijn basisverzekering. Echter zorgbemiddeling is onderdeel van de basisverzekering en moet vastgelegd zijn in de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar. Zorgbemiddeling aanbieden in deze vorm mag niet op grond van de Richtlijn 2005/29/EG artikel 5 lid 5 bijlage 1 oneerlijke handelspraktijken. In deze richtlijn is geregeld dat wettelijke rechten van consumenten voorstellen als een onderscheidend kenmerk van het aanbod van de handelaar, een oneerlijke handelspraktijk is.

De ervaring tot nog toe is, dat na contact met de zorgverzekeraar men daar vrijwel onmiddellijk in positieve zin op reageert door aanpassing van de betreffende uiting. Overdracht naar de AFM was dus niet nodig. In een enkel geval wordt nog nader onderzoek gedaan en wordt met de betreffende zorgverzekeraar gesproken. Afhankelijk van de uitkomst hiervan is overdracht van het dossier aan de AFM mogelijk aan de orde.

Naast het bovenstaande is het CTZ ook bezig met een onderzoek naar transparantie in de zorgverzekeringsmarkt. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de wijze waarop zorgverzekeraars de kenmerken van hun producten en diensten openbaar maken. Criteria als volledigheid, toegankelijkheid, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de informatie spelen daarbij een rol.

Het CTZ heeft mij laten weten dat zij voornemens is om in het kader van preventief toezicht ruim voor de volgende overstapperiode eind 2006 zorgverzekeraars via een richtsnoer te duiden wat mag en wat niet mag in het kader van informatieverstrekking aan verzekerden.



Daarom is het CTZ momenteel bezig om alle informatiefolders te onderzoeken op de wijze van informatieverstrekking.

#### *Collectieve contracten*

Uit berichtgeving in de markt blijkt dat een behoorlijk aantal collectieve contracten is gesloten. In de monitor van het CTZ zal daar ruim aandacht aan geschonken worden. Nu al blijkt dat die contracten vooral zijn gesloten door werkgevers, door patiënten-/consumentenorganisaties, vakbonden en ouderenbonden en door de Gemeentelijke Sociale Diensten.

De NMa, AFM en het CTG en CTZ hebben hun onderzoek naar de mogelijke strijdigheid met vigerende wetgeving dan wel een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt van de door de LHV en Meeús aangeboden restitutiepolis die het keurmerk van de LHV heeft en waarvoor de huisarts als promotor optreedt, inmiddels afgesloten. Geen van de toezichthouders vond in het onderzoek aanleiding om daarover te rapporteren. Wel hebben de toezichthouders mij laten weten dat uit de onderzoeken niets is gebleken van strijdigheid met wetgeving. Overigens wisten de toezichthouders mij nog te melden dat het initiatief van LHV en Meeús niet of nauwelijks tot concrete afspraken of polissen heeft geleid.

### **8.8 Geestelijken met emeritaat**

In het AO Voortgang Zvw van 25 januari 2006 heeft de heer Van der Vlies (SGP) mij vragen gesteld over de positie van geestelijken die met emeritaat zijn. Deze categorie personen zou door de inwerkingtreding van de Zvw meer premie betalen dan op grond van de Ziekenfondswet (Zfw) het geval was. Dit zou niet redelijk zijn omdat op grond van de zogenoemde Wet van Otterloo het emeritaatsgeld van geestelijken onder de Zfw - in tegenstelling tot in de Zvw - niet als loon werd gezien. In het AO heb ik toegezegd de positie van geestelijken met emeritaat nader te bezien en hierop in de volgende voortgangsrapportage in te gaan. Onderstaand voldoe ik hieraan.

De strekking van het wetsvoorstel Van Otterloo (wet tot wijziging van de Ziekenfondswet en enige andere wetten in verband met uitbreiding van de personele werkingssfeer van de Ziekenfondswet met een bepaalde categorie van AOW-gerechtigden) was om een AOW-gerechtigde wiens AOW-uitkering, vermeerderd met zijn inkomsten uit of in verband met het verrichten van arbeid in het bedrijfs- of beroepsleven, een bepaalde grens niet overschreed, te verzekeren ingevolge de Zfw. In de Regeling vaststelling inkomsten uit of in verband met het verrichten van arbeid in het bedrijfs- of beroepsleven (Strct. 1994, 123) stond vervolgens een limitatieve opsomming van de inkomsten die werden beschouwd als inkomsten uit of in verband met het verrichten van arbeid in het bedrijfs- of beroepsleven. Het emeritaatsgeld van geestelijken viel hier niet onder en telde dus niet mee voor de beoordeling van de verzekeringsplicht ingevolge de Zfw.

In de Zvw is geregeld dat iedere verzekeringsplichtige een inkomensafhankelijke bijdrage is verschuldigd over het zogeheten bijdrage-inkomen. In tegenstelling tot de Zfw is de Zvw een wet die voor alle Nederlanders van toepassing is. Onder de Zfw werd gekeken naar bepaalde inkomsten die dicht aanlagen tegen het loon in het kader van de Zfw. De Zfw was bedoeld als een verzekering voor werknemers waar geleidelijk meer groepen onder gebracht zijn. Dat heeft in de loop van de tijd geleid tot een scheve situatie tussen Zfw-verzekerden waar het de te betalen premie betrof. Onder de Zvw is het uitgangspunt dat alle Nederlanders verplicht onder deze wet vallen. Uit een oogpunt van gelijkheid moeten alle inkomsten dan op dezelfde wijze behandeld worden. De heffingssystematiek van de Zvw sluit - in tegenstelling tot de heffingssystematiek in de Zfw - aan bij die van de belastingheffing. Het gaat hierbij in principe om alle inkomensbestanddelen die bij de inkomstenbelasting in box 1 in aanmerking worden genomen. Deze inkomensbestanddelen zijn: belastbaar loon, winst uit onderneming, resultaat uit overige werkzaamheden en periodieke uitkeringen en verstrekkingen.

Dit leidt ertoe dat onder de Zvw inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd is over inkomensbestanddelen waarover onder de ziekenfondsverzekering geen procentuele premie verschuldigd was. Voor het emeritaat van geestelijken, welke inkomsten als resultaat uit overige werkzaamheden worden aangemerkt, geldt een bijdragepercentage van 4,4% (omdat hiervoor geen vergoeding op grond van artikel 46 van de Zvw van toepassing is).

Alles overziende, bestaat er naar mijn oordeel geen aanleiding om voor geestelijken met emeritaat nadere voorzieningen te treffen.

Overigens heeft als gevolg van de invoering van de Zvw per 1 januari 2006 het Georganiseerd Overleg Predikanten (vooruitlopend op een definitieve regeling) een voorschotregeling getroffen. De voorschotregeling houdt in dat de gemeente vanaf januari 2006 aan de predikant een voorschot op de tegemoetkoming in de ziektekostenpremie verstrekt van € 100,- per maand. De vergoeding van € 100, die binnen de Protestantse Kerk in Nederland wordt betaald, is in hoofdzaak bedoeld als vergoeding voor de inkomensafhankelijke bijdrage.

### **8.9 Addendum en protocol materiële controle van ZN**

Ik heb u in mijn brief 23 januari 2006 op de hoogte gesteld van de bereikte overeenstemming tussen ZN, CBP, KNMG en NPCF over het protocol materiële controle en het addendum bij de bestaande gedragscode verwerking persoonsgegevens en het ontwerpbesluit tot goedkeuring van het CBP. Naar aanleiding van dit ontwerpbesluit (dat aan de definitieve goedkeuring voorafgaat), heeft het CBP begin februari 2006 de gezamenlijke zienswijze ontvangen van GGZ Nederland, Arcares (ouderenzorg), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Z-org (organisatie van zorgondernemers).

Deze branche-organisaties spreken hun waardering uit voor de waarborgen rond de verwerking van persoonsgegevens, maar hebben nog wel op enkele punten kritiek op de uitwerking. In het kader van de procedure ingevolge de Algemene wet bestuursrecht die hierop van toepassing is, heeft het CBP ZN, het Verbond van verzekeraars en de Nederlandse Vereniging van Banken in de gelegenheid gesteld daarop te reageren. Deze termijn is nog niet verstreken. Het CBP is derhalve nog in afwachting van een formele schriftelijke reactie. Als hier meer over te melden is zal ik u nader informeren.