

Vragen CDA-fractie

1.

In de inleiding wordt aangegeven dat het "te verzekeren pakket" in dit Besluit wordt geregeld. (blz. 17) Kunt u aangeven of de inhoud van dit pakket overeenkomt met het huidige ziekenfondspakket? Zo neen, waar liggen de verschillen (zowel in minimum aanspraak (minimum aantal uren recht), de kwaliteit van de zorg (wie verleent de zorg), de leeftijdsgrens, keuzevrijheid voor bijvoorbeeld medicijnen en methode van behandeling)?

De inhoud van het pakket komt inderdaad overeen met het ziekenfondspakket zoals dat op dit moment is samengesteld met dien verstande dat het pakket zal worden uitgebreid met de nu nog gesubsidieerde blindengeleide honden, hulphonden en de robotmanipulator. Door de gefaseerde invoering van de overheveling ggz (zie brief van 13 april 2005, Z/M-2574170) wordt daaraan met ingang van 1 januari 2007 nog toegevoegd de uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) over te hevelen geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de eerstelijnspsychologische zorg.

2.

De precieze invulling van de zorgverlening op basis van de functiegerichte aanspraken wordt door de zorgverzekeraar ingevuld in overleg met de verzekerde. Hoe nauwkeurig wordt in de polis omschreven wie welke zorg verleent, en hoe weet de verzekerde dat de desbetreffende zorgverlener inderdaad bevoegd is? Kan daarvan worden afgeweken en wie houdt daarop toezicht? (blz. 17) Wie houdt er toezicht op dat de zorg wordt verleend door een zorgverlener die daartoe bevoegd is?

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om in de zorgpolis aan te geven wie welke zorg verleent. Als een zorgverzekeraar zijn verzekerden wil binden aan bepaalde specifieke (categorieën) zorgverleners, dan zal de zorgverzekeraar dat in de zorgpolis moeten vastleggen. De verzekerde moet immers kunnen beoordelen of hij met de betreffende zorgverzekeraar een zorgverzekering wil aangaan. De verzekerde moet vervolgens ook weten wanneer hij recht heeft op zorg dan wel op vergoeding van de kosten daarvan. De zorgverzekeraar dient zich uiteraard te houden aan de voor beroepsbeoefenaren geldende wetgeving op het terrein van beroepen en beroepsuitoefening, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Deze wet regelt voor in de wet genoemde risicovolle handelingen een bevoegdheidsregeling. De wet regelt bovendien titelbescherming voor een beperkt aantal beroepen. Indien de zorgverzekeraar bij de Wet BIG aansluit, kan hij er vanuit gaan dat de betreffende zorgverlener deskundig is. Afwijkingen zijn dus alleen toegestaan voor de zogenaamde niet voorbehouden handelingen. De Wet BIG regelt expliciet aan wie het verrichten van voorbehouden handelingen is toegestaan. Met het toezicht op overtreding van die bevoegdheidsregeling is het Staatstoezicht op de volksgezondheid belast.

3.

Op welke wijze wordt de kwaliteit van de zorg gewaarborgd wanneer de zorgverzekeraar in theorie een zorgverlener kan aanwijzen die in algemene zin wel de zorg mag verlenen, maar hierin niet gespecialiseerd is en dus goedkoper? (blz. 17)

De verzekerde heeft recht op de zorg waar hij op is aangewezen. De zorgverzekeraar die aan zijn zorgplicht invulling geeft door middel van overeenkomsten, is gehouden dit zo te doen dat de verzekerde de zorg kan krijgen die hij nodig heeft. De zorgverzekeraar zal er dus voor moeten zorgen dat de zorgaanbieders die hij contracteert in staat zijn op kwalitatief voldoende wijze te voldoen aan de zorgbehoefte van zijn verzekerden. De zorgverzekeraar kan dus niet er mee volstaan zorgverleners te contracteren die alleen in algemene zin zorg kunnen verlenen, als hij daarmee niet in staat is tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van zijn verzekerden. Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ; in de toekomst onderdeel van de Nederlandse Zorgautoriteit) kan dit ook toetsen. Overigens hoeft het niet zo te zijn dat een gespecialiseerde zorgverlener per definitie

duurder is dan een algemene. Het tegendeel kan ook waar zijn: een zorginstelling die zich in het verrichten van knieoperaties heeft gespecialiseerd, zal deze naar verwachting extra doelmatig kunnen verrichten.

4.

Welk houvast heeft de verzekerde bij de keuze van zijn zorgpolis dat hij de juiste zorgverlener voor de desbetreffende zorgvraag krijgt? (blz. 17)

Allereerst leest de verzekerde in zijn zorgpolis of hij de daarin beschreven zorg van de door hem gewenste categorieën van zorgverleners kan krijgen. De verzekerden die kiezen voor een zorgverzekering met overeenkomsten worden bij hun keuze om zich in bepaalde situaties tot specifiek gekwalificeerde zorgverleners te wenden, geholpen door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft immers de zorg voor de verzekerde bij de juiste zorgaanbieder ingekocht. Kiest de verzekerde voor een polis zonder overeenkomst dan is die keuze in eerste aanleg een verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf. Wel kan hij de zorgverzekeraar om bemiddeling vragen bij het verkrijgen van de zorg. Langs die weg kan hij dus hulp krijgen om bij de juiste zorgverlener terecht te komen.

5.

“Alle elementen die daarvoor relevant zijn, leest hij in zijn zorgpolis”. (blz. 18) Welke elementen zijn precies relevant en wie stelt de relevantie vast?

Zoals in de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit zorgverzekering is aangegeven, gaat het hierbij om de beschrijving van de zorg waarop aanspraak bestaat, dan wel welke zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

In de zorgpolis staat tevens vermeld welke zorg door wie wordt verleend, waar deze wordt verleend en welke voorwaarden gelden. Op deze wijze weet de verzekerde wanneer de zorg waarop hij is aangewezen, onder de zorgverzekering valt.

6.

“Het functiegerichte systeem houdt in dat de zorgverzekeraar in zijn zorgpolis vorm geeft aan de poortwachtersfunctie van de huisarts”. (blz. 18) Op welke wijze geschiedt dit?

Huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders leveren een grote bijdrage aan de doelmatigheid van de gezondheidszorg. Het is daarom aannemelijk dat zorgverzekeraars in hun polis de voorwaarde zullen opnemen dat voor verwijzing naar medisch-specialistische zorg een verwijzing door huisartsen en/of een andere eerstelijnszorgaanbieders noodzakelijk is.

De intentieverklaring versterking eerstelijnsgezondheidszorg en de recente afspraken die ik gemaakt heb met de Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over een nieuw bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg leveren hieraan een belangrijke bijdrage. Deze afspraken hebben tot doel deze functie in stand te houden en zo mogelijk te versterken. Om die reden ga ik er dan ook van uit dat verzekeraars hun zorgpolissen zodanig zullen invullen dat deze belangrijke poortwachtersfunctie in stand blijft.

7.

Niet meer bij wet wordt geregeld wie mag verwijzen en wie mag voorschrijven. Hoe wordt gegarandeerd dat het voorschrijven van geneesmiddelen blijft voorbehouden aan de arts? (blz. 18)

De Wet op Geneesmiddelenvoorziening regelt dat de apotheker bepaalde geneesmiddelen alleen mag afleveren op recept van een arts, tandarts of een verloskundige. Met dit wettelijk voorschrift zal bij de zorgverzekering rekening moeten worden gehouden. Voor andere geneesmiddelen (de zgn. zelfzorggeneesmiddelen) geldt dit voorschrift niet. Daar zijn zorgverzekeraars en verzekerden geheel vrij in het maken van afspraken of er een recept moet zijn en wie dit recept heeft uitgeschreven.

8.

Welke functies vallen precies onder de zorg van op genezing gerichte extramurale geestelijke gezondheidszorg (ggz) en intramurale ggz tot één jaar, en welke zorgverlener verleent deze? Ook hier geldt de vraag naar de kwaliteit, zoals verwoord in vraag 3. (blz. 18)

De over te hevelen geneeskundige ggz valt met ingang van 1 januari 2007 onder de functie geneeskundige zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De geneeskundige zorg is omschreven in art. 2.4 van het ontwerpbesluit zorgverzekering. Het opnemen van de in deze omschrijving genoemde beroepsgroepen kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Voor de zorg kunnen allerlei beroepsbeoefenaren en instellingen worden ingeschakeld.

Met de overheveling van de geneeskundige ggz naar de Zvw vallen, in AWBZ-termen, de functies behandeling, activerende begeleiding en verpleging in verband met een psychiatrische aandoening onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg. Tevens valt het eerste jaar verblijf, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, onder de Zvw. Het verblijf ten laste van de Zvw is 24 uur per dag en omvat een integraal, multidisciplinair zorgaanbod. Dit betekent dat voor zover ondersteunende begeleiding nodig is, deze een onderdeel dient te zijn van het zorgprogramma en integraal onderdeel is van het verblijf.

In het kader van de AWBZ houden verzekerden na overheveling van de geneeskundige ggz aanspraak in verband met een psychiatrische aandoening op huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en verblijf. Ondersteunende begeleiding is niet gericht op genezing. Voor langdurig zorgbehoevende verzekerden met een psychiatrische aandoening kan het bieden van ondersteunende begeleiding met verblijf nodig zijn, zonder dat behandeling noodzakelijk is. In dat geval komt dit verblijf vanaf de eerste dag ten laste van de AWBZ. Hiermee is niet uitgesloten dat een ggz-behandeling incidenteel noodzakelijk kan zijn. Deze ambulante behandeling valt na de overheveling onder geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Indien in het kader van de behandeling verblijf noodzakelijk is, is de situatie anders. In dat geval ligt het accent op de geneeskundige (medisch-specialistische, psychiatrische) zorg en is er voor wat betreft het eerste jaar sprake van verblijf ten laste van de Zvw.

Voor de vraag naar de kwaliteit verwijs ik naar het antwoord bij vraag 3.

9.

Hoe gaat u waarborgen dat ook langdurige ambulante ggz-zorg verzekerd blijft? (blz. 18)

De geneeskundige ggz wordt met ingang van 1 januari 2007 onderdeel van de Zvw. De niet-geneeskundige ggz en de intramurale ggz na het eerste jaar blijft onderdeel van de AWBZ. De waarborging van de langdurige ambulante geneeskundige ggz is niet anders dan de waarborging van de langdurige ambulante geneeskundige somatische zorg: deze zorg valt onder de zorgverzekering. Net als bij de functiegerichte omschrijvingen op grond van de AWBZ worden de aard, inhoud en omvang van de zorg waar de Zvw betrekking op heeft, bij wettelijk voorschrift geregeld. Het kan dus niet zo zijn dat onderdelen van de ggz die naar de Zvw worden overgeheveld, niet meer aan verzekerden beschikbaar worden gesteld.

10.

Voor de eerstelijnspsychologische zorg wordt niet omschreven wie deze zorg precies verleent. Welke voorwaarden worden gesteld aan deze zorgverlener? Valt deze ook onder de Wet BIG? (blz. 18)

Met de overheveling van de geneeskundige ggz naar de Zvw wordt ook de eerstelijnspsychologische zorg opgenomen in de Zvw. Voor de zorg kunnen allerlei beroepsbeoefenaren en instellingen worden ingeschakeld. Dit is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde. Aan de eerstelijnspsychologische zorg worden voorwaarden gesteld, i.c. ten hoogste acht zittingen per jaar en een eigen bijdrage.

Zoals in de artikelsgewijze toelichting bij het ontwerpbesluit zorgverzekering is vermeld, hoeft het inschakelen van beroepsbeoefenaren zich, voor zover het geen voorbehouden handelingen betreft, niet te beperken tot beroepsbeoefenaren waarop de registratie en titelbescherming op grond van de Wet BIG betrekking hebben. Zorgverzekeraars kunnen met de zorgverleners bij overeenkomst afspraken over kwaliteit en doelmatigheid van de verzekerde zorg maken. Die afspraken kunnen de vorm aannemen van gedragsregels die in de overeenkomsten zelf zijn vervat of aanknopen bij gedragsregels die binnen de beroepsgroep zelf als normen voor een verantwoord beroepsmatig en vakmatig handelen worden gehanteerd.

11.

Een groot aantal artikelen bevat per ministeriële regeling vast te stellen eigen bijdragen met een maximum. Welk maximum kan iemand aan deze regelingen samen per jaar kwijt zijn?

In het ontwerpbesluit zorgverzekering is alleen voor psychotherapie en ziekenvervoer geregeld dat de verzekerde een eigen bijdrage tot een bij ministeriële regeling aangegeven maximum, verschuldigd is. In de overige gevallen is geen sprake van een maximum.

Als een verzekerde van alle zorg waarbij een gemaximeerde eigen bijdrage verschuldigd is, gebruik maakt, kan hij uitgaande van de in 2005 geldende maxima, maximaal het volgende bedrag kwijt zijn:

- ziekenvervoer: € 82 per 12 maanden (nu o.g.v. de Ziekenfondswet);

- psychotherapie: € 635 per kalenderjaar (tot 1 januari 2007 o.g.v. de AWBZ);

Daarnaast kent de huidige ziekenfondsverzekering (en met ingang van 1 januari 2006 de zorgverzekering) ook eigen bijdragen zonder dat sprake is van een bij wettelijk voorschrift geregeld maximum. Het gaat hierbij om een eigen bijdrage bij bepaalde hulpmiddelen, een eigen bijdrage voor kraamzorg, een eigen bijdrage bij farmaceutische hulp, indien de verzekerde een geneesmiddel wenst dat duurder is dan de vergoedingslimiet en een eigen bijdrage voor tandheekkundige zorg. In dit laatste geval gaat het om de geldende eigen bijdrage voor een volledige prothese van 25 % van de kosten en een eigen bijdrage die er voor zorgt dat verzekerden die op bijzondere tandheekkundige zijn aangewezen een bijdrage zijn verschuldigd tot te hoogste het bedrag dat in rekening zou mogen worden gebracht als de betreffende prestaties niet in het kader van de bijzondere tandheekkunde waren geleverd. De verzekerde zal met ingang van 1 januari 2007 ook een eigen bijdrage dienen te betalen voor de eerstelijnspsychologische zorg.

12.

Zullen degenen die nu onder de hardheidsclausule recht hebben op zittend ziekenvervoer dat recht behouden onder artikel 2.14? Waarom wordt niet gekozen voor een meer precieze minimumomschrijving dan onbillijkheid van overwegende aard?

In artikel 2.14, tweede lid, is dezelfde hardheidsclausule opgenomen als in de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet. Hierdoor zullen ziekenfondsverzekerden en Wtz-verzekerden die nu met toepassing van de hardheidsclausule recht hebben op zittend ziekenvervoer, dat in het kader van de Zvw ook hebben. Ik ga er daarbij van uit dat de relevante aspecten van hun medische situatie, zoals frequentie van de behandeling en afstand tot de behandelaar, hetzelfde blijven. De hardheidsclausule heb ik op verzoek van de Tweede Kamer (de aangenomen motie-Schippers/Lambrechts, Kamerstukken II 2003/04, 29 200 XVI, nr. 94) in de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet opgenomen. Omdat in artikel 2.14 van het ontwerpbesluit zorgverzekering de thans geldende hardheidsclausule is overgenomen, is ook aangesloten bij de huidige formulering.

13.

Wanneer komt de evaluatie van het zittend ziekenvervoer en hoe worden de resultaten verwerkt?

Ik verwacht de evaluatie van de sedert 1 juni 2004 geldende regeling voor het zittend ziekenvervoer eind mei van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Daarna zal ik een standpunt innemen.

14.

Heeft een verzekerde wiens verzekeraar slechts een ziekenhuis op meer dan bijvoorbeeld 30 kilometer afstand heeft gecontracteerd recht op een reiskostenvergoeding? Hebben zijn/haar familieleden recht op een reiskostenvergoeding?

Neen, uitsluitend de verzekerden die voldoen aan artikel 2.14 hebben recht op zittend ziekenvervoer of op vergoeding daarvan.

Voor familieleden bestaat, net als nu, geen recht op een reiskostenvergoeding. Uitsluitend indien begeleiding noodzakelijk is voor een verzekerde die op grond van artikel 2.14 recht heeft op ziekenvervoer, kunnen de reiskosten van een begeleidend familielid ten laste van de Zvw worden vergoed. Dit is geregeld in artikel 2.15, tweede lid, van het ontwerpbesluit zorgverzekering en komt overeen met de huidige ziekenfondsregeling.

15.

Mag een verzekeraar huisartsenzorg ten laste brengen van het eigen risico?

Indien de zorgverzekeraar een modelovereenkomst met een eigen risico aanbiedt en de verzekerde kiest voor een zorgverzekeringsovereenkomst volgens dat model, vallen de kosten van huisartsenzorg onder het eigen risico, met uitzondering van de kosten die gemeoid zijn met de inschrijving. Bij brief van 8 april 2005, CZ/EZ-2568247, heb ik u hierover geïnformeerd. De Zvw zal op dit punt nog door middel van de Invoerings- en aanpassingwet Zvw worden gewijzigd.

16.

Op basis waarvan worden de bedragen bij het vereveningssysteem vastgelegd? Zal de gemiddelde schadelast voor een categorie verzekerden overeenkomen met de gemiddelde opbrengst van die verzekerde voor een verzekeraar?

De vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar wordt bepaald aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen naar klassen van verzekerden, de normbedragen (gewichten) naar leeftijd en geslacht en de som van de toe- en afslagen op grond van "FKG's", "DKG's", "aard van het inkomen" en "regio". Kortom, de vereveningsbijdrage wordt bepaald door een vastgesteld bedrag per risico. Dit bedrag is de uitkomst van econometrisch onderzoek naar het relatieve gewicht van risicofactoren, verricht door onafhankelijke onderzoeksbureaus in opdracht van de Werkgroep onderzoek risicoverevening, waarin VWS, ZN en CVZ zitting hebben. Voor een zorgverzekeraar is de vereveningsbijdrage plus de verwachte opbrengsten nominale premie gelijk aan de verwachte kosten.

17.

Welke farmaceutische kostengroepen (FKG's) en diagnose kostengroepen (DKG's) zullen in het eerste jaar worden meegenomen in de vereveningssystematiek? Waarom zijn deze niet toegevoegd als bijlage bij de Amvb?

De huidige FKG's en DKG's, in de Zfw, zijn de basis voor de FKG's en DKG's in de Zvw. Jaarlijks vindt onderzoek plaats waarin bekeken wordt of er nog groepen verwijderd, toegevoegd of samengevoegd moeten worden om de werking van deze verdeelcriteria te verbeteren of om verkeerde prikkels te vermijden. Dit jaar moet daarbij ook rekening gehouden worden met de bredere verzekerdenpopulatie. Dit is de reden dat ze niet als bijlage zijn toegevoegd aan het ontwerpbesluit Zorgverzekering.

18.

Hoe zal verevening voor curatieve geestelijke gezondheidszorg in de praktijk plaatsvinden? Wat is de voorspellende waarde van leeftijd, geslacht en regio (artikel 3.7) zo lang er geen instelling in een

bepaald postcodegebied staat? Is de voorspellende waarde van bijvoorbeeld FKG's hier niet veel groter?

Het huidige vereveningsmodel voor ziekenfondsverstrekkingen vormt de basis voor een nieuw vereveningsmodel voor de Zorgverzekeringswet. Bij de overheveling van de curatieve geneeskundige ggz naar de Zorgverzekeringswet in 2007 wordt dit model uitgebreid met een afzonderlijk deelbudget voor de geneeskundige ggz. De wijze waarop het vereveningsmodel kan worden uitgebreid, hangt vooral af van de beschikbaarheid en de bruikbaarheid van de huidige ggz-gegevens. Alleen bij voldoende, bruikbare gegevens kan in vervolgstappen het vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz verder worden ontwikkeld. Uit vooronderzoek, waarbij een inventarisatie is gemaakt naar de beschikbaarheid en bruikbaarheid van de gegevensbestanden, is geconcludeerd dat in eerste instantie in een vereveningsmodel voor het deelbudget geneeskundige ggz in ieder geval de verdeelkenmerken leeftijd, geslacht en regio kunnen worden meegenomen. Het verdeelkenmerk regio in het model is bijvoorbeeld zinvol als mensen uit stedelijke gebieden meer ggz gebruiken dan mensen uit plattelandsgebieden. Als meer gedetailleerde gegevens beschikbaar komen via de administraties van de zorgverzekeraars kan het vereveningsmodel voor de ggz een meer verfijnde vorm krijgen met ggz-specifieke farmaciekostengroepen (FKG's) en diagnosekostengroepen (DKG's). De mogelijkheden voor de implementatie van deze kenmerken op korte termijn wordt in het komende jaar onderzocht. De voorspellende waarde van de FKG's is hierdoor nu nog niet aan de orde.

19.

Waarom is ervoor gekozen om in het vereveningssysteem te verevenen naar regio –dit zou het verschil tussen regio's moeten opheffen– en tegelijkertijd de mogelijkheid opengelaten voor verzekeraars om hun premies regionaal te differentiëren?

Voor de onderbouwing van het regiocriterium wordt gebruik gemaakt van een econometrische analyse waarin de verschillen tussen kosten en normatieve bijdragen per verzekerdenjaar op het niveau van 4-cijferige postcodegebieden worden verklaard uit kostenfactoren waarop zorgverzekeraars op korte termijn (vrijwel) geen invloed kunnen uitoefenen. Door toepassing van het regiocriterium in het vereveningssysteem wordt de verzekeraar voor deze moeilijk te beïnvloeden factoren (vooraf) gecompenseerd. Hierbij gaat het om regionale verschillen in gezondheid, consumptiegeneigdheid en bepaalde vormen van zorgaanbod die dus op korte termijn door zorgverzekeraars (vrijwel) niet te beïnvloeden zijn. De regio-indeling berust op objectieve verschillen tussen gerealiseerde kosten en uitgekeerde bijdragen. Deze indeling komt tot stand via een clusteranalyse, zodat alle postcodes worden toegewezen aan één van de tien clusters van postcodes. Deze clustering is dus niet op basis van de geografische regio-indeling zoals de geografische indeling in provincies maar op basis van verschillen in sociaal-economische factoren en beschikbaarheid van bepaald zorgaanbod. Dit betekent dat postcodes in een provincie, een stad of zelfs in een dorp in verschillende regio-clusters worden ingedeeld. In totaal zijn er tien regio-clusters. Achterstandswijken door het hele land zitten bijvoorbeeld in hetzelfde cluster. Ditzelfde geldt voor de goede wijken of plattelandsgebieden mits ze dezelfde karakteristieken op het terrein van sociaal-economische factoren en zorgaanbod.

Op grond van de Zvw is het toegestaan dat zorgverzekeraars per provincie verschillende polissen aanbieden. Dit om te bevorderen dat zorgverzekeraars daar waar zij dat op grond van de geldende marktomstandigheden wenselijk vinden, zorg kunnen contracteren.

Zodoende kunnen zorgverzekeraars in één of meer provincies werken op basis van gecontracteerde zorg en in andere provincies kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. Aan iedere aangeboden polis kan een verschillende premie gekoppeld worden. Dit kan niet gekoppeld worden aan een postcodegebied.

20.

Hoe verfijnd zal de regionale component (postcode) zijn in de vereveningssystematiek?

Zowel de leden van de CDA-fractie, de VVD-fractie (vraag 60) en de fractie van de PvdA (vraag 50) vragen zich af hoe verfijnd de regionale component zal zijn in de vereveningssystematiek. Daarnaast vragen zij welke consequenties ik verbind aan het recente onderzoek in het kader van de werkgroep ontwikkeling risicoverevening (WOR) naar de verfijning van de regiofactor.

Zoals in het antwoord op vraag 19 is aangegeven zal de regionale component in de risicovereveningssystematiek onderverdeeld zijn in tien regio-clusters van 4-cijferige postcodes op basis van verschillen in sociaal-economische factoren en bepaalde vormen van zorgaanbod die op korte termijn door zorgverzekeraars (vrijwel) niet te beïnvloeden zijn. In het kader van de werkgroep ontwikkeling risicoverevening (WOR) is de laatste maanden veel onderzoek gedaan naar de verfijning van de regiofactor. Op basis van dit onderzoek is samen met zorgverzekeraars nog niet voor een meer verfijnde regionale component in 2006 gekozen op basis 6-cijferig postcodeniveau. Echter dit wordt voor de toekomst niet uitgesloten. Uit dit onderzoek blijkt dat de vaststelling op buurniveau (dat wil zeggen 6-cijferig postcodeniveau) leidt tot een verbetering van de verdelende werking van het model vergeleken met eerdere analyses op postcodeniveau (4-cijferige postcodes).

Een ander alternatief voor de verfijning van het huidige regiocriterium is een model op postcodeniveau waarbij naast verschillen in sociaal-economische factoren en bepaalde vormen van zorgaanbod de indeling in regio-clusters is gebaseerd op de variabele "bijdrage per verzekerdenjaar". Deze toevoeging aan het verklaringsmodel leidt in ieder geval op het niveau van deze regioclusters tot een betere aansluiting tussen kosten en vereveningsbijdrage. Deze variant heeft een betere verdelende werking tot gevolg, die zich vooral manifesteert voor de kosten van verzekerden in de grote steden.

Aangezien analyses op buurniveau veel ingewikkelder, ondoorzichtiger en op dit moment instabieler zijn dan analyses op postcodeniveau heeft de tweede verbetering, namelijk op postcodeniveau meenemen van de bijdrage per verzekerdenjaar de voorkeur. Voor de komende maanden wordt nog verder onderzoek verricht naar de mogelijkheid de regiofactor te verfijnen, bijvoorbeeld naar het uitbreiden van het aantal regio-clusters van 10 naar 15. Positieve resultaten uit deze onderzoeken zullen nog worden meegenomen in het uiteindelijke vereveningsmodel 2006.

21.

Bestaat er een limitatieve lijst van waar en wanneer ex-post vereveningsmechanismen worden toegepast?

De drie ex-post compensatie mechanismen zijn hoge kosten compensatie, generieke verevening en nacalculatie, in deze volgorde. Ze worden niet alledrie op ieder deelbedrag toegepast, zoals te lezen is in de artikelen 3.10 t/m 3.13.

Bij de hoge kosten compensatie worden kosten voor een verzekerde boven een bepaalde drempel voor een bepaald percentage verevend. De hoge kosten compensatie beoogt tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen verzekeraars als gevolg van een ongelijke verdeling van hoge schades bij individuele verzekerden.

De generieke verevening is een onderlinge verrekening tussen verzekeraars van het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de uitkering uit het zorgverzekeringsfonds. Deze generieke verevening bestaat om mogelijke onvolkomenheden in de verdelende werking van het model te corrigeren. Nacalculatie is de verrekening met het zorgverzekeringsfonds van het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de ex-ante bijdrage. Deze nacalculatie is ingevoerd om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die verzekeraars hebben om de hoogte van de feitelijke kosten te beïnvloeden. Op dit moment is nog niet met zekerheid te zeggen voor welk deelbedrag welk ex-post mechanisme en in welke mate wordt toegepast. Het vereveningssysteem

voor 2006 is momenteel namelijk nog in ontwikkeling vooral omdat in de Zorgverzekeringswet alle verzekerden, dus ook voormalig particulier verzekerden, onder de risicoverevening vallen en omdat recent onderzoek naar verbetering van het model bijvoorbeeld op het terrein van het regio-criterium nog moet worden meegenomen in het uiteindelijke model voor 2006.

22.

Hoe zal worden omgegaan met dbc's waarin de kosten voor ziekenhuisverpleging zijn meegenomen, daar er nu reeds in het vereveningssysteem immers een scheiding tussen ligdagen (art. 3.11) en overige prestaties (art. 3.12) bestaat?

Artikel 3.11 heeft betrekking op de vaste kosten ziekenhuisverpleging en artikel 3.12 op overige prestaties. Het Macro Prestatie Bedrag bestaat voor het jaar 2006 uit de macro-deelbedragen 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp', 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' en 'kosten van overige prestaties'. Dbc's vallen alleen onder de macro-deelbedragen 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' en 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'. (Vanaf 2007 zal er ook een macro-deelbedrag 'kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg' zijn, waaronder de dbc's in het kader van de ggz zullen vallen.) Dbc's vallen dus niet onder het macro deelbedrag 'kosten van overige prestaties', waaronder o.a. de kosten van huisartsenzorg vallen.

23.

Hoe zal worden omgegaan met behandelingen die zijn ondergaan in het buitenland en aldaar voorgeschreven medicijnen en de no-claimbijdrage?

De regels met betrekking tot de no-claimbijdrage worden zowel ten aanzien van behandelingen die zijn ondergaan in het buitenland als behandelingen die zijn ondergaan in Nederland op gelijke wijze toegepast. Met het stellen van de extra termijn van een jaar in artikel 2.18, derde lid, van het Besluit is rekening gehouden met de omstandigheid dat de verzending van rekeningen van buiten Nederland gevestigde zorgverleners eerst geruime tijd na de zorgverlening ontvangen worden. Indien een verzekerde in het buitenland een behandeling ondergaat die geheel of gedeeltelijk door zijn zorgverzekering wordt gedekt, zullen die kosten door de verzekeraar worden vergoed en in mindering worden gebracht op de no-claimteruggave.

24.

Welke precieze onderzoeksvragen kunnen nu geformuleerd worden voor de evaluatie van het vereveningssysteem? (blz. 22-23) Waarom is er geen systematische evaluatie en toezicht vastgelegd in de amvb zelf?

In het ontwerpbesluit wordt op pagina 24 aangegeven dat er een jaarlijkse evaluatie plaatsvindt door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en dat er een wetenschappelijke evaluatie door internationale experts zal plaatsvinden van de werking van het vereveningssysteem 2 en 5 jaar na invoering van de Zvw. Ik vind deze evaluatie hiermee voldoende vastgelegd. Ik heb reeds globaal enkele onderzoeksvragen benoemd. Een preciezere formulering van onderzoeksvragen laat ik vooralsnog achterwege omdat in de wetenschappelijke literatuur nog geen éénduidige visie bestaat over hoe een goede evaluatie eruit moet zien. Ten behoeve van de eerste wetenschappelijke evaluatie in 2008 zal ik tijdig een evaluatiekader laten opstellen.

25.

Hoe zal de Kamer op de hoogte worden gehouden indien de verdeelcriteria niet tijdig geoperationaliseerd kunnen worden?

In de jaarlijkse ministeriële regeling kan de Kamer zien welke verdeelcriteria voor het komende jaar geoperationaliseerd kunnen worden. Als er tussentijds grote veranderingen plaatsvinden, zal de Kamer tijdig via een brief geïnformeerd worden.

26.

Kunt u aangeven wat eerst overgaat: de kortdurende thuiszorg naar de basisverzekering en dan de enkelvoudige huishoudelijke zorg naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) of andersom, i.v.m. de consequenties van de huishoudelijke hulp bij op genezing gerichte behandeling?

Eerst zal de huishoudelijke verzorging naar de Wmo worden overgeheveld en daarna zal overheveling van de overblijvende (kortdurende) thuiszorg naar de basisverzekering in ogenschouw genomen worden.

27.

Is bij de kortdurende op herstelgerichte zorg ook de functie persoonlijke verzorging opgenomen, en geldt daar een wachtperiode voor van 3 maanden voordat men recht krijgt op zorg?

De besluitvorming over de overheveling van zorg uit de AWBZ naar de Zvw heeft nu alleen betrekking op de op geneeskundige ggz. De overheveling van persoonlijke verzorging met of zonder een wachtperiode is nu niet voorzien.

Vragen PvdA-fractie

28.

Bent u echt nog steeds van mening dat invoering per 1 januari 2006 op een zorgvuldige wijze kan geschieden? Wat is de stand van zaken ten aanzien van de voorbereiding van het veld? In hoeverre zijn burgers op de hoogte van de komende veranderingen en de (individuele) gevolgen van de nieuwe Zorgverzekeringswet?

Ja, ik ben nog steeds van mening dat invoering per 1 januari 2006 op een zorgvuldige wijze kan geschieden.

Op een zorgvuldige regeling van de invoering van de Zvw en de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) ben ik uitvoerig ingegaan in mijn brief van 18 maart jl. over de Invoerings- en aanpassingswet Zvw.

Na deze datum hebben zich nog wel enkele nieuwe ontwikkelingen voorgedaan. In de eerste plaats heb ik op verzoek van met name de zorgverzekeraars besloten tot een gefaseerde invoering van de ggz-overheveling. Deze fasering wordt uitgebreid toegelicht in mijn brief van 13 april 2005, kenmerk Z/M-2574170. In de tweede plaats heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderzoek laten uitvoeren naar de voorbereiding door zorgverzekeraars op de invoering van de Zvw. Ook de uitkomsten van dit onderzoek treft u aan in mijn brief van 13 april 2005 en de bijgevoegde brief van de voorzitter van ZN, de heer Wiegel. In deze brief geef ik aan welke afspraken ik met ZN heb gemaakt naar aanleiding van dit onderzoek. Op basis van deze afspraken heb ik vertrouwen in een verantwoorde invoering. Uit tot dusverre verricht onderzoek blijkt dat er reeds een grote mate van bekendheid is met het feit dat er een nieuwe zorgverzekering aankomt.

De voorlichtingscampagne van mijn departement zal evenwel pas kunnen starten, wanneer de Eerste

Kamer heeft besloten over de Zvw en de Wzt. Voorzien is dat in het tweede helft van het jaar burgers uitgebreid worden geïnformeerd over de invoering van de nieuwe zorgverzekering en de zorgtoeslag en de keuzes die deze burgers kunnen cq. moeten maken. Bij de voorlichtingscampagne

zullen vertegenwoordigende organisaties van consumenten en patiënten betrokken worden, en ook zal nauw worden samengewerkt met onder meer de zorgverzekeraars, die ook uitgebreide voorlichtingscampagnes hebben voorzien. Zoals ZN de Kamer heeft laten weten bij brief van 9 december 2004, ontvangen alle verzekerden een non-select, integraal aanbod van hun huidige verzekeraar, voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering. Vanzelfsprekend kunnen burgers ook voor een andere polis of verzekeraar kiezen, waarbij zij worden ondersteund door informatie via de zorgportal www.Kiesbeter.nl.

29.

De ruimte die u laat aan individuele verzekeraars en verzekerden is groter dan voorheen. In hoeverre verwacht u dat aanbieders zich hierdoor geconfronteerd zullen zien met verschillende procedures? Klopt het dat procedures straks per verzekeraar kunnen verschillen voor de inning van eigen bijdragen, het al dan niet uitschrijven van recepten, de noodzaak van een verwijzing, enzovoorts? Hoe verwacht u dat aanbieders deze verschillen kunnen coördineren? Denkt u dat voor de zorggebruiker de duidelijkheid toeneemt? Welke consumentvriendelijke wijze staat u voor opdat een zorggebruiker straks zeker kan stellen of een bepaalde vorm van zorg bij een bepaalde zorgverlener wel of niet vergoed wordt? Kunt u een inschatting geven van de mate van onzekerheid die hierdoor voor verzekerden ontstaat?

Ook in de huidige situatie is al sprake van aanzienlijke ruimte voor verzekeraars en verzekerden, met name in het particuliere segment, waar nu geen nadere regelgeving bestaat. In hoeverre aanbieders geconfronteerd zullen worden met verschillende procedures kan ik niet overzien. Dat verschillen zullen ontstaan, is wel te verwachten. Aanbieders zullen daar overigens zelf afspraken over kunnen maken. Dan is de aanbieder op de hoogte van de door de betreffende zorgverzekeraar gehanteerde procedures. Overigens zal de zorgaanbieder niet tot taak hebben de verschillende procedures te coördineren. Hij kan er wel aan bijdragen dat dergelijke voorschriften overzichtelijk blijven. Dat is ook in het belang van zijn patiënten. Een zorgverzekeraar zal in elk geval de voorwaarden die hij stelt moeten vastleggen in de zorgpolis. Alleen dan is de verzekerde er aan gebonden. In die zorgpolis zal de zorgverzekeraar ook duidelijk moeten aangeven waarop zijn verzekerden recht hebben en welke procedurele voorwaarden daarbij gelden. Ik verwacht dan ook dat voor de verzekerden de mate van onzekerheid in vergelijking met de huidige situatie niet zal toenemen.

30.

Welke maatregelen neemt u om te voorkomen dat mensen niet verzekerd zijn als gevolg van een psychische stoornis en derhalve geen toegang hebben tot noodzakelijke gezondheidszorg? In hoeverre is het in het nieuwe stelsel nog de bedoeling dat aanbieders en verzekeraars onderling onderhandelen over de betaling van de zorg voor niet-verzekerden? Ziet u een oplossing in het invoeren van een zogenaamd Koppelingsfonds, zoals in de AWBZ?

Nadat het wetsvoorstel in de Eerste Kamer is aangenomen, zal een uitgebreide voorlichtingscampagne starten om te bevorderen dat iedereen zich bewust is van de verplichting tot het (laten) sluiten van een zorgverzekering. Het is de bedoeling vertegenwoordigende organisaties van consumenten en patiënten intensief bij die voorlichtingscampagne te betrekken. Ook zal worden samengewerkt met onder meer de zorgverzekeraars. Deze voorlichtingsacties worden onder andere voorbereid ter ondersteuning van verzekeringsplichtigen die onvoldoende of geen initiatief nemen om een zorgverzekering af te sluiten. De voorlichtingsacties zullen zich ook moeten richten op de wettelijk vertegenwoordigers van kinderen en onder curatele, bewind of mentorschap gestelde meerderjarigen van wie niet kan worden verwacht dat zij zichzelf verzekeren. Goede voorlichting en informatie ook aan vertegenwoordigende organisaties van consumenten en patiënten zal het onverzekerd zijn van personen die niet of onvoldoende in staat zijn hun verantwoording in dezen te nemen, moeten beperken.

Wellicht ten overvloede vraag ik de aandacht van de leden van de PvdA-fractie voor het feit dat in de Zvw is geregeld dat de boete voor te laat verzekeren niet wordt opgelegd aan een

verzekeringplichtige voor zover het niet sluiten van de zorgverzekering niet kan worden verweten of voor zover er voor de overtreding een rechtvaardigingsgrond bestaat. Zoals in de memorie van toelichting (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, blz. 188) is opgenomen, kan hierbij worden gedacht aan personen met een psychiatrische of psychogeriatrische aandoening die deze mensen belet tijdig een zorgverzekering te sluiten. Verder kan ook gedacht worden aan personen die te goeder trouw een verzekering hebben gesloten die achteraf geen zorgverzekering blijkt te zijn. Overigens wordt de boete bij te late verzekering aan de wettelijke vertegenwoordiger opgelegd indien die wettelijke vertegenwoordiger degene is die ervoor had moeten zorgen dat de verzekeringplichtige die hij vertegenwoordigt voor de Zvw is verzekerd.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder in hoeverre het in het nieuwe stelsel nog de bedoeling is dat zorgaanbieders en verzekeraars onderling onderhandelen over de betaling van de zorg voor niet-verzekerden en of ik een oplossing zie in het invoeren van een zogenaamd Koppelingsfonds, zoals in de AWBZ.

Ziekenhuizen die ondanks hun inspanningen om de kosten te verhalen op onverzekerde zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten, kunnen thans een beroep doen op de ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) getroffen afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Deze regeling geeft ziekenhuizen de mogelijkheid om in overleg met de ziektekostenverzekeraars in hun budget een post voor oninbare vorderingen op te nemen. Deze post is bedoeld om er (een deel van de) onbetaalde rekeningen uit te bekostigen. Een oplossing voor ziekenhuizen als het invoeren van een potje overeenkomstig het Koppelingsfonds, is dan ook (nog) niet nodig.

31.

U heeft in het wetgevingsoverleg op 29 november 2004 aangegeven dat de zorgplicht door de amvb zou worden verankerd. Denkt u dat het omschrijven van de te verzekeren prestaties een afdoende omschrijving van de zorgplicht is? Waarom overweegt u niet ook criteria voor inhoud, reikwijdte en tijdigheid van de zorg op te nemen?

De inhoud en omvang (reikwijdte) van de zorg is bij amvb (het ontwerpbesluit zorgverzekering) geregeld. Op een aantal punten vindt nadere detaillering bij ministeriële regeling plaats. Ik ben van mening dat wat dat betreft de zorgplicht afdoende geregeld is.

Voor de tijdigheid geldt het volgende. Heeft een verzekerde een zorgpolis op grond waarvan hij bij gecontracteerde zorgaanbieder terecht kan, dan heeft hij in beginsel recht op het ontvangen van zorg van die aanbieders op het moment dat hij die zorg nodig heeft. Dat vloeit voort uit de Zvw en het Burgerlijk Wetboek, en hoeft niet nader te worden geregeld. Het regelen van termijnen voegt daar niets aan toe. Verschillende aandoeningen en verschillende situaties vragen verschillende termijnen. Het regelen van termijnen zou een gedetailleerde, starre, bureaucratische regeling betekenen. Daarom kan dit veel beter worden overeengekomen in de zorgverzekeringsovereenkomst en de overeenkomsten met de zorgaanbieders. Heeft een verzekerde een restitutiepolis zonder achterliggende zorgovereenkomsten, dan zal hij de zorg ontvangen zodra de zorgaanbieder van zijn keuze beschikbaar is. Overigens kan hij ook zijn zorgverzekeraar vragen een zorgaanbieder voor hem te zoeken. Deze dient dan aan dat verzoek te voldoen.

32.

U heeft diverse malen de garantie gegeven dat het verzekerde pakket in de Zorgverzekeringswet ten minste gelijk blijft aan het huidige ziekenfondspakket.

De leden van de PvdA-fractie vragen daarom ter bevestiging hoe u na 1 januari 2006 garandeert dat niets wat momenteel binnen het pakket valt straks toch buiten het pakket valt?

Ik heb meerdere malen aangegeven dat per 1 januari 2006 geen grote wijzigingen in het verzekerde pakket zullen plaatsvinden. De zorgverzekeraars zijn verplicht om de zorg die ingevolge de Zvw in het pakket zit, in de zorgverzekering op te nemen. Een verzekering die niet voldoet aan de Zvw is geen zorgverzekering. Het CTZ toetst of de zorgpolissen wel aan de Zvw voldoen. Ook elke

wijziging van een modelovereenkomst moet aan het CTZ worden voorgelegd. Langs deze weg is dus gegarandeerd dat de zorgverzekering aan de Zvw voldoet en blijft voldoen.

Ik heb niet toegezegd dat er na 1 januari 2006 nooit meer pakketmaatregelen zullen worden genomen, mochten de leden van de PvdA-fractie dat met hun vraag bedoelen. Wijzigingen in het pakket vinden slechts plaats na overleg met de Tweede Kamer.

33.

Hoe gaat u waarborgen dat alle ambulante ggz en de intramurale ggz korter dan 1 jaar straks deel uitmaken van het basispakket? Hoe gaat u de vergoeding van (zeer) langdurige ambulante behandeling binnen de Zorgverzekeringswet waarborgen?

Ik zal dat waarborgen door deze zorg te regelen als prestatie in het kader van het ontwerpbesluit zorgverzekering. Voor de zorgverzekeraar is dat een gegeven waar hij zich aan heeft te houden. De Zvw geeft geen mogelijkheid aan zorgverzekeraars om het recht van verzekerden te beperken. De toezichthouder, het CTZ, zal hierop toezien. Overigens zal de geneeskundige ggz van korter dan een jaar in 2006 nog onder de AWBZ verzekerd blijven.

34.

Kan in een overzicht precies worden aangegeven welke verschillen er zijn tussen het huidige ziekenfondspakket en het pakket dat vergoed gaat worden via de nieuwe zorgverzekering? Kan daarbij ook concreet worden aangegeven welke mogelijkheden de nieuwe zorgverzekeringswet biedt om het te vergoeden pakket te verkleinen ten opzichte van het huidige ziekenfondspakket? Kunnen eventuele 'verstrekkingengeschillen' ook nog extra getoetst worden bij het CVZ op basis van de huidige (ziekenfonds)pakketomschrijvingen?

Het pakket van de Zvw is per 1 januari 2006 gelijk aan het pakket van de ziekenfondsverzekering met dien verstande dat het pakket zal worden uitgebreid met de nu nog gesubsidieerde blindengeleide honden, hulphonden en de robotmanipulator. De mogelijkheden om (bijvoorbeeld om budgettaire redenen) het pakket te verkleinen wijken niet af van die in de Zfw. Met ingang van 1 januari 2007 wordt het pakket uitgebreid met de geneeskundige ggz. Het CVZ zal bij 'verstrekkingengeschillen' ongetwijfeld ook de huidige omschrijvingen betrekken mocht dat bij de interpretatie nodig zijn.

35.

Verwacht u dat de formulering van de functionele aanspraken op de door u voorgestelde wijze als 'noodzakelijk en proportioneel' gezien zal worden door het Europese Hof? Welke maatregelen staan u voor indien dit niet het geval is?

De begrippen "noodzakelijk en proportioneel" hebben betrekking op nationale regelingen die beperkende gevolgen kunnen hebben voor het vrij verrichten van diensten en die door dwingende redenen van algemeen belang kunnen worden gerechtvaardigd.

Ten aanzien van de formulering van de functiegerichte aanspraken is dit niet aan de orde. Hierbij gaat het om de invulling van het aansprakenpakket. Dit wil zeggen dat het hierbij gaat om de vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de verstrekkingen waarop de verzekerden aanspraak kunnen maken. Voor zover het gaat om de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, en in het bijzonder om de vaststelling van het aansprakenpakket, volgt uit vaste jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie, dat de lidstaten een autonome bevoegdheid hebben.

36.

Welke criteria worden gehanteerd voor het bepalen van de "stand van de wetenschap en praktijk"? Hoe wordt bepaald wat in een vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten? Gaat het hierbij om vastgestelde protocollen en richtlijnen?

De "stand van de wetenschap en praktijk" zijn criteria. Het gaat hierbij om criteria die een invulling krijgen door een feitelijke toetsing. Gekeken wordt welke opvatting beroepsbeoefenaren zelf hebben en hoe de wetenschap hiernaar kijkt. Vastgestelde protocollen en richtlijnen kunnen daarbij behulpzaam zijn.

37.

Wat wordt bedoeld met "redelijkerwijs" als gesteld wordt dat een verzekerde alleen recht heeft op zorg als hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen? Waarom wordt de term "op sociaal-medische indicatie" niet gehanteerd in dit verband?

Het criterium "redelijkerwijs" maakt al geruime tijd deel uit van het kader waarbinnen de zorgverzekeraar moet beslissen of een verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking op grond van de Zfw. De zorgverzekeraar zal de afweging moeten maken of de verzekerde, gegeven zijn situatie, in redelijkheid recht heeft op de betreffende prestatie. Dat is in het belang van de verzekerde. Zijn zorgverzekeraar kan niet alleen maar strikt toetsen, doch dient ook de redelijkheid bij zijn afweging te betrekken. Met het hanteren van de term "redelijkerwijs" wordt ook voorkomen dat onredelijke eisen van verzekerden gehonoreerd moeten worden.

De term "sociaal medisch" wordt niet gehanteerd omdat daarmee niet hetzelfde doel wordt bereikt als met het begrip "redelijkerwijs". Bovendien dient de vraag of een verzekerde in aanmerking moet komen voor een behandeling niet te worden beoordeeld op basis van sociale overwegingen, doch, gezien ook artikel 14, eerste lid, van de Zvw, uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria.

38.

Op welke verschillende manieren kunnen zorgverzekeraars straks omgaan met het toetsen of er sprake is van 'gebruikelijke zorg'? Hoe kunnen zorgverleners hun patiënten hierover op betrouwbare wijze adviseren? Wat is de zekerheid die door een dergelijk advies ontstaat voor de verzekerde? Hoe garandeert u, bij afwezigheid van één geschilleninstantie voor iedereen, dat verzekeraars in hetzelfde geval ook altijd dezelfde beoordeling maken?

Net als nu kunnen zorgverzekeraars niet verschillend omgaan met de vraag of er sprake is van gebruikelijke zorg. Of iets gebruikelijk is, hangt van de stand van wetenschap en praktijk af en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, van hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Bij twijfel kan de zorgverzekeraar het CVZ als pakketbeheerder raadplegen. Het CVZ is hierin de deskundige. Mocht het tot een geschil komen en mochten er meer geschilleninstanties komen, dan wordt dezelfde beoordeling langs twee wegen bereikt. Dat kan zijn door de verplichte inschakeling van het CVZ bij de behandeling van het geschil door de geschilleninstantie. Dat kan ook zijn doordat de verzekerde zijn geschil, al dan niet na inschakeling van de geschillencommissie, inclusief het CVZ, aan de burgerlijke rechter voorlegt.

39.

Kan een overzicht worden gegeven van de mogelijkheden die de nieuwe Zorgverzekeringswet en dit besluit bieden om eigen bijdragen te heffen en voor welke vormen van zorg dat mogelijk is?

In het ontwerpbesluit zorgverzekering zijn de thans in de ziekenfondsverzekering geldende eigen bijdragen en de in de AWBZ voor psychotherapie geldende eigen bijdrage opgenomen. Er zijn in de artikelen van het ontwerpbesluit zorgverzekering niet meer mogelijkheden voor eigen bijdragen geregeld.

Het betreft de volgende artikelen en vormen van zorg:

- artikel 2.4, derde lid: psychotherapie;
- artikel 2.7, vijfde lid: mondzorg;
- artikel 2.8, zesde lid: geneesmiddelen, voor zover de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet;
- artikel 2.9, derde lid: hulpmiddelen;

- artikel 2.12, tweede lid: kraamzorg, en
- artikel 2.16: ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer.

Aan artikel 2.4, derde lid, wordt nog eerstelijnspsychologische zorg toegevoegd, zoals ik u in mijn brief van 13 april 2005, kenmerk Z/M-2574170, heb meegedeeld. Omdat de geneeskundige ggz pas op 1 januari 2007 van de AWBZ naar de Zvw worden overgeheveld, gelden de eigen bijdragen die in het ontwerpbesluit zorgverzekering voor de psychotherapie en de eerstelijnspsychologische zorg zijn geregeld, in 2006 echter nog niet. In dat jaar gelden voor de psychotherapie nog de eigen bijdragen die op grond van de AWBZ geregeld zijn.

40.

In diverse artikelen ontstaat de mogelijkheid tot het heffen van eigen bijdragen die bij ministeriële regeling vastgesteld zullen worden. Bent u van mening dat het geheel van eigen bijdragen, eigen risico en no-claim in zijn totaliteit moet worden afgewogen?

Bent u voorts van mening dat hierover jaarlijks, als geheel, besluitvorming zou moeten plaatsvinden?

Bent u van plan deze besluitvorming, en de financiële consequenties hiervan, als integraal geheel inzichtelijk te maken, inclusief de financiële gevolgen voor chronisch zieken en gehandicapten?

Bent u van mening dat deze overwegingen en besluiten democratisch getoetst c.q. aan een eenduidig normenkader (vgl. Dunning) onderworpen zou moeten worden?

De eigen bijdragen en de no-claimteruggaaf die in het kader van de Zvw zullen gelden, komen overeen met de eigen bijdragen en de no-claim die thans in de ziekenfondsverzekering bestaan. Op het tijdstip dat de geneeskundige ggz worden overgeheveld naar de Zvw, komt daar de eigen bijdrage voor psychotherapie bij. De eigen bijdrage voor psychotherapie zal overeen komen met de bijdrage die nu in de AWBZ voor psychotherapie geldt.

Deze eigen bijdragen en de no-claimteruggaaf zijn de afgelopen jaren onderwerp geweest van uitgebreide politieke afweging en van discussies met het parlement. Hierdoor heeft ook over de financiële consequenties een afgewogen besluitvorming plaatsgevonden, die door het parlement is getoetst.

In de Zvw is uitsluitend sprake van een vrijwillig eigen risico, dat de verzekerde zelf kiest. Het vrijwillig eigen risico is van een geheel andere aard dan de verplichte eigen bijdragen en no-claimteruggaveregeling. Het eigen risico kan daarom niet op een lijn gesteld worden met de eigen bijdragen en de no-claimteruggaaf.

41.

Is de bijdrage uit het vereveningsfonds in alle gevallen gelijk aan of groter dan nul? Is er een verzekerdenpopulatie denkbaar waarvoor de bijdrage nul of negatief is?

In 2005 waren alle ex-ante bijdragen uit de Algemene Kas aan de huidige ziekenfondsen positief. Het is denkbaar dat deze bijdrage negatief is. Dit hangt samen met de hoogte van de nominale premie. In 2006 zal de nominale premie ongeveer € 1100 bedragen. Wanneer een verzekeraar een populatie heeft van relatief gezonde verzekerden, waarvan de gemiddelde normatieve zorgkosten lager zijn dan € 1100, dan krijgt deze verzekeraar een negatief bedrag uit het Zorgvereveningsfonds. Dit betekent wel dat de betreffende verzekeraar een zodanige verzekerdenpopulatie heeft dat zijn gemiddelde kosten minder dan 50 procent van het landelijke gemiddelde bedragen. Er zijn op dit moment geen verzekeraars bekend waar dit voor opgaat.

42.

Op welke wijze berekent u het totaal beschikbare macro-budget dat voor verevening beschikbaar is? Waarop baseert u straks de raming van de zorguitgaven? Wat zal de bron zijn voor de raming van de veranderende kostenpatronen?

Aan het begin van elke kabinetsperiode raamt het CPB de verwachte uitgavenontwikkeling bij ongewijzigd beleid. Hierin worden ook veranderende kostenpatronen als gevolg van vergrijzing en

technologische ontwikkelingen meegenomen. Naar aanleiding van het regeerakkoord kan deze raming wijzigen wegens intensiveringen en/of ombuigingen. Tijdens de kabinetsperiode kunnen de meerjarencijfers worden aangepast op grond van beleidsmaatregelen en ramingbijstellingen. Deze ramingbijstellingen vloeien onder meer voort uit realisatiecijfers van CVZ en CTG/Zaio. Uiteindelijk resulteert dit in een uitgavenniveau zoals dat in de Miljoenennota en Hoofdstuk XVI van de Rijksbegroting wordt opgenomen. Het deel van de uitgaven dat betrekking heeft op de Zvw-prestaties, vormt het Macro-prestatiebedrag.

De bron van veranderingen in de kostenpatronen is het onderzoeksbestand (WOR-bestand) dat ieder jaar door verzekeraars met nieuwe gegevens wordt gevuld en dat door onderzoeksbureaus wordt gebruikt voor het verbeteren en updaten van de risicoverevening.

43.

Op basis van welke gegevens wordt de hoogte van de macro-deelbedragen bepaald (voor elk van de vier macrodeelbedragen)? Kunt u aangeven hoe hoog deze bedragen voor dit jaar zijn? Kunt u aangeven in hoeverre het gedrag van zorgverzekeraars invloed kan hebben op de hoogte van deze macro-deelbedragen? Kunt u aangeven hoe de jaarlijkse aanpassing van de hoogte van elk van deze bedragen wordt bepaald?

De macro-deelbedragen zijn onderdeel van de ramingen zoals genoemd bij vraag 42. Het macro-verstrekkingsbudget (MVB) voor 2005 bedroeg bij 16 miljard euro. In 2005 werd het MVB onderverdeeld in drie macro-deelbedragen: het macro-deelbedrag 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' ad € 6,5 miljard, het macro-deelbedrag 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' ad € 3,2 miljard en het macro-deelbedrag 'kosten van overige verstrekkings- en vergoedingen' ad € 6,3 miljard.

Het gedrag van zorgverzekeraars heeft geen directe invloed op de hoogte van de macro-deelbedragen van het jaar zelf. Voor de verdere jaren is – naast ontwikkelingen als vergrijzing - het gedrag van verzekeraars medebepalend voor de ontwikkeling van de zorgkosten en daarmee voor de hoogte van het Macro-prestatiebedrag.

De deelbedragen 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' en 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' kunnen achteraf hoger of lager uitvallen dan oorspronkelijk geraamd. Op deze deelbedragen is in ruime respectievelijk beperkte mate nacalculatie van toepassing, omdat de mate waarin verzekeraars de kostenontwikkeling op directe wijze kunnen beïnvloeden, beperkt is.

De macro-deelbedragen worden jaarlijks op- of bijgesteld onder ander op basis van CPB-kostenramingen en een inschatting van de effecten van voorgenomen VWS-beleid. Deze macro-deelbedragen worden elk jaar opnieuw bij ministeriële regeling vastgesteld.

44.

In welke volgorde worden de hoge kostencompensatie, generieke verevening en nacalculatie toegepast? Waarom in deze volgorde?

Is de hoeveelheid geld die voor compensatie achteraf beschikbaar is aan een vooraf vastgesteld maximum gebonden? Welke maatregelen staan u voor indien blijkt dat dit in een gegeven jaar niet voldoende is om de verzekeraars voldoende te compenseren?

De volgorde die gebruikt wordt is dat eerst hogekostenverevening (HKV) plaatsvindt, vervolgens de generieke verevening en tenslotte nacalculatie. In 1998 is in de Zfw voor deze volgorde gekozen, omdat de volgorde verevening voorafgaand aan de HKV ertoe kan leiden dat, indien een verzekerde een bepaalde schadegrens overschrijdt, er voor een verzekeraar geen prikkel meer bestaat om additionele schades te beperken, omdat bij eerst generieke verevening en vervolgens HKV het kan voorkomen dat de verzekeraar dubbel wordt gecompenseerd. Dit kan niet optreden als eerst HKV en vervolgens verevening wordt toegepast. Een verzekeraar zal dan in alle gevallen een deel van de schade voor eigen rekening moeten nemen en zal aldus belang hebben bij het beheersen van al zijn uitgaven.

De hoeveelheid geld die voor compensatie beschikbaar is, is niet aan een vooraf vastgesteld maximum gebonden. Ik wijs u er op dat zowel HKV als de verevening budgetneutraal zijn. Alleen nacalculatie kan leiden tot hogere of lagere kosten voor het zorgverzekeringsfonds. Hogere nacalculatie dan geraamd, wordt met het zorgverzekeringsfonds verrekend. Dit heeft een verlagende werking op de bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds voor het jaar daarna.

45.

Is het criterium regio op enige wijze verbonden aan de provincie? In hoeverre bestaat het risico dat een provinciepolis ingezet kan worden als vorm van risicoselectie?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik tevens naar de antwoorden op vraag 19 en 20. De huidige regio-indeling komt tot stand via een clustering op basis van verschillen in sociaal-economische factoren en beschikbaarheid van bepaald zorgaanbod. Zodoende worden alle postcodes toegewezen aan één van de tien clusters van postcodes. Deze indeling staat dus volledig los van de bestaande provinciale geografische indeling maar vindt plaats op basis van de oorzaken van het verschil tussen kosten en vereveningsbijdrage.

Het uitgangspunt van de Zvw is dat verzekeraars landelijk werken. Verzekeraars met minder dan 850 duizend verzekerden mogen hun werkgebied beperken tot een of meer provincies. Dat geldt dus ook voor nieuwe toetreders. Alle verzekeraars hebben de mogelijkheid om in verschillende provincies een andere polis aan te bieden. Een verzekeraar kan zo in gebieden waar hij nog geen of weinig verzekerden heeft een zeker marktpotentieel opbouwen zodat hij een krachtiger positie in de onderhandelingen met de zorgaanbieders in die regio kan opbouwen. Met deze bepaling beoogt de wetgever de concurrentie tussen verzekeraars te stimuleren. Hierdoor immers krijgen bestaande regionale marktconcentraties te maken met nieuwe marktpartijen in hun regio.

De premie van die polis hoeft niet dezelfde te zijn als de premie die de verzekeraar aan zijn verzekerden in rekening brengt voor de landelijke polis(varianten). Wel geldt ook voor de "provincie"-polis dat de verzekeraar de premie niet mag differentiëren naar leeftijd of gezondheidskenmerken van de verzekerden. Dit biedt voldoende waarborgen voor het voorkomen van risicoselectie.

46.

Waarom wordt voor het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging voor een vaste vergoeding per verzekerde gekozen?

Wat is de invloed hiervan op de mogelijkheden voor profijtelijke risicoselectie?

Er is gekozen voor een vaste vergoeding per verzekerde, omdat de vaste kosten niet volgens criteria als bijvoorbeeld leeftijd toe te rekenen zijn aan verzekerden. Profijtelijke risicoselectie is niet aan de orde, omdat de historisch bepaalde, vaste vergoeding ook inderdaad de beste voorspeller is van de feitelijke kosten. Bovendien worden de vaste kosten van ziekenhuisverpleging vooralsnog voor 95 procent nagecalculeerd.

47.

Waarom wordt voor curatieve geestelijke gezondheidszorg geen uitgebreider systeem van risicoverevening gemaakt? Klopt het dat de voorspelbare kosten voor curatieve ggz een sterke samenhang vertonen met de overige geneeskundige kosten?

In hoeverre zal het risicoprofiel voor curatieve ggz daardoor extra prikkels voor risicoselectie met zich meebrengen? Wat is de invloed van de invoering van dbc's op de voorgestelde aanpak? In hoeverre zal de indeling in en hoogte van de macro-deelbedragen veranderen wanneer de invoering van dbc's nieuwe stadia ingaat?

Voor het antwoord van deze vraag verwijs ik ook naar het antwoord op vraag 18, waarin de redenen zijn opgenomen waarom in eerste instantie slechts een beperkt vereveningsmodel wordt ontwikkeld. Het is inderdaad waarschijnlijk dat de voorspelbare kosten voor de geneeskundige ggz een sterke samenhang vertonen met de overige geneeskundige kosten. Deze samenhang zal geen prikkels voor

risicoselectie met zich meebrengen wanneer deze op correcte wijze in FKG's en DKG's wordt ondervangen.

Per 1 januari 2006 zullen aanbieders al op individueel verzekerdenniveau (de huidige bekostigingsproducten) declareren bij het zorgkantoor, zodat zorgverzekeraars in 2006 inzicht krijgen in welke mate hun verzekerden gebruik maken van de ggz. Tevens zal gestart worden met de eerste fase van de invoering van dbc's in de ggz. Dit betekent dat ggz-aanbieders gaan registreren op basis van dbc's. Met ingang van 1 januari 2007 (dus tegelijk met de overgang van de curatieve ggz naar de Zvw) worden de dbc's ook gehanteerd voor declaratie. Naar analogie met de curatieve somatische zorg, zal rekening worden gehouden met de schadelastverschuiving voor zorgverzekeraars als gevolg van de dbc-invoering. De invoering van dbc's heeft geen directe invloed op de voorgestelde aanpak. De verwerking van de invoering zou in eerste instantie kunnen leiden tot een beperktere mate van financiële risicodragendheid voor zorgverzekeraars op dit deelbedrag. Naarmate er echter meer en betere verzekerdengegevens beschikbaar komen gebaseerd op de dbc-bekostiging van de curatieve ggz, kan het vereveningsmodel worden verbeterd, waardoor verzekeraars meer financieel risico kunnen gaan lopen. Het is overigens niet de bedoeling dat het macro-deelbedrag hierdoor verandert.

48.

Is het mogelijk dat ten aanzien van hogekostencompensatie bij ministeriële regeling een zodanig laag percentage of een zodanig hoge drempel wordt vastgesteld dat dit een prikkel kan vormen voor risicoselectie of voor premieverhoging? Zo ja, hoe gaat u dit voorkomen. Zo neen, waarom niet?

Ik zie geen reden om ten aanzien van de hogekostencompensatie het percentage zodanig te verlagen of de drempel zodanig te verhogen dat dergelijke prikkels ontstaan; de compensatie is er juist om risicoselectie te voorkomen. De hogekostencompensatie wordt gebruikt voor kosten die niet te voorspellen zijn en voor kosten die zo uniek zijn dat ze niet in het model worden opgenomen. De hogekostencompensatie kan alleen worden afgebouwd als de kwaliteit van het model is verbeterd of als ontwikkelingen op de verzekeraarsmarkt (bijvoorbeeld door toegenomen schaalgrootte) daar aanleiding toe geven.

49.

Kunt u aangeven hoe de grote stedenproblematiek in de evaluatie voor wijziging van het Besluit Zorgverzekeringwet voor 2006 wordt verwerkt?

De leden van de fractie van de PvdA (vraag 49) en de VVD (vraag 55) vragen hoe de grote stedenproblematiek in de evaluatie voor wijziging van het Besluit Zorgverzekeringwet voor 2006 wordt verwerkt. Via aanpassingen in het regiocriterium zal aan deze problematiek tegemoet worden gekomen.

50.

Welke consequenties verbindt u aan recent onderzoek dat in opdracht van VWS in het kader van de WOR (= overleggroep vereveningsmodel waar ook VWS deel van uit maakt) heeft plaats gevonden, naar verfijning van de regiofactor?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 20.

51.

Bent u bereid andere aspecten van het vereveningsmodel te onderzoeken die van invloed zijn op de totstandkoming van een "rechtvaardiger" risicovereveningsmodel, zoals de directe relatie tussen inkomenspositie en gezondheidsstatus?

Elk jaar wordt op basis van wetenschappelijk onderzoek en in overleg met verzekeraars en de uitvoeringsorganen het vereveningsmodel onderzocht en worden verbeteringen aangebracht. We houden dus voortdurend de vinger aan de pols, ook wat betreft de relatie tussen inkomenspositie en gezondheidsstatus. Deze relatie wordt meegenomen in het verdeelkenmerk 'aard van het inkomen'. Daarenboven wordt ook in het regiocriterium op indirecte wijze rekening gehouden met de relatie tussen inkomenspositie en gezondheidsstatus.

52.

Bent u bereid aanpassingen in het huidige model door te voeren alvorens de Zorgverzekeringswet wordt ingevoerd?

Op dit moment wordt er al onderzoek gedaan naar aanpassingen aan het huidige model. Er wordt gekeken of het huidige model bruikbaar is voor de nieuwe situatie. Gedacht moet worden aan het incorporeren van particuliere en publiekrechtelijke verzekeraars, vervanging van de rechtsgrondfactor, verfijning van de regiovariabele, e.d..

53.

Wat is de status van de bijlage? Op welke wijze kunnen wijzigingen in de bijlage worden doorgevoerd?

De bijlage is onderdeel van het ontwerpbesluit zorgverzekering. Voor het wijzigen is een algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 11 van de Zvw noodzakelijk. Ingevolge artikel 124 van de Zvw geldt dat de voordracht voor deze maatregel niet eerder wordt gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan beide Kamers der Staten-Generaal is overgelegd. Ook wijzigingen in de bijlage zullen derhalve worden voorgehangen.

Vragen VVD-fractie

54.

Voor welke verzekeraars verwacht u dat een verlaging van de solvabiliteitsmarge met tweederde mogelijk zal zijn? Is er een verschil tussen voormalige ziekenfondsen en particuliere verzekeraars? Wat betekent dit concreet voor de verzekeringsproducten die verzekerden bij deze maatschappijen kunnen afnemen?

Welk totaal bedrag is straks naar verwachting vereist als solvabiliteitsratio? Met welke omvang zal het eigen vermogen van de gehele zorgverzekeringssector moeten stijgen als gevolg van de nieuwe wet?

Welke solvabiliteitseisen zouden van toepassing zijn indien de wet een publiekrechtelijk karakter zou hebben? Welk macrobedrag zou in dat geval als solvabiliteit vereist zijn?

Een verlaging van de solvabiliteitsmarge met tweederde geldt voor alle zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet gaan uitvoeren. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen voormalige ziekenfondsen of particuliere ziektekostenverzekeraars. Het betekent niets voor de verzekeringsproducten omdat er geen directe relatie bestaat tussen verzekeringsproducten en de solvabiliteitsmarge.

De minimaal vereiste solvabiliteitsmarge bedraagt in de Zorgverzekeringswet gemiddeld ongeveer acht procent van de gemiddeld geboekte schade (en toevoegingen aan de schadevoorziening) in de afgelopen drie jaar. Dit komt gegeven de verwachte totale schade in de Zorgverzekeringswet van circa € 26 miljard (Financiële paragraaf Memorie van Toelichting, exclusief overheveling delen GGZ) overeen met een totaal bedrag van € 2,1 miljard. Het eigen vermogen van de gehele zorgverzekeringssector is toereikend voor de totale minimaal vereiste solvabiliteit van de gehele sector onder de nieuwe wet. Dit neemt niet weg dat een enkele zorgverzekeraar zijn eigen vermogen mogelijk, mede afhankelijk van de resultaten over 2005, zal moeten invullen.

Indien de Zorgverzekeringswet een publiekrechtelijk karakter zou hebben, zouden dezelfde solvabiliteitseisen als in het huidige wetsvoorstel gelden. Het macro-bedrag zou in dit geval dus gelijk zijn.

55.

Kunt u aangeven of, en zo ja hoe de grote stedenproblematiek in de evaluatie voor wijziging van het Besluit Zorgverzekering voor 2006 wordt verwerkt?

Deze vraag is tegelijk met de min of meer gelijklopende vraag van de leden van de PvdA-fractie (vraag 49) beantwoord.

56.

Er wordt in het ontwerpbesluit uitgebreid ingegaan op het verbod op premiedifferentiatie en op de acceptatieplicht. De VVD-fractie steunt deze bepalingen. Wat niet terug is te vinden is de mogelijkheid van collectiviteiten om premiereductie te bedingen op het nominale deel met een maximum van 10%. Is dit een omissie of volgt dit nog?

De mogelijkheid voor verzekeraars om collectieve contracten te sluiten met werkgevers en rechtspersonen en daarbij afspraken te maken over een korting tot maximaal 10% op de nominale premie is in de Zvw zelf (artikel 18, tweede lid) vastgelegd. Deze behoeft geen nadere uitwerking in het ontwerpbesluit noch op enige andere wijze. Het feit dat hierover niet in het ontwerpbesluit gesproken wordt, is daarmee verklaard.

57.

Bij welke deelaanspraken volgt nog gedetailleerde regelgeving via ministeriële regeling? Wanneer is dat (alsmede de inhoud ervan) bekend?

De artikelen 2.4, tweede lid, 2.8, eerste en tweede lid, en 2.9, eerste lid, geven de bevoegdheid om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen over de inhoud en omvang van bepaalde prestaties. In de toelichting op de bepalingen is uitvoerig aangegeven hoe de invulling daarvan per 1 januari 2006 zal zijn. Wat dat betreft is de inhoud bekend. Nadat het voorstel van Zvw door de Eerste Kamer is aanvaard, tot wet verheven is en het daarop gebaseerde Besluit zorgverzekering is gepubliceerd, zal ik de ministeriële regeling vaststellen en er voor zorgdragen dat die zo spoedig in de Staatscourant wordt gepubliceerd.

58.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom de extramurale ggz langer dan 1 jaar onder de Zorgverzekeringswet valt in plaats van onder de AWBZ. Wat betekent dat voor de extramurale ggz die langer duurt dan 1 jaar? Als gevolg van het kabinetsbeleid is er stevig geëxtramuraliseerd, ook in de ggz. De leden van de VVD-fractie vragen of ik niet vrees dat met deze nieuwe knip er een gedeeltelijke intramuralisering op gang komt bij zorg die langer duurt dan 1 jaar? Waarom niet?

De geneeskundige ggz wordt onderdeel van de Zvw. De niet-geneeskundige ggz en de intramurale geneeskundige ggz na het eerste jaar blijven onderdeel van de AWBZ. Ook de extramurale geneeskundige ggz langer dan 1 jaar valt onder de Zvw. Reden hiervoor en betekenis hiervan is dat de afbakening van de over te hevelen delen zo aansluit bij de zorgbreed geldende afbakening tussen de Zvw en AWBZ; de geneeskundige zorg (bij zowel psychiatrische als somatische stoornissen) wordt vanuit de Zvw bekostigd. Wat betreft de door de leden van de VVD-fractie verwachte gedeeltelijke intramuralisering: ook bij de ziekenhuizen is de afgelopen tijd een ontwikkeling geweest van zorg geboden in een intramurale setting naar zorg geboden vanuit de polikliniek. De overheveling van de langdurige extramurale geneeskundige ggz zal naar verwachting juist bijdragen aan de verdergaande extramuralisering van de ggz. Voor deze mensen die langdurig extramurale ggz-zorg ontvangen, geldt dat zij soms kortdurend intramurale zorg nodig hebben bij crisis. Beide vormen van

zorg (extramuraal geneeskundige ggz en het eerste jaar van de intramuraal geneeskundige ggz) vallen onder de Zvw en dus onder de reikwijdte van de risicodragende zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars zullen er vanuit ondernemingsoogpunt zeker op toezien dat onnodige (dure) opnames worden voorkomen en dat er zo lang mogelijk ambulante zorg wordt geleverd. De gewenste extramuralisering van de ggz wordt daarmee dus juist gestimuleerd.

59.

De initiatiefruimte zorgvernieuwing (zogenaamde flexizorg) zou door het gebruik van functionele aanspraken niet meer nodig zijn. Echter, enkele projecten raken de aanspraken niet (omdat zij bijvoorbeeld gericht zijn op het bevorderen van samenwerking). Wordt hiervoor een aparte voorziening getroffen?

Het is niet nodig hiervoor een aparte voorziening in de Zvw te treffen. De Zvw maakt zonder meer mogelijk dat een zorgverzekeraar middelen beschikbaar stelt voor coördinatiekosten die samenhangen met vernieuwende zorgprojecten.

Deze vraag is tezamen met de min of meer gelijklopende vraag van de leden van de CDA-fractie (vraag 20) beantwoord.

Hoofdstuk 3 (verevening) algemeen

59a (ingevoegd)(tweede deel vraag 59)

Waarom is er voor een andere volgorde van compensatie gekozen dan tot op heden gebruikelijk was (eerst de hoge kostencompensatie, dan pas generieke verevening en nacalculatie)?

Dit is niet het geval. Er is gekozen voor de volgorde hoge kostencompensatie, generieke verevening en ten slotte nacalculatie. Dit was zo in de Zfw en dit zal ook zo zijn in de Zvw.

60.

Verbindt u consequenties (zoals aanpassing van het huidige risicovereveningsmodel) aan de uitkomsten van een recent onderzoek dat in opdracht van VWS in het kader van WOR (Overleggroep Vereveningsmodel waar ook VWS deel van uit maakt) heeft plaats gevonden naar verfijning van de regiofactor?

Deze vraag is tezamen met de min of meer gelijklopende vraag van de leden van de CDA-fractie (vraag 20) beantwoord.

61.

Zorgverzekeraars vallen onder het toezicht van DNB, het CTG, het CVZ, de Zorgautoriteit en de NMa. Dat lijkt de VVD-fractie nogal veel. Kan het aantal toezichthouders niet worden beperkt, mede in het kader van de administratieve lasten en de overzichtelijkheid?

In de Wet marktordening gezondheidszorg is voorzien in een integratie van het toezicht. Deze wet voorziet in het samengaan van het huidige College toezicht zorgverzekeringen en het College Tarieven Gezondheidszorg in de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Als toezichthouder op de zorgverzekeraars blijft dan over de NZa. Het CVZ is geen toezichthouder, maar fondsbeheerder en uitvoeringsorgaan van de risicoverevening. Voorts adviseert het CVZ de minister van VWS over pakketaangelegenheden. Met deze vormgeving, één toezichthouder en één uitvoeringsorgaan, is met het oog op administratieve lasten en overzichtelijkheid een heldere structuur neergezet voor het specifieke terrein van de zorgverzekering.

Daarnaast houdt DNB toezicht op de financiële soliditeit van alle financiële instellingen en voor dat aspect dus ook op zorgverzekeraars en is de Nma mededingingsautoriteit voor alle ondernemingen in Nederland. De NZa zal waar dat zinvol is afspraken maken met collega-toezichthouders uit andere

gerelateerde toezichtdomeinen om de administratieve lasten verder te beperken en de overzichtelijkheid te bevorderen.

Vragen SP-fractie

62.

U heeft steeds onderschreven dat curatieve geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar het basispakket van de Zvw zal worden overgeheveld. Om dat te garanderen zijn de aanspraken nu echter te algemeen omschreven. Hoe gaat u waarborgen dat alle extramurale geestelijke gezondheidszorg en de intramurale geestelijke gezondheidszorg korter dan één jaar deel uit maakt van het basispakket?

Dit is geregeld doordat de omschrijving in artikel 2.4 van het ontwerpbesluit zorgverzekering in combinatie met artikel 2.10 alle extramurale geneeskundige ggz en de intramurale geneeskundige ggz korter dan één jaar omvat. De zorgverzekeraars zijn gelet daarop gehouden die zorg zoals die nu nog onder de AWBZ valt per 1 januari 2007 in de polis te op te nemen, zodanig dat die zorg onderdeel uitmaakt van de zorgverzekering. Het CTZ ziet daarop bij zijn beoordeling van de zorgpolissen toe.

63.

Bij verschillende zorgvormen staat dat bij ministeriële regeling bepaald kan worden dat de patiënt een eigen bijdrage moet betalen. Bij welke zorgvormen is deze bepaling toegevoegd? Bij welke daarvan wordt nu nog geen eigen bijdrage geheven? Bij welke zorgvormen bent u van plan de eigen bijdrage daadwerkelijk te gaan invoeren? Kunt u uitleggen waarom bij de betreffende zorgvormen is gekozen voor de mogelijkheid een eigen bijdrage in te voeren?

Alleen de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg is toegevoegd. De reden hiervoor heb ik u in mijn brief van 13 april 2005, kenmerk Z/M-2574170, meegedeeld. Voor het overige gaat het om bestaande eigen bijdragen. Die blijven gehandhaafd.

64.

In het basispakket zit noch basis tandheelkundige zorg, noch periodieke controle. Tandheelkunde is de zorgvorm bij uitstek waarop mensen, met lage inkomens, denken te kunnen bezuinigen. Hoe gaat u garanderen dat iedereen, zonder financiële drempel, gebruik kan maken van tandheelkundige zorg?

In het Zvw-pakket zit wel degelijk tandheelkundige zorg. De in artikel 2.7 geregelde mondzorg is naar inhoud en omvang gelijk aan de tandheelkundige zorg zoals die thans in de ziekenfondsverzekering is opgenomen. Ook op dit punt wordt er met de Zvw geen wijziging in het pakket doorgevoerd en blijft de huidige wijze waarop de toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg is geregeld, gehandhaafd.

65.

Het vereveningsmodel is nog steeds niet perfect. Kunt u de garantie geven dat verzekeraars geen prikkels tot risicoselectie krijgen?

Het is niet volstrekt uit te sluiten dat sommige verzekeraars zullen proberen gebruik te maken van de leemtes van het risicovereveningssysteem, maar de prikkel hiertoe heb ik tot een aanvaardbaar minimum verlaagd. Voorts wordt het systeem jaarlijks onderhouden en geëvalueerd. De aanpassingen die hieruit ieder jaar voortvloeien, maken inspelen op leemtes voor een individuele verzekeraar niet aantrekkelijk. Daarnaast zal het CTZ toezien op de wijze waarop verzekeraars invulling geven aan hun wettelijke acceptatieplicht.

66.

In het vereveningssysteem wordt gebruik gemaakt van verschillende macro-deelbedragen. Zijn deze deelbedragen nog wel te onderscheiden binnen de dbc-systematiek?

Ja, daar is bij de opzet van de dbc-systematiek rekening mee gehouden. Binnen de dbc-systematiek kunnen dezelfde deelbedragen worden onderscheiden als binnen de FB-systematiek.

67.

In de grote steden worden zorgverzekeraars structureel geconfronteerd met hoge kosten die niet worden voorspeld door de parameters van het huidige vereveningsmodel. Zij kunnen daarom niet concurrerend zijn met hun nominale premie, en de kwaliteit van de gezondheidszorg in de grote steden neemt af. Kunt u aangeven hoe de grote stedenproblematiek in de evaluatie voor wijziging van het besluit voor 2006 wordt verwerkt?

Gaat u de uitkomsten van recent onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS naar het huidige risicovereveningsmodel (bijvoorbeeld het gebruik van de volledige postcode in plaats van alleen de cijfers) gebruiken voor aanpassingen aan dat model?

Bent u bereid te onderzoeken welke factoren kunnen bijdragen aan een beter vereveningsmodel? Bent u bereid aanpassingen aan het vereveningsmodel te doen alvorens de Zorgverzekeringswet wordt ingevoerd?

Afgelopen jaar heb ik op het punt van het huidige vereveningsmodel voor de grote steden tal van onderzoeken laten uitvoeren. Deze onderzoeken wijzen inderdaad op een slechtere aansluiting van de bijdragen op de kosten in de grote steden dan geldt voor verzekerden buiten de grote steden. De onderzoeken geven geen grond voor de veronderstelling dat de verschillen toegerekend kunnen worden aan het bij de risicoverevening gehanteerde verklaringsmodel. Tenminste een deel van het verschil kan ook voortkomen uit de wijze waarop verzekeraars de verzekering uitvoeren. Desondanks heb ik laten onderzoeken of de kwaliteit van het model ten aanzien van de grote stedenproblematiek verbetert als ik het regiocriterium aanpas. Voor de uitkomsten van dit onderzoek verwijs ik naar het antwoord op vraag 20. De beoogde verfijning van het huidige regiocriterium heeft volgens het onderzoek een verbeterde verdelende werking tot gevolg en een vermindering van de grote stedenproblematiek. Het is de bedoeling dat deze aanpassing van het regiocriterium mee wordt genomen in de vaststelling van het risicovereveningsmodel 2006.

68.

Wat zijn de consequenties van het geven van premiegelden aan buitenlandse verzekeraars die niet investeren in de Nederlandse gezondheidszorg?

Als er premiegelden aan een zorgverzekeraar worden "gegeven" staat daar een verzekeringsprestatie tegenover. Die verzekeringsprestatie is ofwel het leveren van de zorg waaraan de verzekerde behoefte heeft (natura) ofwel het vergoeden van de kosten die verzekerde heeft gemaakt voor het verkrijgen van zorg (restitutie).

Er is niet veel verschil tussen de economische invloed van binnenlandse of buitenlandse zorgverzekeraars op de Nederlandse gezondheidszorg. Het overgrote deel van de premies die de zorgverzekeraar ontvangt -ook de buitenlandse verzekeraar- zal worden besteed aan Nederlandse zorg, of dat nu plaatsvindt in de vorm van natura of via restitutie. Daarmee is niet gezegd of een buitenlandse verzekeraar meer of minder zal "investeren" dan een Nederlandse verzekeraar.

69.

"Op verschillende punten is er sprake van minder detaillering of zelfs van het vervallen van het voorschrift voor de informatieverstrekking. Zo zijn bij de geneeskundige zorg de erfelijkheidsadvisering, de niet-klinische haemodialyse, de chronische intermitterende beademing en hulp door een trombosedienst niet meer apart geregeld. Ook is niet meer geregeld wie de zorg moet leveren, wie de zorg moet voorschrijven, voor welke zorg een voorafgaande toestemming van het

uitvoeringsorgaan geldt, waar de zorg moet worden geleverd en aan wie de eigen bijdrage moet worden betaald" (Nota van toelichting, hoofdstuk 3, administratieve lasten) Waarom zijn deze in het verleden vastgestelde kwaliteitseisen niet meer nodig?

Bij deze zaken ging het niet om kwaliteitseisen. Veel regulering was historisch bepaald en vloeide voort uit de behoefte aan strakke overheidsregulering. De huidige tijd vraagt om andere systemen die meer recht doen aan de toegenomen mogelijkheid van verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om zelf verantwoordelijkheden te dragen. Vanuit die overweging is gekozen voor een stelsel van functiegericht omschreven aanspraken. Dat systeem brengt met zich dat een aantal aspecten niet meer door de overheid wordt geregeld. Het geeft daarmee meer ruimte aan invulling door deze drie genoemde partijen.

70.

Het belang van de poortwachtersfunctie van de huisarts wordt in het Besluit erkend.

Hoe is deze erkenning daadwerkelijk uitgewerkt? Moet voor toegang tot medisch-specialistische zorg een verwijzing door de huisarts geëist worden?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar antwoord op vraag 6.

Vragen ChristenUnie-fractie

71.

Het pakket zoals geformuleerd in het ontwerpbesluit zorgverzekering voor de Zorgverzekeringswet is gebaseerd op het ziekenfondspakket en gericht op de op genezing gerichte zorg en getoetst aan de uitgangspunten zoals in de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet zijn beschreven. Het moet gaan om noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en de noodzaak tot collectieve financiering. Hoe verhoudt zich dit tot het op financiële gronden schrappen van noodzakelijke zorg, zoals fysiotherapie, zelfzorgmedicijnen en zittend ziekenvervoer voor chronisch zieken en gehandicapten?

Bij de pakketmaatregelen die met ingang van 2004 in de ziekenfondsverzekering zijn doorgevoerd, heeft de afweging plaatsgevonden of het om noodzakelijke zorg gaat. Daarbij heeft toetsing plaatsgevonden aan de criteria van aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Op grond van die toetsing is besloten deze pakketonderdelen te schrappen. Deze pakketmaatregelen en de daaraan ten grondslag liggende afwegingen zijn bij de behandeling van de begroting 2004 uitgebreid met de Tweede Kamer besproken.

72.

Op welke wijze is in het conceptbesluit invulling gegeven aan de toezegging in de nota naar aanleiding van het verslag dat het criterium medisch noodzakelijke zorg en andere objectieve criteria in het Besluit Zorgverzekering zouden worden opgenomen?

Daaraan is invulling gegeven in de algemene en specifieke indicatiecriteria die bij en krachtens het ontwerpbesluit zorgverzekering geregeld zijn.

Het algemene indicatievereiste staat in artikel 2.1, derde lid, van het ontwerpbesluit. Dat artikellid luidt: "Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 heeft de verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen." In het tweede lid van artikel 2.1 is geregeld dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Ook dat lid leidt tot objectieve medische criteria. Bij het antwoord op de vraag of zorg "gebruikelijk" is, is ook relevant bij welke indicatie bepaalde zorg gebruikelijk is.

Bijvoorbeeld een bepaalde operatietechniek kan wel gebruikelijk zijn bij een lage hernia maar niet bij een hoge.

De specifieke indicatiecriteria zijn geregeld bij of krachtens de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Dat kan beperkt zijn tot het gebruikelijk zijn in de woorden "plegen te bieden" met een bepaalde beroepsgroep. Een chirurg opereert. In zijn vakgebied zijn bepaalde operaties gebruikelijk bij bepaalde aandoeningen en niet-gebruikelijk bij andere aandoeningen.

Ook kunnen er heel specifieke indicatiecriteria geregeld zijn. Een voorbeeld is de lijst van chronische aandoeningen waarbij langdurige of intermitterende fysiotherapie of oefentherapie nodig kan zijn en die op bijlage 1 van het ontwerpbesluit zorgverzekering staan.

Andere voorbeelden zijn de bijzondere tandheelkunde in artikel 2.7, eerste lid, en de groepen van geneesmiddelen waarvoor op grond van artikel 2.8, tweede lid, onderdeel a, indicatievoorwaarden zullen worden vastgesteld zoals die op bijlage 2 van de Regeling farmaceutische hulp 1996 staan. Zo gelden er voor het pneumococcenvaccin dat deze alleen onder de Zvw-prestatie valt voor een verzekerde:

- a. in de leeftijd van twee jaar en ouder met een onvolwaardige miltfunctie ofwel na miltverwijdering;
- b. lijdende aan de ziekte van Hodgkin die als onderdeel van de behandeling een miltverwijdering zal ondergaan;
- c. met de ziekte van Hodgkin die een behandeling met cytostatica zal ondergaan, ook als geen miltverwijdering plaatsvindt;
- d. met een marginale longfunctie (maximaal adem-minuutvolume minder dan twintig liter), door welke oorzaak dan ook;
- e. met levercirrhose;
- f. met recidiverende hersenvliesontsteking door pneumococceninfectie na schedelletsel, al dan niet met lekkage van hersenvocht; of
- g. die HIV-geïnfecteerd is (CDC-classificatie HIV-infectie groepen II, III en IV).

Vragen SGP-fractie

73.

De leden van de SGP-fractie waarderen het dat de minister de poortwachtersfunctie van de huisarts in de nota van toelichting een belangrijke plaats toekent. Er is echter geen invulling gegeven aan de wijze waarop deze huisarts een plaats moet krijgen. Waarom is deze poortwachtersfunctie niet opgenomen in de tekst van het besluit?

Consequentie van de functiegerichte omschrijving waarvoor bij de Zvw is gekozen, is dat procedurele voorwaarden zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijvereisten niet bij wettelijk voorschrift worden geregeld. Voorts verwijs ik naar het antwoord op de min of meer gelijklopende vraag van de leden van de CDA-fractie (vraag 6).

74.

Wat is bedoeld met: 'Voorwaarden zoals voor welke indicatiegebieden geldt het recht op zorg of de vergoeding van de kosten daarvan, zijn derhalve niet aan de regelingsbevoegdheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde overgelaten.'? Hoe is de verhouding tot bijvoorbeeld artikel 14 van het wetsvoorstel?

Het is de zorgverzekeraar niet toegestaan om in de zorgpolis voorwaarden aan de indicatie te stellen die niet bij wettelijk voorschrift zijn gesteld. Indicatievoorwaarden vullen immers de inhoud en de omvang van de zorg in. Inhoud en omvang kunnen bijvoorbeeld worden beperkt door te bepalen dat geen recht bestaat bij een bepaalde ziekte op een bepaalde behandeling. Naast een mogelijk ongewenste beperking door de zorgverzekeraar zou dat ook een instrument zijn om risicoselectie toe te passen. Het stellen van eigen of nadere indicatievoorschriften is dan ook aan de bevoegdheid van de zorgverzekeraar onttrokken. Door de indicatievoorschriften in of krachtens het ontwerpbesluit

zorgverzekering te regelen wordt ook gewaarborgd dat uitsluitend zorginhoudelijke criteria kunnen worden gehanteerd, zoals artikel 14 van de Zvw vereist.

75.

Verklaart de regering met de beschouwing over het gebruikelijkheids criterium dat de rechtspraak hierover op basis van de Zfw ook aanvaard wordt als uitleg van de Zorgverzekeringswet? Op welke onderdelen treden er verschillen op?

Ja. Ik verwacht niet dat verschillen zullen optreden.

76.

Welke norm en welk vergelijkingsmateriaal wordt gehanteerd voor de bepaling van de redelijkheid van de hoogte van bepaalde kosten?

De redelijkheid van de hoogte van bepaalde kosten wordt bepaald op basis van wat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor zover het gaat om zorg waarop de Wtg van toepassing is, gaat het om een harde grens. Namelijk de kosten mogen niet hoger zijn dan het vastgestelde tarief. De grens is minder hard als het gaat om zorg waarop de Wtg niet van toepassing is. Gaat het om een restitutiepols met overeenkomsten dan liggen de prijzen vast in de gesloten overeenkomsten en zal het gaan om in de Nederlandse marktomstandigheden redelijk passende kosten. Is dat niet het geval dan zal de zorgverzekeraar beoordelen of de prijs die in rekening wordt gebracht redelijk is gezien andere prijzen in Nederland. Dat zal hij doen met zijn kennis over de Nederlandse marktomstandigheden en de prijzen die daar in zijn algemeenheid gelden. Mocht daar een geschil over ontstaan, dan kan de verzekerde zich wenden tot de onafhankelijke geschillencommissie, die het CVZ moet inschakelen, en tot de burgerlijke rechter

77.

De bepaling bij de no-claimteruggaveregeling dat de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden niet meetellen roept vragen op. Is wel duidelijk welke zorg een huisarts precies biedt? Ontstaat er niet veel verwarring als bepaalde behandelingen bij de ene verzekeraar wel meetellen en bij een andere verzekeraar niet? Moeten er geen eenduidige criteria komen?

Zoals ook nu het geval is, is doorgaans duidelijk welke zorg een huisarts pleegt te bieden. De zorgverzekeraar zal in de zorgpolis moeten aangeven welke zorg binnen de door hem aangeboden zorgpolis valt onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden zorg. Daarmee ligt op voorhand vast welke kosten onder de no-claimteruggaveregeling vallen en welke niet. Door de overheid vastgestelde eenduidige criteria zijn dus niet nodig.

78.

Het ontwerpbesluit heeft mede betrekking op artikel 89 van de Zorgverzekeringswet. Dat wetsartikel laat alleen ruimte voor een ministeriële regeling en niet voor een Amvb. Is het op grond hiervan wel mogelijk om de regels toch vast te stellen bij Amvb?

In de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet wordt een nieuw lid aan artikel 89 van de Zvw opgenomen. Daarin is voorgeschreven dat verstrekking van gegevens door de Belastingdienst aan zorgverzekeraars bij amvb dient te worden geregeld.

Artikelen algemeen

79.

Heeft het CVZ geadviseerd ten aanzien van de omschrijvingen in artikel 2.1 tot en met 2.16, zo vraagt de PvdA-fractie.

Het orgaan dat gehoord wordt over wet- en regelgeving is de Raad van State en niet het CVZ. Deze taak staat dan ook voor het CVZ noch in de Zfw, noch in de Zvw. Het CVZ heeft dan ook niet geadviseerd over deze artikelen.

80.

Bij welke deelaanspraken in hoofdstuk 2 van het Besluit volgt nog gedetailleerde regelgeving via ministeriële regeling, zo vraagt de SP-fractie. Wanneer is dat (evenals de inhoud ervan) bekend?

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op dezelfde vraag die de leden van de VVD-fractie hebben gesteld (antwoord nr. 57).

Artikel 2.1, tweede lid

81.

De CDA-fractie ontvangt graag antwoord op de volgende vragen. Welke criteria gelden voor "stand van de wetenschap en praktijk", en wat moet precies worden voorgesteld bij "geldend als verantwoorde en adequate zorg en diensten"? Door wie worden deze criteria ingevuld en gecontroleerd?

De criteria 'stand van de wetenschap en praktijk' zijn de criteria. Dat zijn criteria die zich lenen voor een feitelijke toetsing. Het criterium "geldend als verantwoorde en adequate zorg en diensten" is een omschrijving die vergelijkbaar is met die van de "stand van de wetenschap en praktijk". Deze omschrijving is een toetsingscriterium dat is toegespitst op die zorg en die diensten waarvoor het criterium "stand van wetenschap en praktijk" niet zonder meer kan worden gehanteerd. De criteria worden ingevuld door de betrokken beroepsgroep. Vervolgens wordt dat getoetst. De toepassing van deze criteria kan er toe leiden dat een zorgverzekeraar beslist dat een bepaalde vorm van zorg of dienst niet behoort tot de verzekerde prestaties. Dat betekent dat de verzekerde dan geen recht heeft op die betreffende zorg dan wel op vergoeding van de kosten daarvan. De Zvw voorziet in rechtsbescherming (artikel 114 Zvw). Indien deze procedure niet leidt tot een voor de verzekeringnemer/verzekerde bevredigende uitkomst kan het geschil worden voorgelegd aan de burgerlijke rechter of de geschillencommissie.

82.

Als beroepsbeoefenaren niet meer BIG-geregistreerd hoeven te zijn, wat is dan het betrokken vakgebied en wie bepaalt wat verantwoord en adequaat is, zo vraagt de SP-fractie.

Het betrokken vakgebied is het gebied dat de desbetreffende beroepsbeoefenaren zich tijdens hun opleiding en vervolgens tijdens hun beroepsuitoefening eigen hebben gemaakt. Het is de zorgverzekeraar die beoordeelt of dergelijke beroepsbeoefenaren verantwoorde en adequate zorg kunnen leveren en dus of deze beroepsbeoefenaren in de zorgpolis kunnen worden opgenomen.

83.

De precieze relatie tussen 'plegen te bieden' en het tweede lid is onduidelijk, zo vindt de SGP-fractie. Beoogt dat lid invulling te geven aan het 'plegen te bieden', of zijn er verschillen? (blz. 30)

Door aan het begin van de paragraaf waarin de prestaties worden geregeld eenmaal het 'gebruikelijkheids criterium' voor alle prestaties te hanteren, hoeft dat niets steeds in alle volgende bepalingen herhaald te worden. De term 'plegen te bieden' heeft geen andere betekenis maar wordt telkens ingevuld met toepassing van artikel 2.1, tweede lid, van het ontwerpbesluit zorgverzekering.

Artikel 2.2, tweede lid, sub b

84.

Uitgangspunt van de vergoeding is in natura of via restitutie. Bij het restitutiesysteem kan eventuele aanpassing van de vergoeding redelijk zijn. De CDA-fractie stelt de volgende vragen. Slaat de formulering in dit lid op de situatie van de restitutie? Wie bepaalt op welk moment de Nederlandse marktomstandigheden en hoe weet de verzekerde die op basis van restitutie contracteerde wat precies de marktomstandigheden zijn en welke consequenties dit heeft?

Artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b, gaat inderdaad over de situatie van de restitutie. Zoals ik in mijn antwoord op vraag nr. 76 van de SGP-fractie heb aangegeven, zal dit onderdeel aan de orde kunnen zijn ingeval er geen sprake is van een gecontracteerde hulpverlener en geen Wtg-tarief. Het is de zorgverzekeraar die in die situatie bepaalt of er sprake is van een redelijk passende prijs. Daarbij gaat het om het moment waarop de zorg is genoten en waarop de rekening dus betrekking heeft. Voor het overige verwijs ik naar mijn antwoord op de min of meer gelijklopende vraag van de leden van de SGP-fractie (vraag 76).

85.

De PvdA-fractie stelt de volgende vragen aan de orde. Waarom kiest u in voor de formulering 'worden in mindering gebracht', en niet voor een formulering die de verzekeraar de mogelijkheid laat deze kosten in mindering te brengen zonder dat dit vanzelfsprekend is ('mogen in mindering worden gebracht')? Wat wordt precies bedoeld met "kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten"?

Kan een voorbeeld gegeven worden van dergelijke kosten? Kan dit betekenen dat, wanneer bijvoorbeeld een geneesmiddel door de fabrikant erg hoog wordt geprijsd, de verzekerde dit middel zelf moet betalen? Wordt met andere woorden een rem ingebouwd en een mogelijkheid geschapen om bepaalde vormen van zorg en diensten (voor een deel) door de verzekerde zelf te laten betalen?

Voor deze formulering is gekozen omdat het wel of niet in mindering brengen geen keuze is van de zorgverzekeraar.

Voor de verzekerde moet duidelijk zijn dat hij de eigen bijdragen niet vergoed krijgt en dat hij niet alles vergoed krijgt als hij zich tot een veel te dure hulpverlener wendt. Deze duidelijkheid voorkomt ook een onnodige gang naar de rechter. Een voorbeeld is de gebitsprothese. Deze kan worden gehaald bij verschillende beroepsbeoefenaren. Het prijsverschil kan groot zijn.

De bepaling strekt er vooral toe excessen te voorkomen. In het algemeen zal 100% vergoed worden, ook al is er sprake van wat hogere kosten dan van andere zorgaanbieders.

Deze bepaling gaat er inderdaad vanuit dat de verzekerde de zorg toch mag afnemen door de hogere kosten voor eigen rekening te nemen. Wat betreft geneesmiddelen geldt in het kader van het geneesmiddelenvergoedingssysteem al dat de verzekerde de kosten van het geneesmiddel die hoger zijn dan de vergoedingslimiet, zelf betaalt.

86.

De ChristenUnie-fractie stelt de volgende vragen. In hoeverre biedt dit artikel ruimte om gebruik te maken van het persoonsgebonden budget voor onder andere de kortdurende en extramurale op genezing gerichte ggz? Op welke wijze wordt gewaarborgd dat langdurige ambulante ggz-behandeling wordt vergoed? Abortussen die in het ziekenhuis worden uitgevoerd, vallen niet onder de subsidieregeling, maar onder de aanspraak geneeskundige zorg. Het gaat om zwangerschapsonderbreking op medische indicatie. Kan de aard en inhoud van deze medische indicatie worden toegelicht?

Artikel 2.2 heeft betrekking op de restitutiemogelijkheid. Restitutie geeft dezelfde mogelijkheden als een persoonsgebonden budget.

De zorgverzekeraars moeten in hun zorgpolissen en de zorgverzekeringsovereenkomsten die zij met hun verzekerden sluiten, dekking bieden voor alle zorg die in de Zvw en in hoofdstuk 2 van het ontwerpbesluit is geregeld. De zorgpolissen en zorgverzekeringsovereenkomsten mogen niet minder zorg omvatten dan bij of krachtens de Zvw is bepaald. Hierop zal nadrukkelijk toezicht worden gehouden. Hiermee is gewaarborgd dat de zorgverzekeraars ook dekking bieden voor de langdurige ambulante geneeskundige ggz die in de Zvw is opgenomen.

De medische indicaties voor zwangerschapsafbrekingen die onder de geneeskundige zorg vallen, hebben betrekking op de gezondheid van de zwangere vrouw of ongeboren kind.

87.

De SGP-fractie vraagt wat wordt bedoeld met “kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten”? Levert deze bepaling niet erg veel interpretatievrijheid op, en dus onzekerheid voor de verzekerde? (blz. 32)

Voor een antwoord hierop verwijs ik naar de antwoorden op de vragen 76, 84 en 85. Een verzekerde die gekozen heeft voor een restitutiepolis zonder overeenkomsten en ook anderszins volledige vrijheid, doet er goed aan om zich bij twijfel eerst tot zijn zorgverzekeraar te wenden of de zorg wel volledig wordt vergoed.

Artikel 2.3

88.

De PvdA-fractie ontvangt graag antwoord op de volgende vragen. Wat wordt met dit artikel bedoeld, en welke gevolgen heeft dit artikel voor de verzekerde? Wordt er van uitgegaan dat de zorgverzekering behoort tot “overeenkomsten van levensverzekering, overeenkomsten van schadeverzekering of overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering”? Betekent dit dat een verzekerde die zorg behoeft ten gevolge van een terroristische handeling, te maken kan krijgen met een korting en dus geconfronteerd kan worden met ziektekosten voor eigen rekening wanneer hij slachtoffer wordt van een terroristische aanslag?

Met dit artikel wordt bedoeld dat de vergoeding of prestaties waarop een verzekerde recht heeft kan worden beperkt als deze voortkomt uit terroristische handelingen. Op grond van artikel 18b, eerste lid, van de Noodwet financieel verkeer, is de Minister van Financiën bevoegd om bij schade van bijzonder grote omvang als gevolg van terroristische handelingen te bepalen dat verzekeraars kortingen kunnen toepassen of niet gehouden zijn tot uitkeringen die een door de minister bepaald bedrag overschrijden. In dat geval heeft de verzekerde slechts recht op vergoeding of prestaties die dat bedrag niet overschrijden.

Door deze bepaling wordt het goed functioneren van het verzekeringsstelsel in Nederland gewaarborgd.

Het gevolg voor een verzekerde kan zijn dat niet alle geleden schade vergoed wordt, dan wel dat hij niet alle prestaties krijgt die nodig zijn. Het kan dus voorkomen dat een verzekerde ziektekosten voor eigen rekening moet nemen als deze het gevolg zijn van een terroristische handeling. Hierbij moet wel gezegd worden dat ik in overeenstemming met de Minister van Financiën, zoals ook in de toelichting staat aangegeven, de bevoegdheid heb een bijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds te verlenen ter gehele of gedeeltelijke betaling van de kosten.

De zorgverzekering is een schadeverzekering en behoort daarmee tot ‘overeenkomsten van levensverzekering, overeenkomsten van schadeverzekering of overeenkomsten van natura-uitvaartverzekeringen’.

Artikel 2.4, algemeen

89.

“Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, is in het gekozen functiegerichte systeem een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om daarover afspraken te maken met de verzekerde in de zorgovereenkomst” (Nota van toelichting, Hoofdstuk 2, paragraaf 1)

“Het inschakelen van beroepsbeoefenaren hoeft zich overigens.....niet te beperken tot beroepsbeoefenaren waarop de registratie en titelbescherming op grond van de Wet op de beroepen gezondheidszorg betrekking hebben” (Nota van toelichting, artikelsgewijze toelichting, artikel 2.4)
Kunt u kwaliteit garanderen als iedere kwakzalver gecontracteerd kan worden door een zorgverzekeraar, zo vraagt de SP-fractie.

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg ligt primair bij de zorgaanbieders. Daarnaast is er ook een rol voor zorgverzekeraars en overheid. De zorgverzekeraar is gehouden verantwoorde en adequate zorg te contracteren. Hij kan in de zorgpolis opnemen aan welke hoedanigheid, bekwaamheid of geschiktheid een zorgverlenende persoon of instelling moet voldoen, wil de zorg ten laste van de Zvw komen. Een kwakzalver kan dus niet gecontracteerd worden. Het CTZ dient daarop toe te zien. Daarnaast regelt, zoals ik in het antwoord op vraag 2 van de leden van de CDA-fractie uiteen heb gezet, de Wet BIG dat het verrichten van voorbehouden behandelingen alleen is toegestaan aan de daarvoor in de Wet BIG aangeduide beroepsbeoefenaren. Met het toezicht op overtredingen van die bevoegdheidsregeling is het Staatstoezicht op de volksgezondheid belast. Voorts verwijst ik naar mijn antwoord op vraag van de leden van de SP-fractie (vraag 82).

90.

De SGP-fractie stelt de volgende vragen. Waarom is geen invulling gegeven aan de omschrijving van het nadrukkelijk in de wettekst genoemde begrip ‘integrale eerstelijnszorg’? Hoe is dit integrale karakter gegarandeerd? Aan welke voorwaarden moeten de zorgpolissen op dit onderdeel voldoen? Is de regering bereid artikel 2.4 op dit onderdeel aan te vullen? (blz. 18)

Door in artikel 2.4, eerste lid, te vermelden dat de geneeskundige zorg (onder meer) de zorg omvat zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden, is in het ontwerpbesluit zorgverzekering invulling gegeven aan de wettelijke opdracht om er in elk geval voor te zorgen dat deze zorg onderdeel uitmaakt van de eerstelijnszorg. Bij de eerstelijnszorg is echter meer betrokken dan alleen de zorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden. Te denken valt aan de paramedische zorg zoals geregeld in artikel 2.6 van het ontwerpbesluit zorgverzekering. Aanvulling van artikel 2.4 acht ik daarom niet aangewezen.

De zorgpolissen moeten dekking geven voor alle zorg die in de Zvw en in hoofdstuk 2 van het ontwerpbesluit zorgverzekering is geregeld. De zorgpolissen mogen geen betrekking hebben op minder zorg dan bij of krachtens de Zvw is bepaald. De zorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden moet dus in de zorgpolis zijn opgenomen.

Artikel 2.4, eerste lid

91.

Waarom hanteert u zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden, en niet (eventueel daarnaast) zoals psychotherapeuten die plegen te bieden, zo vraagt de PvdA-fractie.

Acht u het mogelijk en wenselijk een punt toe te voegen aan het eerste lid, dat luidt: “voor de toegang tot de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, is een verwijzing van een hiertoe bekwaam en bevoegd eerstelijnszorgverlener noodzakelijk, indien de verzekerde aanspraak wil maken op vergoeding van deze zorg op basis van de Zorgverzekeringwet”? Waarom wel of niet, zo vraagt de PvdA-fractie. Kan dit bijdragen aan de verankering van de poortwachterfunctie van de eerstelijnszorg?

Acht u het mogelijk en wenselijk, zo vraagt de PvdA-fractie voorts, een punt toe te voegen het eerste lid dat luidt: "noodzakelijke zorg, die boven de sub e en f genoemde maximale aantallen zittingen uitgaat, kan worden verstrekt wanneer en zolang daar dwingende indicatie toe is, zulks binnen het kader van een strikte monitoring"? Waarom wel of niet? Kan dit bijdragen aan een optimale én kostenefficiënte afname van psychotherapie?

De opsomming van beroepsgroepen die eventueel bij de onder de reikwijdte van de Zvw vallende zorg kunnen worden ingeschakeld, is in de bepaling niet limitatief. Gekozen is voor beroepsgroepen om het domein van de zorg waarop de Zvw betrekking heeft aan te duiden. Daarbij zijn slechts die beroepsbeoefenaren opgesomd die maken dat het volledige domein is aangeduid. De zorg zoals psychotherapeuten die plegen te bieden, valt onder de zorg zoals de psychiater en de klinisch psycholoog die plegen te bieden. Zowel de psychiater als de klinisch- psycholoog leveren onder andere ook psychotherapie. In het definitieve ontwerpbesluit zal de gezondheidspsycholoog nog uit de bepaling worden geschrapt omdat inmiddels is komen vast te staan dat met het benoemen van de zorg die klinisch-psychologen en medisch-specialisten plegen te bieden, de geestelijke gezondheidszorg goed is geregeld.

Omdat in de Zvw uitgegaan wordt van functiegerichte aanspraken, is een wettelijk geregelde verwijzing niet passend. Dat zal in de zorgpolis van de zorgverzekeraar geregeld worden. Gelet op het belang van de poortwachterfunctie voor een doelmatige zorg, zullen zorgverzekeraars dit aldus zelf in hun zorgpolis regelen. Zie ook het antwoord op vraag 6.

Ik zie geen aanleiding om het aantal zittingen psychotherapie dat voor rekening komt van de Zvw uit te breiden.

92.

Waarom ontbreken in de opsomming van hulpverleners psychotherapeuten, zo vraagt de SP-fractie.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 91.

93.

Dit artikel biedt ruimte voor zorgverlening door andere beroepsbeoefenaren dan de in het eerste lid genoemde. Wordt de door deze beroepsbeoefenaren verleende zorg getoetst op kwaliteit, en zo ja op welke wijze, zo vraagt de ChristenUnie-fractie.

Op de kwaliteit is van toepassing de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen.

De zorgverzekeraar is, indien hij andere dan de in het eerste lid genoemde zorgaanbieders contracteert, ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van die door hem gecontracteerde zorgaanbieders.

Als de verzekerde kiest voor andere dan de door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, dient hij zelf met deze aanbieder afspraken te maken over de kwaliteit van de door deze beroepsaanbieder te verlenen hulp.

Het staatstoezicht op de volksgezondheid ziet toe op de kwaliteit van de aanbieder.

Artikel 2.4, eerste lid, sub a, 2

94.

De CDA-fractie stelt de volgende vragen. Hoe wordt bepaald of er sprake is geweest van een zwangerschap? (er is niet gekozen voor het begrip doorgaande zwangerschap). Heeft een verzekerde recht op deze aanspraak ongeacht leeftijd?

De vraag laat zien dat de bepaling zoals die nu luidt, onduidelijk is. Ik heb deze bepaling daarom aangepast aan de omschrijving zoals thans in de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet is gehanteerd. Er staat thans "per te realiseren zwangerschap". In de Zvw is -evenals in de subsidieregeling- geen leeftijdsgrens opgenomen.

Artikel 2.4, eerste lid, sub c

95.

De CDA-fractie ontvangt gaarne antwoord op de volgende vragen. Valt een tweede levertransplantatie, waarbij de lever van de eerste donor wordt verwijderd, ook onder de vergoedingen in de Amvb? Waarom wordt gewerkt met een limitatieve lijst van transplantaties en niet aangesloten bij wat internationaal medisch gangbaar is?

De tweede levertransplantatie, bijvoorbeeld noodzakelijk in geval van afstoting van de eerste getransplanteerde lever, valt onder de in artikel 2.4 geregelde geneeskundige zorg. In dit onderdeel zijn limitatief de transplantaties opgenomen die thans in het kader van de ziekenfondsverzekering zijn geregeld. Over de opname van deze transplantaties in het verzekerde pakket heeft afgewogen besluitvorming plaatsgevonden. Bij die besluitvorming zijn meegewogen wat internationaal medisch gangbaar is en de stand van de wetenschap. Als er nieuwe vormen van transplantaties komen, zal de besluitvorming eveneens expliciet plaatsvinden.

96.

Dit lid bevat onder sub c een limitatieve opsomming welke transplantaties voor vergoeding in aanmerking komen. Hoe kan dit artikel minder star worden en beter aansluiten bij de stand van de wetenschap, zo vraagt de SP-fractie.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 95.

Artikel 2.4, eerste lid, sub e

97.

Per jaar worden slechts 25 zittingen psychotherapie vergoed, 50 voor minderjarigen (art. 2.4), voor sommige patiënten is dit niet genoeg. Hoe gaat u de vergoeding van (zeer) langdurige extramurale behandeling binnen de Zorgverzekeringswet waarborgen, zo vraagt de SP-fractie.

Het aantal zittingen psychotherapie dat in het pakket van de Zvw wordt opgenomen is gelijk aan het aantal waarop thans op grond van de AWBZ aanspraak bestaat. Dit aantal wordt met het ontwerpbesluit zorgverzekering niet gewijzigd. Ik vind dat hiermee de psychotherapie voldoende is gewaarborgd.

Artikel 2.4, tweede lid

98.

De CDA-fractie stelt twee vragen aan de orde. Aan welke vormen van zorg moeten we denken bij de mogelijke uitzonderingen? Op welke wijze weet de verzekerde precies welke vormen wel en welke niet worden vergoed?

In de nota van toelichting op artikel 2.4, tweede lid, van het ontwerpbesluit zorgverzekering staat precies aangegeven om welke vormen van zorg het gaat. Het gaat namelijk om de daar opgesomde vormen van zorg die met ingang van 1 januari 2005 van het ziekenfonds- en standaardpakket zijn uitgesloten, te weten:

1. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
3. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;

4. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de in onder 3 bedoelde behandeling;
 5. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 6. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde;
 7. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde;
 8. behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde.
- De verzekerde leest in zijn zorgpolis waar hij wel en niet aanspraak op heeft.

99.

De PvdA-fractie stelt de volgende vragen aan de orde. Wordt met het tweede lid de mogelijkheid geschapen dat bijvoorbeeld in het kader van kostenbeheersing besloten kan worden tot pakketverkleining? Welke gronden zouden kunnen bestaan om eventueel vormen van zorg uit te zonderen? Om welke reden kiest u voor het uitzonderen van vormen van zorg bij ministeriële regeling in plaats van bij Amvb? In hoeverre ziet u de vaststelling van het verzekerde pakket als een beslissing die democratisch gecontroleerd moet worden?

Het is inderdaad mogelijk dat langs deze weg meer vormen van medisch-specialistische zorg worden uitgesloten. Gekozen is voor uitsluiting bij ministeriële regeling omdat het hier gaat om hele specifieke verrichtingen. Een dergelijke mate van detaillering past niet goed bij regeling bij amvb. De Kamer wordt altijd tijdig geïnformeerd over voorgenomen maatregelen, zodat de Kamer zijn controlerende taak kan verrichten. Het regelen bij ministeriële regeling betekent ook dat uitsluitingen sneller kunnen worden gecorrigeerd als blijkt dat de uitsluiting onbedoelde gevolgen heeft of anderszins moet worden aangepast. Om te voldoen aan amendement Omtzigt (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 40) wordt overigens ook op het punt van de medisch-specialistische zorg meer bij amvb geregeld en minder bij ministeriële regeling dan bij de Zfw het geval is.

Artikel 2.4, derde lid

100.

De PvdA-fractie stelt de volgende vragen. Wordt met het derde lid de mogelijkheid geschapen dat bijvoorbeeld in het kader van kostenbeheersing besloten kan worden tot het heffen van eigen bijdragen op psychotherapie? Welke gronden zouden kunnen bestaan om eventueel eigen bijdragen op psychotherapie te heffen? Waarom wordt hier met name voor psychotherapeutische behandeling de mogelijkheid van eigen bijdragen genoemd? Om welke reden kiest u hier voor het uitzonderen bij ministeriële regeling?

Ja, het derde lid biedt de mogelijkheid dat bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor psychotherapie wordt ingevoerd. De eigen bijdragen die thans in de Zfw en de AWBZ voor bepaalde zorgvormen gelden, blijven in de Zvw bestaan.

De mogelijkheid om eigen bijdragen bij ministeriële regeling te regelen is in de Zvw opgenomen met het door de Kamer aangenomen amendement-Omtzigt (nr. 40).

Artikel 2.5

101.

Waarom wordt in onder sub d. voor donoren een termijn van maximaal 13 weken na datum van ontslag uit het ziekenhuis gehanteerd, zo vraagt de PvdA-fractie. Betekent dit dat een donor die langere tijd zorg nodig heeft, bijvoorbeeld ten gevolge van complicaties, dit niet vergoed krijgt?

Deze termijn komt uit de ziekenfondsverzekering en geldt al sinds jaar en dag. Het gaat hier om de kosten van de donor voor zover die toegerekend kunnen worden aan de transplantatie die de verzekerde ondergaat. Het gaat om kosten die objectief samenhangen met de transplantatie. Voor deze termijn is gekozen omdat een termijn van 13 weken voldoende is voor deze aan de

transplantatie toe te rekenen kosten. Mij zijn geen signalen bekend dat deze termijn tot problemen leidt.

102.

In sub e. wordt expliciet melding gemaakt van openbaar vervoer en vervoer per auto. Hierover heeft de VVD-fractie de volgende vragen. Waarom is er gekozen voor een deze mate van detaillering in de regelgeving? Past bij een functionele aanspraak niet meer een algemene omschrijving van 'vervoer', die verder wordt ingevuld in de polis van de verzekeraar?

In dit artikel is aangesloten bij de regeling die thans in de ziekenfondsverzekering geldt.

Artikel 2.6, eerste lid

103.

In de bijlage bij dit artikel staat voor sommige aandoeningen een maximale paramedische behandelingsduur genoemd. Kan per behandeling en maximum behandelingsduur worden uitgelegd waarom deze beperking is gesteld, zo vraagt de SP-fractie.

In de bijlage bij artikel 2.6 zijn de aandoeningen opgenomen waarvoor langdurige behandeling met fysiotherapie of oefentherapie mogelijk is. Het gaat hier om dezelfde aandoeningen en dezelfde maximale behandelingsduur als thans in de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering is geregeld. Ten opzichte van die regeling zijn geen wijzigingen aangebracht. Over de invoering van deze chronische lijst en over de wijzigingen daarin, heeft de toenmalige Minister van VWS de Tweede Kamer uitgebreid geïnformeerd (Kamerstukken II, 1994/95, 24 124, nr. 9).

Artikel 2.6, vijfde lid

104.

De ergotherapie kent een grens van maximaal 10 behandelingen. Is hier de toevoeging 'per kalenderjaar' vergeten (gezien de verwijzing naar het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering in de toelichting), zo vraagt de VVD-fractie.

Inderdaad is deze toevoeging per abuis weggelaten. Dit zou een onbedoelde beperking zijn. De bepaling zal worden aangepast.

Artikel 2.6, zesde lid

105.

Per jaar wordt slechts vier uur dieetadviesering vergoed, juist nu overgewicht epidemische vormen aan begint te nemen. Waarom is deze beperking gesteld, zo vraagt de SP-fractie.

Bij de overheveling van de aanspraak op dieetadviesering van de AWBZ naar de ZFW met ingang van 1 januari 2005 is deze aanspraak gemaximeerd op vier behandeluren per kalenderjaar. Bij brief van 10 augustus 2004 heb ik de Tweede Kamer over dit voornemen geïnformeerd. In het rapport van het CVZ ('dieetadviesering van AWBZ naar de Ziekenfondswet') is mij geadviseerd de aanspraak op dieetadviesering te beperken. Door een toename van de vraag naar dieetadviesering constateert het CVZ in dit rapport een toenemende zorgvraag. Het CVZ merkt op dat als deze zorgvraag ongelimiteerd beantwoord gaat worden, de kosten zullen gaan stijgen. Ten einde de kosten die hieruit voortvloeien beheersbaar te houden, heeft het CVZ geadviseerd om de aanspraak op dieetadviesering te beperken. Gezien de uitgavenstijging van de afgelopen jaren (volgens gegevens van het CVZ werd er in 2002 € 17,7 miljoen uitgegeven aan dieetadviesering en voedingsvoorlichting en in 2003 € 30,3 miljoen) en de in de komende jaren te verwachten stijging van de vraag naar dieetadviesering, heb ik dit advies opgevolgd.

Artikel 2.7, eerste lid

106.

Tandprothese viel in de Ziekenfondswet onder de regeling Hulpmiddelen. Onder deze Amvb kan de tandprotheticus echter geen prothese leveren. Hoe kan het eerste lid over mondzorg zo aangepast worden dat dit wel het geval is, zo vraagt de SP-fractie.

De tandprothese is onder de ziekenfondsverzekering geregeld in de hulpmiddelen omdat in de omschrijving van die verstrekking niet geregeld wordt wie de hulpmiddelen voor rekening van de ziekenfondsverzekering mogen leveren. Dit maakt het voor ziekenfondsen mogelijk om ook met tandprotheticici overeenkomsten te sluiten voor het leveren van deze zorg. Bij de Zvw is bij alle zorg de bevoegdheid aan de zorgverzekeraar gelaten om in de zorgpolis te regelen wie de zorg levert. Dat geldt dus ook voor mondzorg. Met andere woorden de tandprotheticici kunnen ook voor rekening van de zorgverzekering gebitsprothese leveren. Uiteraard alleen voor zover zorgverzekeraars dat mogelijk maken, zoals dat nu ook een bevoegdheid van ziekenfondsen is om dat te bepalen.

Artikel 2.7, vijfde lid

107.

Wordt in dit lid de mogelijkheid geschapen dat bijvoorbeeld in het kader van kostenbeheersing besloten kan worden tot het heffen van eigen bijdragen op tandheelkunde, zo vraagt de PvdA-fractie? Kan in de door u voorgestelde regeling een tandprotheticus een prothese leveren?

Artikel 2.7, vijfde lid, biedt de mogelijkheid om eigen bijdrage te heffen in het kader van kostenbeheersing. Ik ben niet voornemens om andere bijdragen te heffen dan nu op grond van de Zfw voor tandheelkunde gelden. De nu geregelde eigen bijdrage geldt alleen voor verzekerden, voor zover er bij hen geen sprake zou zijn van een aandoening, bedoeld in het eerste lid. Zij betalen dan voor een aantal tandheelkundige verrichtingen hetzelfde als verzekerden waarop dit lid niet van toepassing is. In de nota van toelichting op het vijfde lid van artikel 2.7 is aangegeven dat het gaat om preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen. Alleen de extra kosten die deze verzekerden komen dus voor vergoeding in aanmerking.

De mogelijkheid voor het regelen van een eigen bijdrage bestaat niet voor de zorg die in het tweede lid is omschreven. Het tweede lid regelt de mondzorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar, anders dan de situatie in het eerste lid.

Artikel 2.8, eerste lid

108.

Wat is de implicatie van de formulering onder sub a. 'aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar', zo vraagt de PvdA-fractie. In welke gevallen is het bekend zijn van bijwerkingen bij het aangewezen geneesmiddel reden om een zorgverzekeraar te verplichten meer dan één geneesmiddel met dezelfde werkzame stof aan te wijzen, zo vraagt zij voorts.

De implicatie is dat de zorgverzekeraar bevoegd is voor (een of meer) groepen van werkzame stoffen te besluiten dat zijn verzekerden niet de keuze hebben uit alle geneesmiddelen met die werkzame stof, maar slechts aanspraak hebben op het geregistreerde geneesmiddel of de geregistreerde geneesmiddelen die door de zorgverzekeraar zijn aangewezen. Deze maatregel is eind 2003 ingevoerd. Het is niet nodig dat de zorgverzekeraar meer middelen aanwijst met dezelfde werkzame

stof. De verzekerde heeft immers altijd recht op een ander door mij aangewezen middel voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen middel medisch niet verantwoord is.

109.

Onder sub a. staat dat de zorgverzekeraar bepaalt welke geneesmiddelen vergoed worden. Hierover leven bij de SP-fractie de volgende vraag. Waarom tast u de autonomie van de voorschrijver aan; de deskundige kan toch het best bepalen welk geneesmiddel noodzakelijk is?

De maatregel is al, zoals ik in antwoord 108 heb aangegeven, eind december 2003 ingevoerd. De Kamer is uitvoerig over deze maatregel geïnformeerd. Ik verwijs hiervoor onder meer naar mijn brief van 15 november 2002 (Kamerstukken II 2002/03, 28 600 XVI, nr. 15), en mijn brief van 20 oktober 2004, Kamerstukken II 2004/05, 29 477, nr. 5). Ik acht het van belang dat de zorgverzekeraar een goed inkoopbeleid kan voeren. Als bij wettelijk voorschrift uitputtend en precies geregeld is waar de aanspraak op geneesmiddelenzorg uit bestaat, valt er voor zorgverzekeraars moeilijk goedkoop in te kopen en dus weinig te concurreren. Het probleem daarbij is ook dat de zorgverzekeraar geen afzetgarantie kan geven. Immers, een fabrikant of apotheker zal alleen een lage inkoopprijs met de zorgverzekeraar willen afspreken als de zorgverzekeraars een bepaalde afzet wil garanderen. Dat kan een zorgverzekeraar niet garanderen als de verzekerde gewoon in alle omstandigheden aanspraak behoudt op alle geregistreerde geneesmiddelen. Daarom mag de zorgverzekeraar binnen de gestelde grenzen geneesmiddelen aanwijzen. Zoals in antwoord 108 is aangegeven heeft de verzekerde altijd recht op een ander door mij aangewezen middel voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen middel medisch niet verantwoord is. In die zin blijft de autonomie bij de deskundige.

Artikel 2.8, tweede lid

110.

Welke geneesmiddelen worden onder sub b. bedoeld, en zullen deze worden vastgelegd in een lijst, zo vraagt de CDA-fractie.

In artikel 2.8, tweede lid, gaat het niet om specifieke middelen, maar om het afleveren van middelen in verband met een bijvoorbeeld vakantie of zakenreis. Te denken valt aan vaccins die te voren preventief worden toegediend, aan malariapillen en ook middelen die niet worden gebruikt tijdens de reis, maar voor de zekerheid worden meegenomen. Het gaat daarbij om middelen die wel in het pakket zitten, maar waarop in geval van ziekterisico bij reizen geen aanspraak bestaat. De middelen zullen dus niet in een lijst worden vastgelegd. Deze bepaling komt overeen met een bepaling die nu in de ziekenfondsverzekering geldt.

Artikel 2.8, vierde lid

111.

Bent u bereid in het vierde lid het woord "medisch" te vervangen door "sociaal-medisch", zo vraagt de PvdA-fractie.

Alleen als het medisch onverantwoord is dat de verzekerde behandeld wordt met een middel dat door de zorgverzekeraar aangewezen is, bestaat ook recht op een van de andere door mij aangewezen middelen. Er moet een medische noodzaak zijn voor dat andere middel. Sociaal-medisch is hier niet aan de orde.

112.

In hoeverre verwacht u dat door de formulering van dit lid, ten opzichte van de formulering in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering artikel 9a eerste lid, zorgverzekeraars vaker gebruik zullen maken van de mogelijkheid geneesmiddelen uit te sluiten, zo vraagt de ChristenUnie-fractie. In welke mate wordt de parlementaire betrokkenheid bij de aanwijzing van geneesmiddelen gewijzigd door het vervallen van de aanduiding van een aantal categorieën die u niet mag aanwijzen, zo vraagt deze fractie voorts.

Met deze formulering moeten zorgverzekeraars in ieder geval een bewuste keuze maken of zij van de bevoegdheid om niet alles aan te wijzen, gebruik willen maken. In die zin verwacht ik dat deze bepaling een bescheiden bijdrage levert aan het preferentiebeleid. Ik verwacht dat zorgverzekeraars geleidelijk aan meer gebruik zullen maken van de bevoegdheid. De aanwijzing is een bevoegdheid van zorgverzekeraars. Er is dus geen parlementaire betrokkenheid bij deze aanwijzing, anders dan de parlementaire controle bij de uitvoering van de zorgverzekering en de verantwoording die ik daarover aan het parlement afleg. Dat is op dit punt niet anders dan nu bij de Zfw het geval is.

Artikel 2.9

113.

Op termijn zal worden gezien of tot een meer globale omschrijving met als aangrijpingspunt de te corrigeren aandoening/handicap, kan worden overgegaan, zodat er meer ruimte is voor innovatie. Wat is de reden dat u dit wil overwegen, zo vraagt de ChristenUnie-fractie. Biedt de huidige mogelijkheid van wijziging bij ministeriële regeling niet al voldoende ruimte voor innovatie en flexibiliteit?

Ik kan op dit moment nog niet aangeven op welk moment een dergelijke meer globale omschrijving ingevoerd kan worden. Ik overweeg het overgaan naar een dergelijke omschrijving omdat de zorgverzekeraar daardoor de mogelijkheid krijgt om, indien hij dat wenselijk acht, technische innovaties op het terrein van de hulpmiddelenzorg sneller ter beschikking te stellen aan de verzekerden. Echter, de invoering van een dergelijke globale omschrijving is niet eenvoudig. Immers, aan de ene kant moet worden voorkomen dat voor de verzekerde niet meer helder is waar hij recht op heeft, aan de andere kant moet ook de omschrijving zodanig zijn dat de zorgverzekeraar in staat is de zaak beheersbaar te houden. Bovendien maakt de huidige mogelijkheid tot wijziging bij ministeriële regeling ook al snelle aanpassingen mogelijk. Wel vraagt elke ontwikkeling om een ministeriële regeling. Dat kan niet op elk moment van het jaar plaatsvinden omdat zorgverzekeraars de gelegenheid moeten hebben dit in hun zorgpolis vast te leggen en daarover afspraken te maken met hun verzekerden en de aanbieders.

Artikel 2.9, tweede lid

114.

De PvdA-fractie stelt de volgende vragen. Wat wordt bedoeld met de formulering dat het normaal gebruik van hulpmiddelen voor eigen rekening van de verzekerde komt? Wat is "normaal gebruik"?

Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen of accu's bij hoortoestellen. Ook onderhoudskosten moeten worden aangemerkt als kosten van 'normaal gebruik' in de zin van artikel 2.9, tweede lid. Deze kosten blijven altijd voor rekening van de verzekerde. De vervanging bij slijtage van de rubberen doppen van bijvoorbeeld looprekken (het loopvlak van het hulpmiddel) wordt gerekend tot normaal onderhoud en is voor rekening van de gebruiker zelf. Ook de periodieke onderhoudsbeurten worden niet geacht tot de aanspraak te behoren. Reparatiekosten komen over het algemeen voor rekening van de zorgverzekeraar.

Artikel 2.9, derde lid

115.

Wordt onder sub b. de mogelijkheid geschapen dat in het kader van kostenbeheersing besloten kan worden tot het heffen van eigen bijdragen op hulpmiddelen, zo vraagt de PvdA-fractie.

Op grond van artikel 2.9, derde lid, onderdeel b, van het ontwerpbesluit zorgverzekering kan bijvoorbeeld worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van de kosten die hij uitspaart omdat hij dat hulpmiddel gebruikt. Dit is het geval bij de vergoeding van orthopedisch schoeisel. Iedereen moet regelmatig schoenen aanschaffen. Het is dan ook billijk dat verzekerden die aangewezen zijn op orthopedisch schoeisel, de gemiddelde aanschafkosten van schoenen zelf moeten bijdragen.

Behalve een besparingsbijdrage kan een eigen betaling worden gevraagd voor kosten boven het bedrag waarvoor een adequaat hulpmiddel kan worden aangeschaft. Dit neemt dan de vorm aan van een wettelijke vergoedingslimiet, zoals het geval is bij hoortoestellen. De cliënt betaalt dan alleen de meerkosten die het gevolg zijn van zijn keuze voor een luxer uitvoering van het hulpmiddel. Met de invoering van de no-claim, die ook geldt voor de hulpmiddelen, ligt het niet voor de hand om nog meer specifieke eigen bijdragen te gaan heffen voor hulpmiddelen, afgezien van bijdragen op basis van het besparingsmotief. Met de no-claim wordt beoogd het zorggebruik terug te dringen waarmee aan het streven naar kostenbeheersing door heffen van eigen bijdragen (ook bij hulpmiddelen) is voldaan. Dit neemt overigens niet weg dat het invoeren van eigen bijdragen voor (bepaalde) hulpmiddelen uit overwegingen van kostenbeheersing in de toekomst niet is uitgesloten. Met artikel 2.9, derde lid, onderdeel b, van het ontwerpbesluit zorgverzekering verandert niets aan de oude situatie. Voorheen was hetzelfde bepaald in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.

Artikel 2.12

116.

Is er ook recht op een minimum aantal uren kraamzorg, zo vraagt de CDA-fractie.

Er is geen recht op een minimum aantal uren kraamzorg geregeld. Wel geldt ook voor kraamzorg artikel 2.1, tweede lid. Dit betekent dat de inhoud en omvang van de kraamzorg ook worden bepaald door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

Artikel 2.13

117.

Klopt het dat in het tweede lid de prothese ten laste van de AWBZ moet worden verstrekt (i.p.v. ten laste van de zorgverzekering), zo vraagt de PvdA-fractie.

Ik neem aan dat deze leden doelen op subonderdeel 2, van onderdeel c, van het eerste lid. Onderdeel c gaat om vervoer van mensen die in een AWBZ-instelling verblijven. De zorg komt ten laste van de AWBZ-verzekering, maar het vervoer in de beschreven situaties komt voor rekening van de zorgverzekering. In subonderdeel 2 van onderdeel c gaat het inderdaad om het aanmeten van een prothese die ten laste komt van de AWBZ-verzekering.

Artikel 2.17

118.

De PvdA-fractie ontvangt graag antwoord op de volgende vragen.

Aangezien u van plan bent het no-claim bedrag in de toekomst naar beneden af te ronden op een veelvoud van € 10 (artikel 2.17, lid 3), waarom verlaagt u dan niet direct de no-claim van € 255 naar € 250 (het huidige bedrag volgens artikel 2.17, lid 1)? Wanneer gaat de eerstvolgende verhoging in? Indien het bedrag dan onder € 260 blijft, rondt u dit bedrag dan ook naar beneden af?

Het bedrag van € 255, zoals dat in artikel 2.17, eerste lid, is geregeld, in plaats van € 250 is noodzakelijk om de budgettaire consequenties op te vangen van het feit dat de huisartsenzorg buiten de no-claimteruggave is gehouden. Wanneer het bedrag verhoogd wordt, hangt af van de uitkomst van de indexering. De bepaling in het ontwerpbesluit zorgverzekering zal zo worden aangepast dat indexering niet met zich meebrengt dat het bedrag lager wordt dan € 255.

119.

Waarom is in dit artikel niet vermeld dat het bedrag van € 255 betrekking heeft op het jaar 2005, zo vraagt de VVD-fractie. Wanneer maakt u bekend wat het nieuwe bedrag voor het komende jaar wordt?

Het kabinet heeft besloten het bedrag ook in 2006 op € 255 te houden.

120.

In dit artikel wordt het bedrag van de no-claimteruggave bepaald.

Wordt ook in het besluit opgenomen dat het bedrag van € 255 betrekking heeft op het jaar 2005, en wordt opgenomen op welk tijdstip u het bedrag voor het volgende jaar bekend maakt, zo vraagt de SP-fractie.

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik naar antwoord 119.

Artikel 2.18

121.

De PvdA-fractie stelt de navolgende vragen. Kan met voorbeelden worden uitgelegd welke kosten voor zorg in dit artikel worden bedoeld? Lijkt het u wenselijk dat mensen tot één jaar na het terugontvangen van het no-claimbedrag nog geconfronteerd kunnen worden met terugvordering van dit bedrag? Lijkt het u niet mogelijk de verzekeraars tot 31 maart de tijd te geven de juiste rekening op te maken? Wat kunnen verzekerden ondernemen indien zij denken dat ze een te laag bedrag als no-claim terugontvangen hebben? Hoe wilt u verzekeraars ertoe aanzetten om dit op een correcte manier af te handelen?

Waarom heeft u gekozen voor de volgorde no-claim en daarna eigen risico? Welke gevolgen heeft dit bij een restitutiepolis, en welke bij een naturasysteem?

De in dit artikel bedoelde kosten zijn de kosten van verloskundige zorg, kraamzorg en van huisartsenzorg. De kosten van deze vormen van zorg tellen niet mee voor de no-claimteruggave bij beperkt zorggebruik.

Het blijkt dat in een aanzienlijk aantal gevallen de zorg die in een bepaald jaar is verleend, niet op een dusdanig tijdstip wordt gedeclareerd dat de verzekeraars deze kunnen betrekken bij de vaststelling van de no-claimteruggave die zij uiterlijk op 31 maart van het volgende jaar moeten uitkeren. Dit komt onder meer door de declaratiesystematiek die voor de dbc's geldt. Hierbij is bepaald dat een dbc maximaal 12 maanden loopt en dat deze wordt gedeclareerd bij de verzekeraar waarbij de verzekerde was verzekerd op het moment van opening van die dbc. Daarom kunnen verzekeraars niet voor 31 maart de juiste en complete no-claimteruggave vaststellen voor de zorg die

in het voorafgaande jaar is verleend. Om die reden is, net als bij de no-claimteruggaaf in de Zfw, geregeld dat uiterlijk op 31 maart van het tweede jaar volgend op het jaar waarin de zorg is verleend, de eerdere no-claimteruggaaf wordt gecorrigeerd. Indien deze correctiebepaling niet zou zijn opgenomen, zou, om met de no-claimteruggave toch dezelfde opbrengst te behalen, het bedrag van de maximale no-claimteruggave moeten worden verhoogd. Daarvoor heb ik niet gekozen. Indien verzekerden van mening zijn dat zij een te lage no-claimteruggave hebben ontvangen, dienen zij hun verzekeraar daarop aan te spreken. Indien dat niet tot een oplossing leidt, is voor dat geschil artikel 113 van de Zvw van toepassing. Hierin is voorgeschreven dat zorgverzekeraars ervoor zorgen dat hun verzekerden geschillen over de uitvoering van hun zorgverzekeringen kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.

Dat in de situatie van een afgesproken eigen risico, de kosten van zorg eerst worden verrekend met de no-claimteruggave en pas daarna met het eigen risico, is op verzoek van de Tweede Kamer geregeld teneinde duidelijkheid te bieden. Zowel bij een restitutiepolis als bij een naturapolis betekent deze volgorde dat de eerste € 255 aan kosten van zorgvormen waarop de no-claimteruggave van toepassing is, leiden tot een lagere of geen no-claimteruggave. Pas als de zorgkosten meer bedragen dan € 255 komt dit ten laste van het overeengekomen eigen risico.

122.

In hoeverre bent u bereid de termijn genoemd in het derde lid te verkorten tot één kalenderjaar, om daarmee meer druk uit te kunnen oefenen op een tijdige afhandeling van de administratie, zo vraagt de ChristenUnie-fractie.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 121.

Artikel 3.4, 3.10, 3.11 e.a.

123.

In de teksten wordt nog onderscheid gemaakt in de kosten ziekenhuisverpleging vast/variabel en de kosten van specialistische hulp. Worden deze kosten binnen de dbc-systematiek ook in de toekomst nog afzonderlijk te onderscheiden, zo vraagt de VVD-fractie.

Er is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds het deelbedrag 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' en anderzijds het deelbedrag 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'. Deze deelbedragen zijn ook binnen de dbc-systematiek nog afzonderlijk te onderscheiden.

Artikel 3.5

124.

Waarom is in het tweede lid gekozen voor gelijke bedragen per verzekerde, terwijl het verwachte aantal dagen ziekenhuisopname niet gelijk al zijn tussen leeftijdscategorieën, zo vraagt de CDA-fractie.

In het tweede lid staat te lezen dat de Minister aan alle op basis van de verdeelcriteria te onderscheiden klassen gewichten toekent. Eén van de verdeelcriteria is leeftijd en geslacht. Aan de verschillende leeftijd/geslachtklassen worden verschillende gewichten toegekend.

125.

In het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet en het ontwerpbesluit wordt de huidige systematiek van budgettering van ziekenfondsen gekopieerd in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Er is in de wijze van verdelen van het macroverstrekkingsbudget over de ziekenfondsen gekozen voor een verfijnder systeem van rechtsgrondfactoren. In dit nieuwe systeem wordt rekening gehouden met de factor loondienst en VUT. Het systeem heeft voor ziekenfondsen met een specifieke verzekerdenpopulatie

relatief grote gevolgen. De VVD-fractie heeft de volgende vragen. Waarom is er destijds overgestapt van een systeem op basis van de zogenoemde arbeidsongeschiktheidsfactoren naar een systeem op basis van zogenoemde rechtsgrondfactoren? Is wetenschappelijk aangetoond dat dit een beter systeem is? Heeft u dit nog heroverwogen?

Ik wil hierbij uw suggestie wegnemen dat er in het verleden is "overgestapt" van een systeem van arbeidsongeschiktheidskenmerken naar rechtsgrondfactoren. Zowel arbeidsongeschiktheid als loondienst zijn rechtsgronden (verzekeringsgronden) voor de Zfw. Uit onderzoek -uitgevoerd door een onafhankelijk onderzoeksbureau- blijkt dat tussen verzekerden met een verschillende verzekeringsgrond structurele kostenverschillen bestaan en dat het hiermee rekening houden leidt tot een beter systeem. In de Zfw is dit nooit heroverwogen.

Artikel 3.15

126.

De CDA-fractie ontvangt gaarne antwoord op de volgende vragen.

Voor hoeveel procent van de verzekerden zal op 1 oktober 2005 bij het CVZ alle informatie beschikbaar zijn (alle informatie is DKG, FKG, leeftijd, geslacht en aard van het inkomen)?

Moet u toestemming geven aan het College om uit te gaan van een alternatieve basis of kan het College zelf besluiten alle ministeriele bepalingen in artikel 3.1 tot en met 3.14 te negeren en 15 miljard euro naar eigen inzicht te herverdelen?

Op 1 september 2005 dienen voor alle verzekerden de voor de ex ante vaststelling van de vereveningsbijdragen noodzakelijke gegevens beschikbaar te zijn, opdat het CVZ op 15 september 2005 de vereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars bekend kan maken. Van de huidige ziekenfondsverzekerden was ook in 2004 reeds alle benodigde informatie beschikbaar. Indien van een aantal thans particulier verzekerden per 1 september 2005 nog niet alle informatie beschikbaar kan zijn of nog van onvoldoende kwaliteit is, is het College bevoegd om met toepassing van artikel 3.15 een schatting te maken van de ontbrekende gegevens (FKG's, DKG's en aard van het inkomen). Het is niet noodzakelijk dat ik daarvoor het College toestemming verleen. Mijn verwachting is dat het College in dit soort gevallen de betreffende verzekeraar(s) haar werkwijze voor het bijschatten zal toelichten.

Het zal niet zo zijn dat het College artikel 3.15 zo zal gebruiken dat het College alle ministeriële bepalingen negeert en € 15 miljard naar eigen inzicht herverdeelt. Verder merk ik hier op dat na afloop het jaar 2006 op basis van de werkelijke gegevens 2006 er een herberekening van de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds plaatsvindt en verzekeraars dan de mogelijkheid hebben hun volledige informatie aan het College aan te leveren.

Artikel 4.3

127.

De CDA-fractie stelt de volgende vragen aan de orde.

Betekent het kenmerk 'onderworpen zijn aan loonbelasting' voor een niet-ingezetene dat deze onder de verzekeringsplicht valt, ongeacht het land waar deze verblijft (ook buiten Europa)? Wat is de verzekerings situatie voor een in Duitsland wonende zelfstandige, met een bedrijf in Nederland?

Voor het vaststellen van de verzekeringsplicht voor de Zvw is van belang vast te stellen of iemand verplicht verzekerd is ingevolge de AWBZ. Ingevolge de AWBZ is -naast de ingezetene- verzekerd de niet-ingezetene, die op grond van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid onderworpen is aan de loonbelasting. Daarnaast is op grond van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 een aantal categorieën van niet-ingezetenen aangewezen als verplicht AWBZ-verzekerde. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor niet in Nederland wonende zelfstandige, die belastbare winst uit Nederlandse onderneming als bedoeld in afdeling 7.2 van de Wet

inkomstenbelasting 2001 geniet, mits hij in Nederland arbeid verricht voor die onderneming. In de praktijk zal het er veelal op neerkomen dat deze personen in de buurlanden werken, hoewel het in beginsel kan voorkomen dat iemand in een niet-sociaal verzekeringsverdragsland of niet-EU/EER-land woont en in Nederland aan de loon- of inkomstenbelasting is onderworpen. Het maakt derhalve voor de toepassing van de betrokken verzekeringsbepalingen voor werknemers en zelfstandigen niet uit waar men woont.

Met deze vraag beantwoord ik tevens de min of meer gelijklopende vraag van de leden van de VVD-fractie (vraag 129)

128.

Waarom is de definitieve formulering van dit artikel nog in onderzoek, en wat is de huidige stand van zaken, zo vraagt de PvdA-fractie.

Ten tijde van het voorhangen van het ontwerpbesluit werd door de Minister van Financiën nog onderzocht of de in het artikel aangeduide omschrijving juist was. Inmiddels is vastgesteld dat de tekst en de toelichting juist zijn.

129.

De VVD-fractie ontvangt gaarne antwoord op de volgende vragen.

Betekent het kenmerk 'onderworpen zijn aan loonbelasting' voor een niet-ingezetene dat deze onder de verzekeringsplicht valt, ongeacht het land waar deze verblijft (ook buiten Europa)? Wat is de verzekerings situatie voor een in Duitsland wonende zelfstandige, met een bedrijf in Nederland?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 127 van de leden van de CDA-fractie.