

Vergaderjaar 2012–2013

**33 507**

## **Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet teneinde daarin enkele verbeteringen aan te brengen, alsmede technische reparaties in diverse wetten (Veegwet VWS 2013)**

**Nr. 9**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG**

Ontvangen 5 september 2013

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het nader verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel van wet houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet teneinde daarin enkele verbeteringen aan te brengen, alsmede om technische reparaties in diverse andere wetten aan te brengen (Veegwet VWS 2013).

In deze nota naar aanleiding van het verslag beantwoord ik de gestelde vragen, waarbij ik zoveel mogelijk de volgorde van het verslag volg.

#### **Algemeen**

De leden van de fractie van de **PvdA** verbazen zich erover dat zorgverzekeraars 6 maanden nodig hebben om cijfers aan te leveren. Zij vragen wat er concreet aan het systeem veranderd zou moeten worden om wel tot tijdige informatie over de cijfers te komen.

Elke zorgverzekeraar is verplicht om vóór 1 juli t+1 een jaarrekening op te stellen. Deze termijn is specifiek voor zorgverzekeraars vastgelegd in artikel 37 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en ligt in het verlengde van de algemene bepalingen voor rechtspersonen, die in het Burgerlijk Wetboek staan. De cijfers voor de jaarrekening destilleert de zorgverzekeraar uit zijn administratie. Dit moet zorgvuldig gebeuren en vergt daarom enige tijd. Daar komt bij dat ook de externe accountant deze cijfers nog moet beoordelen, voordat hij een verklaring kan afgeven. Ook dit kost tijd. Daarom lijkt de gestelde termijn van 6 maanden zeker niet te ruim en zijn er geen reële mogelijkheden voor substantiële verkorting.

De leden van de fractie van de **PvdA** maken uit de nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstuk 33 507, nr. 6) op dat zorgverzekeraars ook niet-gecertificeerde cijfers op kwartaalbasis aanleveren aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Zij vragen of aangegeven kan worden

waarop de stelling dat deze niet gecertificeerde cijfers een goede inschatting geven, is gebaseerd.

De zorgverzekeraars leveren elk kwartaal cijfers aan het CVZ, die ze controleert op volledigheid en plausibiliteit en vervolgens doorstuurt naar het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). VWS ontvangt in maart de cijfers over t-1 (vier kwartalen). Jaarlijks wordt door een externe accountant van het CVZ een audit uitgevoerd op de gegevensaanlevering van het CVZ over deze kwartaalstaten aan VWS. De cijfers bestaan uit ontvangen en geaccepteerde declaraties, aangevuld met een inschatting van de verzekeraars over de nog te ontvangen declaraties. Zorgaanbieders kunnen immers nog jaren na dato declaraties indienen.

De cijfers die niet over diagnosebehandelingcombinaties (dbc's) gaan, geven in maart een betrouwbare inschatting van de cijfers over het afgelopen jaar (3 maanden na afloop van het jaar). De bijschatting van de verzekeraars over de nog te verwachten schade maakt een relatief gering deel uit van de totale schade en de verzekeraars beschikken over goede historische data om een betrouwbare bijschatting te kunnen maken. De begroting wordt op deze cijfers gebaseerd.

Voor de dbc-sectoren (medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)) zijn de inschattingen in maart nog niet voldoende betrouwbaar vanwege de lange looptijd van de dbc's en het declaratietraject dat daarop volgt. In het project verbetering informatievoorziening wordt eraan gewerkt om deze informatievoorziening te versnellen; zie de onlangs verstuurd brief aan de Tweede Kamer. De begroting wordt daarom voor de dbc-sectoren niet gebaseerd op de cijfers over het jaar t-1, maar over het jaar t-2.

In de levering van een kwartaal later (junilevering) ontvangt VWS van het CVZ de jaarstaatcijfers over t-1. Het betreft hier de jaarverslaggegevens van de verzekeraars die door accountants zijn gecontroleerd. Het beeld van de cijfers die niet over dbc's gaan is dan nog completer; de wijzigingen ten opzichte van de maartcijfers zijn voor deze sectoren zeer beperkt (zie tabel hieronder). Indien er onverhoopt bij één of meerdere sectoren toch een grotere afwijking (die structureel van aard is) wordt geconstateerd ten opzichte van de maartcijfers, wordt de begrotingsstand hierop aangepast.

Voor de dbc-sectoren zijn de inschattingen in juni t+1 op dit moment nog niet betrouwbaar genoeg om in de begroting te kunnen verwerken.

De leden van de **PvdA** fractie vragen welke verschillen er in de afgelopen jaren zaten tussen de «actuele cijfers» en de later beschikbaar gekomen gecertificeerde cijfers.

Onderstaande tabel geeft de verschillen weer van diverse sectoren tussen de maart en juni levering van het CVZ over het schadejaar 2012.

Deelsectoren	Bedrag verschil levering maart – juni 2013 (x 1 mln)	% verschil maart – juni 2013
Huisartsenzorg	- 2,30	- 0,1%
Tandheelkundige zorg (Zvw)	- 1,80	- 0,3%
Fysiotherapie	- 5,00	- 1,1%
Logopedie	- 1,80	- 1,5%
Ergotherapie	- 0,30	- 1,2%
Verloskundige zorg	- 1,10	- 0,5%
Kraamzorg	- 3,00	- 1,0%

Deelsectoren	Bedrag verschil levering maart – juni 2013 (x 1 mln)	% verschil maart – juni 2013
<b>Oefentherapie</b>	- 0,10	- 0,5%
<b>Tandheelkundige specialistische zorg</b>	9,30	9,1%
<b>Multi disciplinaire zorg</b>	3,00	0,8%
<b>Genees- en hulpmiddelen</b>	- 10,60	- 0,2%

De leden van de **SP**-fractie zouden graag nog even stilstaan bij het catastroferisico en hoe vanaf een bepaalde drempel zorgverzekeraars een extra vereveningsbijdrage ontvangen. Zij vragen of dit het failliet aantoont van de privatisering van de zorgverzekeringen, aangezien nu de grootste risico's alsnog via collectieve middelen opgelost worden.

Het doel van de vergroting van de risicodragendheid is om de concurrentie tussen zorgverzekeraars te bevorderen en meer prikkels voor doelmatige zorginkoop te geven: welke zorgverzekeraar kan via inkoop en bedrijfsvoering het beste de kosten laag houden en daarmee de beste prijs/kwaliteitsverhouding realiseren? Als een catastrofe optreedt, zijn de kosten extreem hoog. Een catastrofe is zeldzaam, zoals de naam al impliceert, en gaat doorgaans gepaard met hoge en onevenredig verdeelde kosten. Het kabinet vindt het niet wenselijk dat de risicodragendheid volledig van toepassing is op catastrofes zoals natuurrampen, pandemieën of kernexplosies. Individueel zouden zorgverzekeraars hier grote extra financiële buffers voor moeten aanhouden ten opzichte van de huidige prognoses, hetgeen extra premiedruk betekent. Nu de overheid wettelijk vastlegt dat zij onder bepaalde voorwaarden het catastroferisico afdekt, is de risicodragendheid van zorgverzekeraars van toepassing op die zaken waar zij het beste invloed op kunnen uitoefenen: zorginkoop, beleggingsstrategie, administratieve processen, et cetera.

Voorts willen de leden van de **SP**-fractie ook weten in hoeverre de geplande overheveling van de onderdelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw vanaf 2015 is overwogen bij de vaststelling van de 4% drempel, en of verwacht wordt dat de drempel in de toekomst zal stijgen als gevolg van eerdergenoemde overheveling.

De Nederlandsche Bank heeft de drempel van 4% berekend. De hoogte van de drempel is berekend op basis van de spreiding van de schadelast die onder normale omstandigheden van jaar tot jaar bij zorgverzekeraars optreedt. Deze spreiding, ook wel «volatiliteit» genoemd, wordt uitgedrukt in een statistische maatstaf, de standaarddeviatie. De standaarddeviatie wordt uitgedrukt in percentage van de vereveningsbijdrage. Alleen afwijkingen in schadelast die groter zijn dan de standaarddeviatie, komen in aanmerking voor een extra bijdrage, mits ze voortkomen uit een aanwijsbare catastrofe. De schadelastcijfers die De Nederlandsche Bank heeft gebruikt voor de berekening van de hoogte van de drempel hadden betrekking op de vereveningsjaren 2006 tot en met 2011. De kosten van de AWBZ-onderdelen die mogelijk vanaf 2015 onder de Zvw vallen, zijn dus niet meegenomen bij de berekening. Er zijn momenteel geen aanwijzingen dat de mogelijke overheveling van AWBZ-onderdelen leidt tot een structureel hogere drempel.

De leden van de **SP**-fractie willen graag een toelichting op het niet verhogen van de pleegvergoeding.

Allereerst merk ik op dat de in de nota naar aanleiding van het verslag toegezegde brief over de mogelijkheden tot verhoging van de pleegvergoeding helaas vertraagd is. Ik verwacht nu dat deze in het najaar naar de Tweede Kamer kan worden gestuurd. In antwoord op de vraag van de

**SP**-fractie hoe het kan dat er ondanks de tekortkoming van de huidige gegevensregistratie en gegevensuitwisseling van de zorgaanbieders aan de bureaus jeugdzorg toch pleegvergoedingen worden verleend, merk ik op dat dit twee verschillende gegevensstromen betreft.

Pleegouders die een pleegkind opvangen, krijgen hiervoor een vergoeding. De *pleegvergoeding* wordt uitgekeerd door de pleegzorgaanbieder. Om de pleegvergoeding uit te kunnen keren is de informatie-uitwisseling tussen pleegouders en pleegzorgaanbieders van belang. Op die basis kunnen de pleegvergoedingen worden uitgekeerd.

De *verhoging van de pleegvergoeding* zou gerealiseerd kunnen worden door het recht op kinderbijslag voor uithuisgeplaatste kinderen te laten vervallen. Met de besparing die als gevolg van deze maatregel zou optreden, zou een verhoging van de pleegvergoeding gerealiseerd kunnen worden. Dat de voor het stopzetten van de kinderbijslag noodzakelijke gegevensverstrekking aan de Sociale Verzekeringsbank niet realiseerbaar is, komt doordat de gegevensregistratie en gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en bureaus jeugdzorg niet de vereiste gegevens oplevert. Daardoor bleek het systeem zoals voorgesteld in het wetsvoorstel Verbetering positie pleegouders (Kamerstuk 32 529) niet te kunnen worden uitgevoerd.

## **Artikelsgewijs**

### *Onderdeel B*

De leden van de **SP**-fractie willen weten waarom de Minister regels omtrent jeugdzorg in openbare lichamen in Bonaire, Sint Eustatius en Saba bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wil laten stellen. Deze leden vinden het niet gerechtvaardigd dat belangrijke regelgeving over o.a. toegang, aanbod, bekostiging en een bijdrage in de kosten niet eerst in de Tweede Kamer besproken zouden worden, en vragen daarom verzwaarde voorhangprocedures toe te passen bij deze algemene maatregelen van bestuur (amvb).

Ik merk op dat het betrokken artikel niet nieuw is, maar uitsluitend is verplaatst. Dezelfde bepaling was reeds opgenomen in artikel 18.1 van de Invoeringswet openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba (IBES). Dit artikel wordt thans verplaatst van «Paragraaf 1 Minister voor Jeugd en Gezin» naar «Paragraaf 4 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport». Door die verplaatsing, die een gevolg is van het opheffen van de portefeuille voor een Minister voor Jeugd en Gezin, wordt geregeld dat de voordracht voor die amvb door de Minister van VWS kan gebeuren. Verder wordt door de wijzigingen van de overige artikelen bewerkstelligd dat ook buiten twijfel wordt gesteld dat regels over toezicht op de jeugdzorg kunnen worden gesteld.

Anders dan ten aanzien van een aantal andere amvb's die krachtens de IBES tot stand kunnen worden gebracht, heeft de wetgever destijds voor deze amvb geen voorhang geregeld.

In dit kader merk ik op dat de Inspectie jeugdzorg sterk aandringt om het toezicht op de jeugdzorg op de BES met spoed te regelen. Een amvb enkel voor het formeel mogelijk maken van toezicht op de kwaliteit van het reeds bestaande aanbod is daarvoor thans in voorbereiding.

Vorenbedoelde amvb bevat dus geen bepalingen op de terreinen van toegang, bekostiging of een bijdrage in de kosten. Gelet op de spoed en de noodzaak om de inspectie op de BES te regelen, ben ik voornemens deze amvb, conform de huidige wettelijke bepalingen, niet eerst via een voorhangprocedure aan uw Kamer voor te leggen.

De leden van de **SP**-fractie vragen, in het kader van de aanpassing van artikel 69 van de Zorgverzekeringswet, een uitleg wat «verdragsbijdragen» zijn, en waarom de Minister deze van het loon wil kunnen inhouden.

De verdragsbijdrage is de bijdrage die verschuldigd is door mensen die geen AWBZ-verzekerde zijn en die geen zorgverzekering als bedoeld in de Zvw kunnen sluiten, maar toch recht op zorg hebben ten laste van de Nederland op grond van een verdrag of de sociale zekerheidsverordening van de Europese Unie.

Dat is bijvoorbeeld het geval bij mensen die in het buitenland wonen en een Nederlands pensioen ontvangen of bij in het buitenland wonende gezinsleden van verzekerden. Voor dit verdragsrecht op zorg zijn zij geen premies verschuldigd, maar een verdragsbijdrage.

Deze verdragsbijdrage is gebaseerd op dezelfde uitgangspunten als de premies van de Zvw en de AWBZ. Dat wil zeggen dat er een inkomensgerelateerd deel is en een nominale component. De verdragsbijdrage is ook gerelateerd aan de gemiddelde zorgkosten in het woonland.

De verdragsbijdrage van in het buitenland wonende gezinsleden (echtgenoten en kinderen ouder dan 18 jaar) van een verzekerde die weliswaar geen eigen recht op een ziektekostenverzekering hebben maar via de verdragsregeling wel een afgeleide aanspraak op zorg in het woonland ten laste van Nederland hebben, is verschuldigd door die gezinsleden. Omdat die gezinsleden geen inkomen hebben, bevat die bijdrage uitsluitend de nominale component. Die bijdrage wordt op dit moment via facturering geïnd, wat in een aantal gevallen tot betalingsproblemen leidt. De aanpassing van artikel 69 heeft ten doel om het CVZ de mogelijkheid te bieden om de voor de gezinsleden verschuldigde verdragsbijdragen door broninhouding in te houden op het loon van de verzekerde. Deze wijze van heffing geeft het CVZ de mogelijkheid om efficiënter de verschuldigde verdragsbijdrage te incasseren, waardoor betalingsproblemen worden voorkomen. Hiermee wordt aangesloten bij de wijze van innen die al werd toegepast ten tijde van de Ziekenfondswet.

De leden van de **SP**-fractie vragen de Minister welke gevolgen zij verwacht dat dit zal hebben op het inkomen van verzekeringsplichtigen met gezinsleden in het buitenland.

De wijze van betalen, inhouding van de verdragsbijdrage op het inkomen dan wel via facturering, staat los van het inkomen van de verzekeringsplichtigen. De bijdrage is altijd al verschuldigd geweest.

Voorts willen de leden van de **SP**-fractie weten of de Minister denkt dat er geen rechtsongelijkheid zal ontstaan tussen verzekeringsplichtigen zonder gezinsleden in het buitenland, en verzekeringsplichtigen die dat wel hebben.

Van rechtsongelijkheid is geen sprake; ingeval een in het buitenland wonend gezinslid een van de verzekerde afgeleid recht heeft op zorg ten laste van Nederland is de verdragsbijdrage verschuldigd. Indien een gezinslid in Nederland woont, moet dat gezinslid een zorgverzekering hebben en is hij, indien hij achttien jaar of ouder is, nominale premie aan zijn zorgverzekeraar verschuldigd. Het gaat om verschillende situaties, die dan ook verschillend behandeld kunnen worden.

Aansluitend op eerdere antwoorden van de Minister (Kamerstuk 33 507, nr. 6) willen de leden van de **SP**-fractie weten op hoeveel mensen meer dit artikel van toepassing zal zijn, wanneer het begrip «grensarbeider» wordt vervangen door het bredere begrip «verzekeringsplichtige».

Ik kan de leden van de SP-fractie niet precies aangeven hoeveel extra gezinsleden ten gevolge van de wijzigingen verdragsaanspraken zullen krijgen. Gezien de in de memorie van toelichting genoemde voorbeelden, zal het echter om een beperkt aantal gaan.

#### *Onderdeel C*

De leden van de fractie van de **PvdA** constateren dat het voorgestelde artikel IIIA de mogelijkheid biedt bij ministeriële regeling alsnog te regelen dat een verrekening plaatsvindt met ziekenhuizen voor in 2012 gegeneerde omzet aan in 2011 geopende dbc's die pas in 2012 werden gedeclareerd. Deze verrekening vindt plaats met het Zorgverzekeringsfonds in plaats van met de ziekenhuizen. Deze leden vragen hier een toelichting over.

Uit praktische overwegingen is er voor gekozen om de verrekening via het Zorgverzekeringsfonds te laten lopen. Verrekening tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen onderling zou een aanzienlijke verzwaring van de administratieve lasten opleveren omdat elke zorgverzekeraar met elk ziekenhuis apart zou moeten gaan verrekenen. Bij verrekening via het Zorgverzekeringsfonds worden alle geldstromen per zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesalderd en via het Zorgverzekeringsfonds afgewikkeld. Afwikkeling via het Zorgverzekeringsfonds heeft geen invloed op de omzet van ziekenhuizen. De totale omvang van de af te wikkelen geldstromen is hetzelfde, of de afwikkeling nu onderling plaatsvindt of via het Zorgverzekeringsfonds. De definitieve verrekening zal uiterlijk 1 april 2015 plaatsvinden.

De leden van de fractie van de **PvdA** constateren dat het wetsartikel ruim is geredigeerd om ruimte te laten voor prestatiebekostiging bij enkele categorieën categorale instellingen. Genoemde leden vragen de Minister welke categorieën instellingen het hier betreft en wanneer prestatiebekostiging naar verwachting ook voor deze instellingen wordt ingevoerd.

Zoals ook gemeld aan de Tweede Kamer zijn per 2013 een aantal typen instellingen overgegaan op prestatiebekostiging, te weten de GGZ-instellingen, de long-astmaklinieken en de epilepsiecentra. Er zijn voor 2014 geen overgangen op prestatiebekostiging gepland. De meeste instellingstypes zijn inmiddels overgegaan op prestatiebekostiging, op een enkele sector na, zoals bijvoorbeeld de trombosediensten. Overigens is het ook mogelijk dat bij de overgang op prestatiebekostiging geen gebruik hoeft te worden gemaakt van dit artikel.

De leden van de fractie van de **PvdA** merken op dat uit het tweede artikellid blijkt dat de waarde van het onderhanden werk wordt verrekend ultimo het laatste kalenderjaar waarin voor de desbetreffende groep nog het budgetsysteem gold. Genoemde leden vragen toe te lichten op welke wijze het onderhanden werk wordt gewaardeerd en of deze methode toestaat per ziekenhuis een eensluidend oordeel te vellen over de waarde van het onderhanden werk.

Het onderhanden werk voor het jaarverslag wordt gewaardeerd door de instellingen. De accountant van het ziekenhuis beoordeelt dit. Ziekenhuizen moeten consistent beleid voeren ten aanzien van de waardering van het onderhanden werk, maar ziekenhuizen hoeven niet allemaal dezelfde methodiek te hanteren. Sinds enige tijd kan de waardering met behulp van de onderhandenwerkgrouper gebeuren. Dit is een uniforme methodiek die door alle instellingen kan worden gebruikt om het onderhanden werk in te schatten.

De leden van de **SP**-fractie zijn geen voorstander van prestatiebekostiging, en willen dan ook weten of de noodzaak tot een overgangsregeling niet wederom bewijs is dat het dbc-systeem faalt.

Met de overgang van de budgetsystematiek naar prestatiebekostiging op basis van dbc's in 2012, is er meer ruimte gekomen voor maatwerk. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen afspraken maken die passen bij de kwaliteiten van een zorgaanbieder, de zorgvraag in de regio, et cetera. Om de overgang naar dit nieuwe bekostigingssysteem zorgvuldig te laten verlopen en de betrokken partijen te laten wennen aan de nieuwe spelregels is in samenspraak met de sector gekozen voor een overgangsregeling. Dit heeft verder niets te maken met het dbc-systeem als zodanig.

De fractieleden van de **SP** constateren dat de continue veranderingen in de bekostiging van de zorg om tot prestatiebekostiging te komen een enorme chaos met zich meebrengt en willen weten wanneer verwacht wordt dat er eindelijk duidelijkheid zal zijn voor zorgverleners en mensen die zorg nodig hebben.

De stap naar prestatiebekostiging, de uitbreiding van het vrije segment en de invoering van DOT (dbc's op weg naar transparantie) is een flinke uitdaging. We wisten van tevoren dat met name 2012 een ingewikkeld jaar zou worden voor partijen. Tegen die achtergrond is het transitieproces tot stand gekomen.

Omdat de individuele transitiebedragen eenmalig worden vastgesteld is de contractering voor 2013 alweer aanzienlijk minder complex dan die van 2012 (hetgeen ook is gebleken uit het betrekkelijk rustige verloop van de contractering) en zal ook de administratieve afwikkeling van het jaar 2013 eenvoudiger verlopen. In 2014 zal de complexiteit verder afnemen aangezien het transitieproces dan volledig afgebouwd is.

De leden van de **SP**-fractie vragen of, gezien de chaos die mogelijk nog lang niet op zijn eind is, bij nader inzien niet van de invoering van prestatiebekostiging af moet worden gezien.

Het heeft niemand verbaasd dat de invoering van prestatiebekostiging een ingewikkelde operatie is gebleken. De overgang is zeker nog niet voltooid en dat was voor nu ook niet voorzien, dus ik vind het nog te voorbarig om conclusies te trekken. Daar komt bij dat verwachte positieve aspecten van prestatiebekostiging, zoals bijvoorbeeld een meer op inhoud gerichte selectieve inkoop van zorg, zich steeds scherper beginnen af te tekenen.

Uit de toelichting bij artikel IIIA lijkt het erop dat dit op een tijdelijke voorziening ziet. De leden van de **CDA**-fractie vragen of dit artikel niet op een bepaald moment dient te vervallen.

Artikel IIIA is inderdaad in die zin een tijdelijke voorziening, dat op grond daarvan louter iets geregeld zal worden voor de financiering van het onderhanden werk ultimo het jaar voorafgaande aan het eerste jaar waarin voor een categorie zorgaanbieders het prestatiebekostigingssysteem is gaan gelden. Het is echter nog niet duidelijk wanneer het prestatiebekostigingssysteem op alle zorgaanbieders van toepassing zal zijn. Om die reden is het niet mogelijk om nu al – dus in voorliggende wet zelf – te bepalen wanneer artikel IIIA zal vervallen.

De leden van de **CDA**-fractie willen weten hoe nauwkeurig de berekening is om te komen tot de drempel van 4% in het licht van de majeure systeemwijzigingen tussen 2006 en 2011 (invoering dbc's /DOT).

De stelselwijzigingen tussen 2006 en 2011 hebben beperkte invloed gehad op de nauwkeurigheid van de berekening van het drempelpercentage voor het catastroferisico. Bovendien is hier rekening mee gehouden bij het berekenen van de drempel van 4%. De kans dat de drempel van 4% significant te hoog of te laag zou zijn ten gevolge van de stelselwijzigingen tussen 2006 en 2011, is daardoor klein.

#### *Onderdeel H*

De leden van de fractie van de **PvdA** stellen vast dat met de voorgestelde wijziging van artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing kan geven ter handhaving van haar controlevoorschriften voor AWBZ-zorgverzekeraars. De leden van de fractie van de PvdA vragen naar de praktische gevolgen van de voorgestelde wijziging van artikel 76 van de Wmg.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft bij brief van 8 februari 2013 reeds het voornemen tot de voorgestelde wijziging kenbaar gemaakt (Kamerstuk 30 597, nr. 283, blz. 2). De Staatssecretaris heeft bij die brief het samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2011 van de NZa aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangeboden. De NZa vermeldt in dat samenvattend rapport (blz. 19 en 30) een aantal gevallen waarin zij op basis van artikel 61 Wmg een informatieverzoek aan concessiehouders heeft gedaan als «second best» oplossing. Het zou de voorkeur van de NZa hebben gehad om in die gevallen een aanwijzing te geven. De NZa kan thans ter handhaving van haar op basis van artikel 31 van de Wmg vastgestelde controlevoorschriften geen handhavingsinstrumenten (in de vorm van een aanwijzing en vervolgens een eventuele last onder dwangsom) inzetten. De voorgestelde wijziging maakt het de NZa mogelijk om ter handhaving van de controlevoorschriften een aanwijzing op te leggen en om vanwege het (niet) tijdig voldoen aan een aanwijzing van de NZa, een last onder dwangsom op te leggen.

De praktische gevolgen van het geven van een aanwijzing zijn, dat van een aanwijzing en daaropvolgende (eventuele) last onder dwangsom een bindende kracht uit gaat. Bovendien kunnen een aanwijzing en last onder dwangsom worden gepubliceerd met als gevolg dat consumenten inzicht verkrijgen in de situatie dat een zorgkantoor zich niet aan de regels houdt.

De leden van de **CDA**-fractie vragen in welke gevallen de NZa een aanwijzing ter handhaving kan geven en in welke gevallen zij dit had willen doen. Zij vragen tevens of de NZa al wel in bepaalde gevallen een dergelijke aanwijzing heeft gegeven en hier niet de bevoegdheid toe had.

Het samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2011 van de NZa (blz. 19 en 30) bevat een overzicht van de gevallen waarin de NZa een informatieverzoek heeft gedaan terwijl het geven van een aanwijzing haar voorkeur zou hebben gehad. Het betreft o.a. het verbeteren van de materiële controle en de bestrijding van oneigenlijk gebruik en misbruik, onderdelen die de NZa als een belangrijke voorwaarde beschouwt voor een goede uitvoering van de AWBZ. De NZa heeft niet een dergelijke aanwijzing gegeven terwijl zij hier niet de bevoegdheid toe had.

De leden van de **CDA**-fractie vragen in hoeverre bij het vaststellen van de drempel voor een extra bijdrage in geval van een catastrofe, rekening is gehouden met de geplande overheveling van AWBZ-onderdelen naar de Zvw vanaf 2015 en of deze overheveling op termijn kan leiden tot een hogere drempel.



Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven op de gelijklopende vraag van de leden van de fractie van de SP heb gegeven.

#### *Onderdeel I*

De leden van de **CDA**-fractie vragen waarom er niet voor gekozen is om ook de doorhaling op eigen verzoek, en de doorhaling vanwege het niet voldoen aan de eisen voor periodieke registratie in het register aan te tekenen. Zij willen weten wat het bezwaar is om deze informatie niet in het register aan te tekenen.

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) voorziet in een wettelijke basis om van de verwerking in het BIG-register van aan BIG-geregistreerden opgelegde maatregelen ook in het openbaar een kennisgeving te doen. Dit betreffen mutaties die verband houden met krachtens de Wet BIG opgelegde tuchtmaatregelen (m.u.v. de waarschuwing) en maatregelen wegens ongeschiktheid. Doorhaling op eigen verzoek en doorhaling vanwege het niet voldoen aan de eisen voor periodieke registratie zijn geen opgelegde maatregelen.

Voor de goede orde merk ik op dat mocht een beroepsbeoefenaar besluiten zich uit te schrijven uit het BIG-register (de wet spreekt van «doorhaling op eigen verzoek»), hij tuchtrechtelijk aanspreekbaar blijft voor handelingen die hij verrichtte in de periode dat hij geregistreerd was. Dit geldt ook voor de beroepsbeoefenaar die is doorgehaald omdat hij niet voldeed aan de eisen van periodieke herregistratie. De tuchtrechter kan de beroepsbeoefenaar de tuchtmaatregel opleggen van ontzegging van het recht op herinschrijving in het BIG-register vanwege misdrijvingen die dateren uit de tijd dat de beroepsbeoefenaar ingeschreven stond.

Met de recent doorgevoerde wijziging van de Wet BIG is geregeld dat de ontzegging van het recht op wederinschrijving openbaar wordt gemaakt.

#### *Onderdelen L en O*

De leden van de **SP**-fractie willen de reden weten voor de wijziging van het partnerbegrip voor de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten (tegemeetkoming). Zij staan kritisch tegenover de terugwerkende kracht, zij vragen ook naar de uitvoerbaarheid voor het CAK en vragen waarom er geen minimuminvoeringstermijn van twee maanden is gehanteerd.

Het partnerbegrip van de AWBZ blijft gehandhaafd voor de tegemoetkoming. Het partnerbegrip is alleen verduidelijkt door het uit te schrijven en niet te verwijzen naar de artikelen van de AWBZ. Dit bevordert de toegankelijkheid en de begrijpelijkheid van de regeling van het partnerschap. De nota van wijziging bevat dus geen materiële wijziging van het partnerbegrip voor de tegemoetkoming, laat staan een uitbreiding. Het CAK hanteert het partnerbegrip reeds voor het opleggen van de eigen bijdragen voor de AWBZ. Dit is de reden dat bij het inkomensafhankelijk maken van de tegemoetkoming gekozen is voor het partnerbegrip van de AWBZ. Het CAK gaat in zijn uitvoeringspraktijk voor de tegemoetkoming en in de informatieverstrekking aan de belanghebbenden uit van dat partnerbegrip. Het onderhavige wetsvoorstel leidt niet tot wijziging van die praktijk. De voorgestelde terugwerkende kracht stelt buiten twijfel dat de verduidelijkte wettekst voor alle perioden van de inkomensafhankelijke tegemoetkoming geldt. Aangezien het partnerbegrip van de AWBZ voor de tegemoetkoming toepassing blijft vinden, wordt geen invoeringstermijn van twee maanden gehanteerd.

De leden van de **SP**-fractie vragen hoe de controle plaats vindt van het voeren van een gezamenlijke huishouding door ongehuwde meerderjarigen en wat de gevolgen van de voorgestelde wijziging van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) zijn.

Het betreft hier een onderdeel van het partnerbegrip voor de AWBZ dat het CAK sinds geruime tijd voor het opleggen van de eigen bijdragen voor de AWBZ gebruikt. Het CAK gebruikt voor de tegemoetkoming dezelfde criteria voor het voeren van een gezamenlijk huishouding. De voorgestelde wijziging van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten bestaat louter uit verduidelijkingen en herstel van omissies. De voorgestelde wijzigingen van de Wtcg zullen niet leiden tot daling van het aantal ambtshalve toekenningen door het CAK. Aangezien het CAK de beschikkingen voor de tegemoetkoming over het jaar 2012 nog moet nemen, kunnen de wijzigingen niet tot gevolg hebben dat belanghebbenden een ontvangen tegemoetkoming moeten terugbetalen.

#### *Onderdeel O*

De leden van de **CDA**-fractie vragen of de geconstateerde misverstanden en omissies in de wettekst van de Wtcg reeds tot rechtszaken hebben geleid.

Het CAK moet de beschikkingen met betrekking tot de tegemoetkoming over het jaar 2012 nog nemen. De geconstateerde misverstanden en omissies hebben derhalve nog niet tot rechtszaken geleid.

### **Nota naar aanleiding van het verslag**

#### *Artikel II*

De Minister geeft aan dat na twee jaar bekend is wat de zorguitgaven in een jaar zijn geweest. In de nota naar aanleiding van verslag staat echter dat de doorlooptijd van het vaststellingstraject van de uiteindelijke vereveningsbijdrage van een verzekeraar meer dan drie jaar duurt. De leden van de **CDA**-fractie willen graag weten hoe deze termijnen zich tot elkaar verhouden.

Pas als de zorguitgaven bekend zijn kan het College voor zorgverzekeringen deze kosten gebruiken om de risicovereveningsbijdragen definitief vast te stellen. Deze berekening neemt enige tijd in beslag. Dat geldt ook voor de controle hierop. Het resultaat hiervan is dat het vaststellingstraject van de vereveningsbijdragen meer dan drie jaar duurt.

De leden van de **CDA**-fractie vragen waarom er niet, net als in 2011, gekozen is voor een drempelbedrag per verzekerde (bijvoorbeeld het hoogste normbedrag uit de risicoverevening).

Er is niet gekozen voor een drempelbedrag per verzekerde, omdat rekening kan en moet worden gehouden met de portefeuille van de zorgverzekeraar en de manier waarop de risicoverevening daarvoor compenseert. Een catastrofe treft zowel gezonde verzekerden als minder gezonde verzekerden. Echter, een zorgverzekeraar met relatief veel gezonde verzekerden (goede risico's) ontvangt een lagere vereveningsbijdrage per verzekerde, en zou als gevolg van een bijdrage per verzekerde, bij een catastrofe ten onrechte sneller boven de 4%-drempel uitkomen dan een zorgverzekeraar met veel slechte risico's. Om dit effect tegen te gaan, wordt er gekeken naar de gemiddeld toegekende vereveningsbijdrage per verzekerde en het aantal verzekerden. Per zorgverzekeraar

wordt het product hiervan vergeleken met de door de catastrofe veroorzaakte zorgkosten en de drempel.

De fractieleden van het **CDA** vragen zich af of niet gevreesd moet worden dat zorgverzekeraars ten gevolge van deze drempel 4% extra solvabiliteit zullen aanhouden, met als gevolg een mogelijke verhoging van de zorgpremie.

Als de nieuwe Europese richtlijn voor solvabiliteit (Solvency II) in werking treedt terwijl het huidige artikel 33 van de Zvw nog van kracht is, dan is de verwachting dat de solvabiliteitseis aanzienlijk zou stijgen zonder deze «collectieve» oplossing. Door de nu voorgestelde wijziging van dit artikel zal de verwachte stijging van de solvabiliteitseis onder Solvency II worden gereduceerd. Hierdoor kan ook een navenante stijging van de premie worden voorkomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers