

Vergaderjaar 2007–2008

31 249

Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen en van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten met het oog op verzekering van bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen

C

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 9 september 2008

Inleiding

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het voorlopig verslag op het voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen en van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten met het oog op verzekering van bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen. Het verheugt mij in uw verslag veel steun te lezen voor de uitgangspunten van het wetsvoorstel. Ik zal hieronder ingaan op de door u naar voren gebrachte vragen. Evenals in de memorie van toelichting wordt ook in deze memorie van antwoord ter wille van de leesbaarheid, steeds over «illegalen» of «illegale personen» gesproken, hoewel deze aanduiding de bepaalde groepen vreemdelingen waarvoor aan zorgaanbieders een bijdrage kan worden verstrekt als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen, niet volledig juist weergeeft.

Inhoud van het wetsvoorstel

Financiering van medisch noodzakelijke zorg die zorgaanbieders verlenen aan bepaalde vreemdelingen

De leden van de CDA-fractie vragen waarom een hoog incassorisico voor zorgaanbieders zou moeten vallen onder een normaal «ondernemingsrisico».

Uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat de illegaal de kosten van aan hem verleende medisch noodzakelijke zorg zelf aan de zorgaanbieder betaalt. Voor de kosten die de zorgaanbieder niet op de illegale patiënt kan verhalen, biedt dit wetsvoorstel een bijdragemogelijkheid. Er is daarbij niet gekozen voor een volledige vergoeding, omdat daardoor in feite iedere prikkel voor de zorgaanbieder om de kosten te verhalen op de illegale patiënt, zou wegvallen. Een volledige vergoeding zou er tevens

toe leiden dat voor zorgaanbieders het belang wegvalt om onderscheid te maken tussen enerzijds zorgverlening aan een illegale patiënt waarvoor een vergoedingsregeling bestaat, en anderzijds zorgverlening aan een onverzekerde verzekeringsplichtige die bewogen moet worden tot het sluiten van een zorgverzekering. Bij een volledige vergoeding zou het immers aantrekkelijk worden om de regeling voor illegalen ook voor zorgkosten van onverzekerde verzekeringsplichtigen te gebruiken. De zorgaanbieder zou dan zonder moeite te doen om iemand te verzekeren altijd 100% vergoeding krijgen. We zouden dan de situatie krijgen dat iedere rekening die niet wordt betaald ten laste wordt gebracht van de middelen die voor de zorg aan illegalen zijn bestemd. Dat is schadelijk voor de zorg aan de illegalen en schadelijk voor de instandhouding van het verzekeringssysteem.

Het is dus nadrukkelijk niet de bedoeling om een volledige vergoeding te bieden. Er is gekozen voor een ruime vergoeding, doch geen volledige. De regering is van mening dat daarmee de doelstelling van dit wetsvoorstel, namelijk het voorkomen van *aanmerkelijke inkomensschade* van zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan in betalingsonmacht verkerende illegalen, wordt bereikt.

De vergoedingsmogelijkheid van dit wetsvoorstel sluit nauw aan bij de bestaande situatie, ook daarin is geen 100% vergoeding van alle kosten voorzien. Ook in de huidige situatie wordt de zorgaanbieder geacht een deel van de kosten voor eigen rekening te nemen, zoals is aangegeven in de memorie van toelichting.

In de praktijk blijkt dat een deel van de kosten ook daadwerkelijk bij de illegaal te innen is.

Wellicht ten overvloede wijs ik erop dat de 80% vergoeding betrekking heeft op een beperkt deel van de zorg, namelijk voor direct toegankelijke zorg die niet is meegenomen in een contract voor niet direct toegankelijke zorg, met uitzondering van de zorg die verband houdt met zwangerschap en bevalling, waarvoor een 100% vergoeding geldt.

Hiermee is tevens de vraag beantwoord van de leden van de GroenLinks-fractie of de regering zou kunnen toelichten wat zij met het in de memorie van toelichting (pagina 9) genoemde ondernemersrisico voor de zorgaanbieder bedoelt.

De leden van de CDA-fractie vragen eveneens hoeveel geld ermee gemoeid zou zijn als de zorg in de eerste lijn wel 100% door het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) vergoed zou worden.

Over de zorgverlening aan illegalen en de daarmee gemoeide kosten zijn geen concrete cijfers bekend.

In de eerste plaats bestaat er voor AWBZ-zorg momenteel geen voorziening de kosten van aan illegalen verleende medisch noodzakelijke zorg, vergoed te krijgen. Uitzondering hierop vormen opnames samenhangend met de Wet BOPZ.

Wat betreft de ziekenhuiszorg is er geen landelijk cijfer over het aandeel van illegalen in de beleidsregel dubieuze debiteuren. Voorts hoeven verzekeraars daarbij niet 100% van de gedeerde inkomsten te dekken.

De kosten van verleende eerstelijnszorg die niet op de betreffende illegaal verhaald kunnen worden, worden thans door de Stichting Koppeling vergoed. De eerstelijnszorgaanbieder wordt op grond van de regeling Stichting Koppeling geacht een deel van de kosten voor eigen rekening te nemen. Het is niet bekend welk deel van de oninbare vorderingen wel of niet wordt ingediend bij Stichting Koppeling. Als gevolg daarvan is ook niet bekend welk percentage van de kosten in de huidige situatie wordt vergoed.

Gezien het voorgaande is in het kader van dit wetsvoorstel een globale schatting gemaakt van de financiële gevolgen. Ik verwijs hiervoor naar

pagina 12–14 van de memorie van toelichting. Die globale schatting staat los van de in het kader van het wetsvoorstel te vergoeden percentages. Enerzijds omdat niet bekend is welk percentage van de kosten in de huidige situatie wordt vergoed. Anderzijds is niet bekend welke afspraken het CVZ gaat maken over de vergoedingspercentages van niet-direct toegankelijke zorg. Daarmee is ook niet bekend wat het totale vergoedingspercentage in het kader van het wetsvoorstel zal zijn. Na inwerking-treding van het wetsvoorstel zal monitoring van de zorg en de daarmee gemoeide kosten plaatsvinden. Aan de hand van die monitoring kunnen de daadwerkelijke kosten van de verschillende soorten zorg worden vast-gesteld. Eerst dan kan worden aangegeven wat vergoeding van 100% van de niet-verhaalbare kosten in de eerste lijn zou betekenen. Overigens wijs ik er nogmaals op dat de 80% vergoeding betrekking heeft op een beperkt deel van de zorg (de direct toegankelijke zorg).

Is de regering van mening dat de zorg voor de bedoelde patiëntengroepen niet beter geregeld is dan voor de groep onverzekerde patiënten, die wel gewoon onder de zorgverzekering vallen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De regering is niet van mening dat de zorg voor de bedoelde patiënten-groepen beter geregeld is dan voor de groep onverzekerde patiënten. Voorliggend wetsvoorstel verandert niets aan het recht op medisch nood-zakelijke zorg van de betrokken groepen patiënten en hun plicht tot beta-ling van de kosten van die zorg. Het wetsvoorstel regelt alleen de moge-lijkheid van een vergoeding voor zorgaanbieders die aanmerkelijke inkomensschade lijden omdat zij met onbetaalde rekeningen blijven zitten, doordat zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan in betalingsonmacht verkerende illegalen. Voor de groep onverzekerde verzekeringsplichtigen geldt dat zij zich te allen tijde kunnen en moeten verzekeren en door de zorgverzekeraar dienen te worden geaccepteerd.

De leden van de CDA-fractie vragen tevens hoe een ziekenhuis moet omgaan met het zeer hoge incassorisico, als de beleidsregel «afschrijving dubieuze debiteuren» vervalt in een Diagnosebehandelingcombinatie (hierna: DBC).

Thans maken ziekenhuizen bij oninbare vorderingen geen onderscheid tussen zorg die is verleend aan illegalen en aan andere dubieuze debi-teuren. Als het voorliggende wetsvoorstel wordt aangenomen zullen de oninbare vorderingen van medisch noodzakelijke ziekenhuiszorg verleend aan illegalen in aanmerking komen voor vergoeding op grond van dit wetsvoorstel. Voor de financiering van oninbare vorderingen van de overige dubieuze debiteuren blijft de beleidsregel gedurende de periode van de FB-bekostiging ziekenhuizen nog van kracht. Indien deze beleids-regel met het afschaffen van de FB-budgetbekostiging komt te vervallen, zullen de ziekenhuizen de kosten van deze overige dubieuze debiteuren, net als veel andere kostenposten, in hun DBC-prijs moeten verwerken. Daarbij moet worden aangetekend dat mag worden aangenomen dat het bedrag aan oninbare vorderingen als gevolg van medisch noodzakelijke zorg verleend aan illegalen aanmerkelijk hoger is dan het bedrag aan oninbare vorderingen van andere debiteuren. Bovendien bestaat ook in de huidige situatie voor het ziekenhuis het risico dat de werkelijke kosten van oninbare vorderingen niet (geheel) worden gedekt door de met verzekeraars, uit hoofde van de beleidsregel dubieuze debiteuren, afgesproken budgetvergoeding dubieuze debiteuren. In de huidige situatie van vaste DBC-tarieven kunnen ziekenhuizen de kosten die uitgaan boven het bedrag dat is opgenomen in het budget niet afdekken door hun DBC-tarieven te verhogen. Een dergelijk risico moeten

zij binnen de lopende exploitatie afdekken. In het geval van het afschaffen van de FB-budgetsystematiek en afschaffing van de beleidsregel dubieuze debiteuren en de overgang naar vrije DBC-tarieven hebben ziekenhuizen, door de mogelijkheid van aanpassing van hun DBC-tarieven, wél een instrument waarmee zij dit risico kunnen opvangen.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom dit wetsvoorstel een netwerk van contracten regelt, te sluiten door het CVZ en zorgaanbieders, waardoor de zorgaanbieders een volledige vergoeding krijgen voor hun diensten, in plaats van 80%.

De financieringsregeling van dit wetsvoorstel gaat uit van het principe van gecontracteerde zorg om hiermee de randvoorwaarden van het wetsvoorstel «bescherming van het sociale verzekeringsstelsel» en «het voorkomen van aanmerkelijke inkomensschade bij de zorgaanbieder» te waarborgen. In de contracten worden afspraken gemaakt om te voorkomen dat rekeningen van zorg voor onverzekerde verzekeringsplichtigen ten laste van de financieringsregeling voor illegalen worden gebracht, waardoor voor de onverzekerde verzekeringsplichtige de prikkel blijft bestaan om een zorgverzekering te sluiten. Tevens kunnen in de contracten afspraken worden gemaakt over de toepassing van het begrip medisch noodzakelijke zorg. Daarnaast wordt in het contract tussen de zorgaanbieder en het CVZ afgesproken welke inspanningen de zorgaanbieder verricht om de rekening door de illegaal betaald te laten krijgen. Het CVZ zal alleen contracten sluiten met zorgaanbieders die hiervoor goede werkwijzen en protocollen hanteren. In het kader van het contract kan voor de zorgverlening aan de illegaal een passende vergoeding worden bepaald, die hoger zal zijn dan 80%, maar niet volledig zal zijn. Aangezien niet voor alle zorg kan worden gewerkt met gecontracteerde zorgaanbieders is er een onderscheid gemaakt tussen niet direct toegankelijke zorg en direct toegankelijke zorg.

In de memorie van toelichting wordt aangegeven dat de regering uitgaat van de eigen verantwoordelijkheid van de aanbieder en van de illegaal en dat het belangrijk is een prikkel in te bouwen, zodat illegalen worden aangespoord een deel van de kosten voor hun rekening te nemen. De leden van de PvdA-fractie verzoeken de regering een nadere onderbouwing te geven voor dit standpunt. Zij vragen waaruit gebleken is dat een dergelijke prikkel nodig is.

De regering is van mening dat er een prikkel moet zijn voor de zorgaanbieder om de kosten te verhalen op de illegaal. Dat is van belang omdat de illegaal de verantwoordelijkheid heeft om de kosten van aan hem verleende medisch noodzakelijke zorg zelf te betalen. Als er geen prikkel bij de zorgaanbieder zou zijn, zou dat ertoe kunnen leiden dat de illegaal niet op deze verantwoordelijkheid wordt gewezen, omdat de zorgaanbieder de kosten toch wel vergoed zou krijgen. Dit acht de regering ongewenst.

Uit brieven van zorgaanbieders komt een beeld naar voren waaruit de indruk zou kunnen ontstaan dat het verhalen van de kosten op de betreffende illegaal nu niet altijd plaatsvindt. Echter, ook in de huidige situatie is de illegaal zelf verantwoordelijk voor de kosten van aan hem verleende zorg. Dat is niet een gevolg van voorliggend wetsvoorstel. Kennelijk is er dus een prikkel nodig om de rekening te verhalen op de illegaal.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe een verschil in betaling valt te rijmen met het principe van direct toegankelijke zorg. Deze leden vragen of op deze manier niet juist een drempel wordt opgeworpen voor mensen die ziek zijn en een beroep willen doen op de eerstelijnszorg en daarmee ook kunnen voorkomen dat indien dat tijdig gebeurt een beroep op

ziekenhuiszorg wordt gedaan. Uit de praktijk is deze leden gebleken dat illegaal verblijvende vreemdelingen zolang mogelijk een bezoek aan de huisarts uitstellen en alleen als het echt nodig is naar de dokter gaan, zo merken deze leden op. Zij menen dat een extra financiële drempel tot nog meer uitstelgedrag kan leiden en daarmee de gezondheid van betrokkene verder in gevaar kan brengen; het kan ook kostenverhogend werken. Deze leden vragen of het dan niet is te verkiezen om de direct toegankelijke zorg ook in financiële zin direct toegankelijk te maken en dus voor 100% te vergoeden.

Wat betreft de financiële drempels merk ik het volgende op. In Nederland wordt niemand medisch noodzakelijke zorg onthouden, ook als men niet over financiële middelen beschikt om de kosten daarvan te betalen. Mensen die zorg ontvangen zijn in beginsel verplicht zelf de kosten van medische zorg te betalen aan de zorgverlenende personen en instanties. Het risico van ziektekosten is in beginsel gedekt door middel van het Nederlandse ziektekostenverzekeringsstelsel. Ingevolge het koppeling-beginsel kunnen vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf in principe geen aanspraak maken op voorzieningen en verstrekkingen van overheidswege. Zij zullen de kosten van aan hen verleende medisch noodzakelijke zorg dus zelf moeten betalen. Dat is nu zo en dat blijft zo. Het voorliggende wetsvoorstel werpt dus geen nieuwe financiële drempels op voor de toegankelijkheid van de zorg.

Ten slotte lijken de leden van de PvdA-fractie te suggereren dat de toegankelijkheid van de zorg alleen maar gewaarborgd is bij een 100% vergoeding van oninbare vorderingen. Uiteraard speelt het feit dat mensen die zich ervan bewust zijn dat zij zelf kosten zullen moeten dragen wellicht minder snel naar een arts gaan. Anderzijds geldt niet dat de onmogelijkheid om – overigens soms zeer geringe – bedragen te verhalen op de illegale patiënt, ertoe leidt dat de medische stand zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid niet neemt voor het verlenen van zorg aan mensen die dat behoeven.

Illegaal verblijvende vreemdelingen doen vaak een beroep op dezelfde huisartsen, verloskundigen en gezondheidscentra in arme wijken (in het centrum van Rotterdam nemen twee huisartsen meer dan eenderde van alle hulp aan illegaal verblijvende vreemdelingen voor hun rekening). De PvdA-fractie is van mening dat zij al zwaar worden belast en vragen of zij door de 80%-regeling niet onevenredig zwaar worden getroffen. De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering van oordeel is dat dit een onwenselijke situatie is.

Het wetsvoorstel gaat uit van de compensatie van de kosten van door zorgaanbieders verleende medisch noodzakelijke zorg die is verleend aan in betalingsonmacht verkerende illegalen. Het uitgangspunt hierbij is het voorkomen van aanmerkelijke inkomensschade voor zover het verlenen van zorg aan een illegaal onvermijdelijk is. De in het voorbeeld gegeven situatie is naar mijn beleving niet onvermijdelijk maar, althans voor een relevant deel, het gevolg van de opstelling van de betrokken artsen. Evenals dat het geval is jegens legaal in Nederland verblijvende Zwv-verzekerden, heeft een huisarts geen verplichting om een ongelimiteerd aantal patiënten in zijn praktijk op te nemen. Ik kan mij voorstellen dat ook de andere artsen, werkzaam in het bedoelde gebied, bereid zijn om een deel van de werkzaamheden voor hun rekening te nemen.

Hiermee is tevens de vraag beantwoord van de SP-fractie hoe de regering aankijkt tegen het risico dat de financiële gevolgen van de beperkte vergoeding voor directe zorgverleners zich bij bepaalde zorgverleners, bijvoorbeeld als gevolg van plaats van vestiging, bekendheid bij de betrokkenen of toegankelijkheid zullen neerslaan.

De leden van de SP-fractie vragen wat de laatst bekende cijfers zijn omtrent de omvang van de groep illegalen, op wie deze regeling van toepassing is. Zij vragen hoeveel kinderen/ minderjarigen onderdeel van de groep zijn en of er cijfers bekend zijn, uitgesplitst naar regio/provincie/ grote steden.

De Staatssecretaris van Justitie heeft bij brief van 20 juni 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 19 637, nr. 1207) het onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC) van het ministerie van Justitie «Illegaal verblijf in Nederland» aan uw Kamer gezonden. Zoals het WODC in haar onderzoek constateert, is het aantal illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen niet met zekerheid vast te stellen, hoewel er in het verleden diverse kwantitatieve analyses van de illegalenpopulatie zijn gemaakt. Volgens de meest recente omvangsschatting hebben tussen 1 april 2005 en 1 april 2006 tussen ruim 74 000 en bijna 184 000 personen zonder verblijfsrecht in Nederland verbleven. Daarbij geeft het WODC aan dat het waarschijnlijk is dat het aantal Europese illegalen de afgelopen jaren is gedaald door o.a. de uitbreidingen van de Europese Unie. Uit het kwantitatieve onderzoek in 2006 bleek immers dat ongeveer een zesde deel van de illegalenpopulatie bestond uit Bulgaren en Roemenen. Met de toetreding tot de Europese Unie per 1 januari 2007 behoren deze groepen niet meer tot de illegalenpopulatie. Nu het aantal illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen niet met zekerheid is vast te stellen, zullen de leden van de SP-fractie begrijpen dat een uitsplitsing naar aantal illegaal verblijvende kinderen, minderjarigen en naar cijfers uitgesplitst naar regio, provincie en grote steden dus niet is te maken.

Met het wetsvoorstel wordt volgens de leden van de SP-fractie voor de illegaal die zorg behoeft een barrière opgeworpen om hulp te zoeken, omdat hij/zij voor direct toegankelijke zorg in ieder geval 20% van de kosten zelf dient te betalen (of zijn familie, zijn vrienden, of de kerk of een stichting). Zij stellen dat dit haaks staat op het uitgangspunt dat eerstelijnszorg direct toegankelijk is voor alle Nederlanders: daarom geldt voor deze vorm van zorg geen eigen risico. De leden van de SP-fractie vragen of de argumenten gelden die er zijn om geen eigen risico voor de ene groep te willen en niet voor de andere groep (in casu de illegalen) en waarom niet. De SP-fractie noemt als argument het gevaar van zorg mijden waardoor hogere kosten ontstaan verderop in de lijn.

Zoals ik hierboven bij de beantwoording van de vraag van de leden van de PvdA-fractie of het niet is te verkiezen om de direct toegankelijke zorg ook in financiële zin direct toegankelijk te maken en dus voor 100% te vergoeden heb opgemerkt, werpt het voorliggende wetsvoorstel geen nieuwe financiële drempels op voor de toegankelijkheid van de zorg. Aangezien de illegaal in beginsel zelf verantwoordelijk is voor alle kosten van aan hem verleende zorg, gaat de vergelijking met het eigen risico niet op.

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier en waar een illegaal zich particulier kan verzekeren.

In de Vreemdelingenwet 2000 is opgenomen dat illegalen geen aanspraak kunnen maken op toekenning van verstrekkingen, voorzieningen en uitkeringen van overheidswege. Zij zijn daarom uitgesloten van de AWBZ-verzekering en daardoor van de Zvw-verzekering. Er is geen regelgeving op grond waarvan illegalen geen gewone particuliere ziektekostenverzekering, niet zijnde een zorgverzekering, zouden kunnen sluiten. In de praktijk zal het afsluiten wellicht lastig zijn.

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier de regering afschuifgedrag van zorgaanbieders gaat monitoren, zoals bijvoorbeeld in het geval van kleine chirurgische ingrepen die ook in de eerstelijns zouden kunnen worden verricht of diabeteszorg. Zij vragen tevens of een zorgaanbieder naast moreel laakbaar ook op de één of andere manier is aan te spreken; bijvoorbeeld via het tuchtrecht of door de inspectie als hij hulp weigert.

Ik deel de vrees van de leden van de SP-fractie over afschuifgedrag niet. Mij is niet gebleken dat het onderscheid tussen direct toegankelijke zorg (zorg die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing, recept of indicatie wordt verleend) en niet direct toegankelijke zorg in de verzekeringssituatie tot onduidelijkheden bij de zorgaanbieders heeft geleid. Ook voor illegalen lijkt dit dus een bruikbaar, objectief onderscheidend criterium. Voorts bestaat kennelijk de vrees dat sprake kan zijn van afschuiven door zorgaanbieders zonder contract naar zorgaanbieders met een contract. Voor niet direct toegankelijke zorg is dit de gewenste situatie. Voor direct toegankelijke zorg zou het in theorie mogelijk zijn dat de huisarts iemand met een acute zorgvraag doorstuurt naar een ziekenhuis dat daarvoor een contract heeft, omdat dat ziekenhuis vanwege dat contract een hogere vergoeding krijgt. Als een huisarts gewoon is kleine chirurgische ingrepen zelf te verrichten voor zijn ingeschreven patiënten dan zou het in strijd met zijn professionele standaard zijn als hij dat niet zou doen voor een illegale patiënt. Dat geldt ook voor diabeteszorg. Zoals ook de commissie Klazinga onderschrijft dienen artsen en zorginstellingen zich bij een zorgvraag primair te richten op medisch zorginhoudelijke aspecten en niet op financiële regelingen. Bij klachten zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zonedig optreden.

De leden van de SP-fractie vragen of 20% eigen risico voor de zorgaanbieder het maximale te innen bedrag is of het minimale. Deze leden vragen verder of de zorgaanbieder als hij meer binnenhaalt dan minder vergoeding krijgt van het CVZ. De leden van de SP-fractie vragen eveneens of dat te monitoren is.

Uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat iemand die niet verzekerd is, dus ook een illegaal, zelf de kosten van de aan hem verleende medisch noodzakelijke zorg moet betalen. Slechts in die gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder geen kostenverhaal op de patiënt, zijn eventuele particuliere verzekeraar, of op een andere voorziening mogelijk blijkt, kan de zorgaanbieder als het aan een illegaal verblijvende vreemdeling verleende medisch noodzakelijke zorg betreft, onder voorwaarden, een beroep doen op de bijdrageregeling die het wetsvoorstel biedt. In het wetsvoorstel is opgenomen dat de hoogte van de bijdrage voor direct toegankelijke zorg 80% is. Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven betreft het een vergoeding van 80% van de oninbare vordering.

Als een illegaal bijvoorbeeld naar de huisarts gaat bedraagt de rekening voor een consult bijna € 25; het bedrag voor een niet ingeschreven patiënt. Dit bedrag is niet zo hoog. Het verhalen van een deel van die kosten op een illegaal zal naar verwachting wel mogelijk zijn. Deze verwachting wordt gesteund door de ervaringen van bijvoorbeeld de Kruispost Amsterdam. Daar blijkt een bijdrage van € 5 voor bezoekers van de Kruispost geen bezwaar op te leveren. Als een illegaal € 5 van de rekening betaalt, blijft € 20 als oninbare vordering. De huisarts kan van die oninbare vordering 80% vergoed krijgen. Dat is dus € 16. Met de € 5 die de illegale patiënt heeft betaald is de totale vergoeding van de rekening is € 21. Het bedrijfsrisico van de huisarts is in dit geval € 4. In procenten van het consulttarief uitgedrukt is dat minder dan 20%. Dit wordt lager naarmate er meer op de illegale patiënt verhaald kan worden.

Bij ziekenhuizen gaat het weliswaar om hogere bedragen, maar daar staat tegenover dat de ziekenhuizen die veel illegalen op de spoedeisende hulp behandelen doorgaans een contract zullen hebben gesloten voor niet-direct toegankelijke zorg waar ook de direct toegankelijke zorg in is meegenomen. Wellicht ten overvloede merk ik op dat er ziekenhuizen zijn waar het gebruikelijk is dat met illegalen een betalingsregeling wordt getroffen.

De leden van de SP-fractie hebben tevens gevraagd of de 80% vergoeding is te monitoren.

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer hebben verschillende partijen ook de 80%-vergoeding ter sprake gebracht. Zij vroegen zich af of dit percentage in de praktijk kan leiden tot problemen voor zorgaanbieders. Zoals ik toen heb gemeld zal dit percentage een wezenlijk element zijn van de VWS-verzekerdenmonitor. Deze monitor betreft een rapportage over de getalsmatige ontwikkeling van het verzekeringsstelsel in nationaal en internationaal verband. Onderdeel van die monitor zijn de maatregelen die zijn gemoeid met zorg aan illegalen. Betreffende dit specifieke onderdeel heb ik het CVZ gevraagd het percentage van de bijdragemogelijkheid en eventuele moeilijkheden van zorgaanbieders te monitoren. Als het wetsvoorstel in uw Kamer wordt aangenomen en inwerking zal treden, zal de betreffende informatie worden verwerkt in de VWS-verzekerdenmonitor. Daarin zal onder andere informatie worden opgenomen over de onderwerpen waarvoor aandacht is gevraagd bij de plenaire behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer. Het betreft dan bijvoorbeeld informatie over de aantallen contracten die zijn afgesloten voor niet direct toegankelijke zorg, de inhoud en de spreiding over het land daarvan. Deze monitor en mijn visie daarop zal naar de Tweede en Eerste Kamer worden gezonden.

De leden van de SP-fractie vragen ook hoe de ambulancezorg vergoed wordt. Wordt ook hierin een onderscheid gemaakt tussen acute en planbare zorg, zo vragen zij. Deze leden vragen voorts of acute zorg door iedere ambulance naar elk ziekenhuis vervoerd mag worden en niet acute/planbare zorg alleen door gecontracteerde ambulancevoorzieningen naar gecontracteerde zorginstellingen.

In het wetsvoorstel wordt onderscheid gemaakt tussen direct toegankelijke zorg en niet-direct toegankelijke zorg. Dit onderscheid geldt ook bij ambulancezorg. Van direct toegankelijke zorg is bijvoorbeeld sprake in geval van een ongeluk waarna iemand naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis wordt vervoerd. Van niet-direct toegankelijke zorg is sprake wanneer een afspraak kan worden gemaakt om een illegaal, die spoedeisende hulp heeft gekregen in een niet gecontracteerd ziekenhuis, moet worden vervoerd naar een gecontracteerd ziekenhuis voor verdere zorg. De direct toegankelijke zorg kan door iedere ambulance worden geleverd; voor de niet direct toegankelijke zorg zullen contracten worden gesloten. Dat contracteren moet voldoende gespreid plaatsvinden. Ik heb het CVZ gevraagd bij het contracteren van ambulances rekening te houden met de voor ambulances bestaande regio's.

De leden van de SP-fractie merken op dat de Tweede Kamer terecht vrijwel unaniem heeft ingestemd met het amendement-Arib (31 249, nr. 30) dat bepaalt dat de bijdrage voor direct toegankelijke zorg in verband met zwangerschap en bevalling, verleend door een verloskundige of arts 100% bedraagt in plaats van de voorgestelde 80% voor de begeleiding tijdens de zwangerschap tot en met de bevalling. De achtergrond van dit amendement is dat zwangeren een uiterst kwetsbare groep zijn die geen enkele barrière mogen ervaren als ze hulp zoeken en overigens ook dat

het wordende kind op grond van allerlei verdragen recht op onze bescherming heeft.

De leden van de SP-fractie vragen welke zorg gaat vallen onder de 100% vergoeding. Zij vragen of ook de aanvullende bloedtesten, de echo's, de sinds 2007 door verloskundige hulpverleners verplicht (volgens de WBO) aan te bieden prenatale screening, en de in verband met de zwangerschap voor te schrijven medicatie (voor bijvoorbeeld bloedarmoede) tot zorg in verband met zwangerschap en bevalling vallen.

Het wetsvoorstel regelt dat zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen aan illegalen en de kosten daarvan niet volledig kunnen verhalen op de betrokken patiënt. De zorg die daaronder wordt verstaan is zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zvw of in artikel 6 van de AWBZ, met uitzondering van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van zorg of diensten, en slechts voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling, medisch noodzakelijk acht.

Als gevolg van het amendement Arib komen de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg op grond van 11 Zvw, voor 100% vergoeding in aanmerking, voor zover zij niet te verhalen zijn op de illegaal. De verloskundige zorg kan worden gegeven door een verloskundige maar ook door een huisarts. Onder verloskundige zorg valt eveneens het verrichten van echo's en daarmee ook een belangrijk deel van de prenatale screening. In verband met de zwangerschap voor te schrijven medicatie (voor bijvoorbeeld bloedarmoede) valt niet onder verloskundige zorg, waarvoor 100% vergoeding geldt. Apotheken die deze medicatie verstrekken aan een illegale persoon, kunnen hiervoor een vergoeding krijgen, indien zij een contract hebben gesloten met het CVZ. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van het contract.

De leden van de SP-fractie vragen verder op welke manier zorg, verleend tijdens de kraamperiode, wordt vergoed. Zij geven aan dat in deze periode met name de aandacht en zorg gericht op het goed op gang komen van borstvoeding erg belangrijk maar ook arbeidsintensief is.

Zoals hiervóór is aangegeven komen de kosten van kraamzorg op grond van artikel 11 Zvw, voor 100% vergoeding in aanmerking, voor zover zij niet te verhalen zijn op de illegaal. Ook zorg gericht op het goed op gang komen van borstvoeding valt daaronder.

De zwangere bezoekt tijdens de zwangerschap ook regelmatig een huisarts in verband met zwangerschapperelateerde klachten. De leden van de SP-fractie vragen of deze zorg ook onder de 100% regeling valt. Indien dat niet het geval is, vragen zij hoe dit is uit te leggen.

Alleen verloskundige zorg en kraamzorg komen in aanmerking voor de 100% vergoeding, voor zover de kosten van deze zorg niet zijn te verhalen op de illegale patiënt. Dat geldt ook als die zorg wordt verleend door de huisarts.

De leden van de SP-fractie vragen of dit niet een extra barrière betekent en in die zin een reden voor substandaard zorg. Zorg die verloskundige hulpverleners in het kader van perinatale zorg juist proberen te optimaliseren, zo geven deze leden aan.

De toegankelijkheid bij zwangerschapperelateerde klachten voor huisartsenzorg en medicatie ligt niet anders dan voor andere medisch noodzakelijke zorg voor illegalen. Met het principe dat zorgaanbieders in

voorkomende gevallen medisch noodzakelijke zorg verlenen en met de vergoedingsregeling van dit wetsvoorstel ga ik ervan uit dat de toegankelijkheid van de zorg voldoende is geregeld en dat hier geen sprake is van substandaard zorg.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de verloskundig actieve huisarts die beide functies in zich verenigt hiermee moet omgaan.

Huisartsen mogen voor verschillende handelingen verschillende tarieven in rekening brengen. Dat levert doorgaans geen problemen op. Ik zie dan ook geen problemen bij het in rekening brengen als een huisarts verloskundige zorg of zorg voor zwangerschapperelateerde klachten levert.

De leden van de SP-fractie vragen verder of de zwangere die tijdens de bevalling in verband met complicaties verplaatst wordt naar een ziekenhuis naar een door het CVZ gecontracteerde instelling moet.

Als er tijdens de bevalling complicaties optreden waardoor een illegale zwangere naar een ziekenhuis moet, dan kan de vrouw naar een gecontracteerd ziekenhuis worden gebracht. Het CVZ zal zorgaanbieders, waaronder verloskundigen en huisartsen, voorlichting geven over, onder andere, de gecontracteerde ziekenhuizen. Daardoor hoeft het vinden van een gecontracteerde instelling geen probleem op te leveren.

Hetzelfde vragen de leden van de SP-fractie met betrekking tot de zwangere met die complicaties tijdens de zwangerschap die vaak een minder acuut karakter hebben.

In laatstgenoemd geval zal er doorgaans een verwijzing van de huisarts of verloskundige zijn. Er is dus sprake van niet-direct toegankelijke zorg. Een ziekenhuis kan hiervoor een vergoeding krijgen, indien het een contract heeft met het CVZ. Zoals hiervoor reeds is opgemerkt zal het CVZ zorgaanbieders, waaronder verloskundigen en huisartsen, voorlichting geven over, onder andere, de gecontracteerde ziekenhuizen.

De leden van de SP-fractie vragen of de 100%-vergoeding ook geldt voor het geboren kind en zo ja, tot welke termijn.

Zoals hiervoor is aangegeven betreft de 100% vergoeding verloskundige zorg en kraamzorg. De zorg, ook voor het geboren kind, komt voor 100% vergoeding in aanmerking zolang het kraamzorg betreft.

De leden van de SP-fractie vragen hoe kinder- en jeugdzorg worden vergoed en of vaccinaties van kinderen van illegalen wel worden vergoed.

Zorgaanbieders die kinder- of jeugdzorg verlenen aan illegale kinderen kunnen als het direct toegankelijke zorg betreft een bijdrage vragen van 80% van de oninbare vordering en als het gecontracteerde zorg betreft een bijdrage overeenkomstig het afgesloten contract. Illegale kinderen zijn niet uitgesloten van vaccinaties. Oproepen voor vaccinaties lopen echter via de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Illegalen zijn niet in de GBA opgenomen. Een uitnodiging voor vaccinaties zullen deze kinderen dus niet krijgen. Overigens krijgen niet alle kinderen die wel rechtmatig in Nederland verblijven alle vaccinaties, bijvoorbeeld vanwege principiële bezwaren. Dat levert inderdaad risico op voor deze categorie kinderen; toch is er door de hoge dekkingsgraad van vaccinaties in Nederland ook een behoorlijk niveau van bescherming van niet gevaccineerde kinderen. Vrijwel overal wordt meer dan 90 procent van de kinderen gevaccineerd.

Zoals de leden van de SP-fractie aangeven is de achtergrond van deze vragen dat deze leden zich zorgen maken dat met het voorgestelde systeem van uitsluitend 100%-vergoeding voor verloskundige zorg er een reële dreiging is dat illegale zwangeren toch te weinig en tekort zorg krijgen, terwijl hun leefsituatie op zich al een bedreiging voor henzelf en voor hun (ongeboren) kinderen vormt. Graag vernemen deze leden het commentaar van de regering op deze zorgen. Zij menen dat de hele aanpak in een schril contrast staat met alle ophef die er gemaakt wordt over de hoge perinatale sterfte en moedersterfte in ons land.

Ik zie geen reden voor de zorg van de leden van de SP-fractie. Het opnemen van de 100% vergoeding van de oninbare vordering voor verloskundige zorg en kraamzorg is naar mijn mening een meer dan voldoende waarborg voor de toegankelijkheid van deze zorg. Zoals ik eerder in mijn brief van 8 april 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 31 249, nr. 15) heb opgemerkt deel ik de opvatting niet op voorhand dat zorg alleen is gewaarborgd bij een 100%-vergoeding. Verder heb ik eerder in antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie of de 80% vergoeding is te monitoren, aangegeven dat het vergoedingspercentage een wezenlijk element zal zijn van de VWS-verzekerdenmonitor. Zoals ik in dat antwoord meedeelde heb ik betreffende dit specifieke onderdeel het CVZ gevraagd het percentage van de bijdragemogelijkheid en eventuele moeilijkheden van zorgaanbieders, te monitoren. Als het wetsvoorstel in uw Kamer wordt aangenomen en in werking zal treden, zal de betreffende informatie worden verwerkt in de VWS-verzekerdenmonitor. Deze monitor en mijn visie daarop zal naar de Tweede en Eerste Kamer worden gezonden.

De leden van de SP-fractie vragen of er al gedachten zijn over welke andere vormen van zorg dan lvf-behandeling en genderoperaties mogelijk uitgezonderd zullen worden van de financieringsregeling. Welke procedure zal daarbij gevolgd worden, zo vragen deze leden.

Bij de plenaire behandeling van het wetsvoorstel op 2 april 2008 heb ik op het verzoek van mevrouw Smilde van de CDA-fractie toegezegd de Kamer op de hoogte te zullen stellen van de vormen van zorg die zullen worden uitgesloten van de vergoedingsregeling op grond van dit wetsvoorstel. De vormen van zorg die in de betreffende AMvB zullen worden uitgezonderd zijn in-vitrofertilisatiebehandelingen en genderbehandelingen. Het ligt nu niet in de lijn der verwachtingen dat er nog meer vormen van zorg bij AMvB zullen worden uitgezonderd.

In de toelichting worden verschillende bedragen genoemd die met de uitvoering van dit wetsvoorstel zijn gemoeid. Het CVZ krijgt de beschikking over € 44 miljoen, bedoeld om de regeling uit te voeren en de zorgaanbieders en zorginstellingen te betalen. De leden van de SP-fractie ontvangen van de regering graag een duidelijke toelichting waar het geld nu precies vandaan komt en hoe de verdeling gaat worden.

De leden van de SP-fractie vragen of het een vastgesteld budget of een open eind financiering betreft, en hoe te handelen als het budget ontoereikend is.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie of de € 15 miljoen die genoemd is in het kader van AWBZ zorg onderdeel is van de € 44 miljoen, of apart staat.

Voor de regeling is een structureel bedrag van in totaal € 44,2 miljoen beschikbaar. Dit bedrag is de optelsom van beschikbaar gestelde bedragen voor de drie verschillende onderdelen: ziekenhuiszorg, AWBZ-zorg en eerstelijnszorg. Op basis van verschillende veronderstellingen en aannames zijn deze drie deelbedragen berekend en vastgesteld. Ik ga er van uit dat dit bedrag toereikend is. Indien dit echter niet het geval is,

dient te worden onderzocht wat daarvan de oorzaken zijn en zal ik bezien welke mogelijkheden er zijn extra budget aan de € 44,2 miljoen toe te voegen.

De € 44,2 miljoen is als volgt opgebouwd:

- € 15 miljoen voor AWBZ-zorg;
- € 7 miljoen voor eerstelijnszorg. Dit bedrag is gelijk aan de hoogte van de jaarlijkse subsidie aan Stichting Koppeling, die met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel komt te vervallen;
- € 22,2 miljoen voor ziekenhuiszorg. Laatstgenoemd budget is afkomstig uit de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren, die is bedoeld om (een deel van de) oninbare vorderingen van onder meer ziekenhuizen te bekostigen in het geval zij, ondanks hun inspanningen de kosten van geleverde zorg te verhalen op zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten. Het beslag op die beleidsregel zal na invoering van voorliggend wetsvoorstel verminderen met het aandeel van de illegalen daarin. Dat betekent dat verzekeraars minder budget aan ziekenhuizen zullen verstrekken voor dubieuze debiteuren. Deze daling van de ziekenhuisbudgetten wordt vertaald in lagere premie-uitgaven. Anderzijds is de VWS-begroting met datzelfde bedrag verhoogd.

Voor de aanbieders van de direct verleende zorg geldt een risico van 20% indien de kosten daarvan niet op de zorgontvangende persoon kunnen worden verhaald. Tegelijkertijd worden de kosten pas vergoed, wanneer kan worden aangetoond dat de kosten niet te verhalen zijn. De leden van de GroenLinks-fractie vragen of dit niet dubbelop is. Deze leden vragen waarom de regering – als de oninbaarheid al een voorwaarde is om tot vergoeding over te gaan – het dan nog noodzakelijk acht om dit soort «eigen risico» bij de zorgverlener neer te leggen.

Uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat de illegaal de kosten van aan hem verleende zorg zelf betaalt. Om die reden kan alleen een bijdrage worden verstrekt voor die kosten die niet verhaald kunnen worden op de illegaal. Dat spreekt voor zich, het is niet de bedoeling dat de zorgaanbieder kosten dubbel vergoed kan krijgen.

Voorts worden die kosten die niet verhaald kunnen worden niet volledig vergoed, maar slechts voor 80%. De redenen daarvoor heb ik reeds uiteengezet bij de beantwoording van de vraag daarover van de leden van de CDA-fractie.

Dat is dus niet dubbelop, zoals de leden van de GroenLinks fractie veronderstellen.

Overigens wordt de zorgaanbieder ook in de huidige situatie geacht een deel van de kosten voor eigen rekening te nemen.

Voorts vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de regering zou kunnen toelichten wat zij met het in de memorie van toelichting (pagina 9) genoemde ondernemersrisico voor de zorgaanbieder bedoelt en hoe dit zich verhoudt tot de in dezelfde alinea genoemde professionele verantwoordelijkheid om medisch noodzakelijke zorg te verlenen.

Bij de parlementaire behandeling van de Koppelingswet¹ is het volgende aangegeven: «Het risico dat wij geconfronteerd worden met situaties waarin wij levensreddend moeten ingrijpen drukt op ons allen. Het kan zich verwezenlijken in de situatie van alledag. Het risico dat noodzakelijke medische hulp niet onthouden mag worden om ernstige gevaarstelling voor leven of gezondheid te voorkomen, terwijl deze onverhaalbaar zal blijken te zijn wegens de illegaliteit van de verzorgde deelt zich maar aan een beperkte categorie mede.» Omdat de regering destijds van mening was dat de kosten niet alleen door deze categorie gedragen dienen te worden, heeft zij bij de invoering van de Koppelingswet gezorgd voor een

¹ Kamerstukken II 1994/95, 24 233, nr. 3, p. 17–19.

vorm van financiering. Het gaat hierbij dus om een dekking van het onevenredige risico dat zorgaanbieders lopen door medisch noodzakelijke zorg aan illegalen te moeten verlenen.

Hoe kijkt de regering aan tegen het risico dat de financiële gevolgen van de beperkte vergoeding voor directe zorgverleners zich bij bepaalde zorgverleners, bijvoorbeeld als gevolg van plaats van vestiging, bekendheid bij de betrokkenen of toegankelijkheid zullen neerslaan, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Indien de minister dit risico reëel aanwezig acht, hoe gerechtvaardigd vindt de minister dit dan en waarom, zo vragend deze leden voorts.

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik u naar het antwoord op de vraag van de PvdA-fractie over ditzelfde onderwerp.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering niet bang is dat sommige directe zorgverleners, indien er geen sprake is van een acute zorgbehoefte, over zullen gaan tot een systeem van betaling vooraf als de juridische verblijfstatus van de zorgbehoevende niet onmiddellijk kan worden vastgesteld. Zij vragen tevens in hoeverre zij dit onwenselijk acht uit het oogpunt van de toegankelijkheid van de zorg, met name voor de betalingsonmachtigen.

De NZa heeft hiernaar onderzoek gedaan, mede naar aanleiding van de mondelinge vragen over dit onderwerp van 27 november 2007¹. De NZa heeft vastgesteld dat er een verschil is tussen het declaratieproces en het betaalproces. Het vragen van een voorschot voorafgaand aan de behandeling moet in de onderzochte gevallen als onderdeel van het betaalproces gezien worden. De NZa concludeert dat het vragen van een voorschot is toegestaan en losstaat van het declaratieproces en dat er geen sprake is van foutieve declaraties c.q. van tariefsdelicten.

Overigens ben ik er voorstander van dat zorgaanbieders vragen om vooraf zekerheid te geven dat betaling van de latere rekening zal plaatsvinden. Voorop blijft echter staan dat het verlenen van medisch noodzakelijke zorg niet afhankelijk mag worden gesteld van de betalingszekerheid. De arts bepaalt of de zorg onmiddellijk moet worden verleend, of dat de zorg kan worden uitgesteld totdat er meer duidelijkheid is omtrent de betaling. De zorgbehoefte dient daarbij leidend te zijn voor de inschatting van de arts.

Eveneens vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de regering haar opvatting kan geven op de bezwaren tegen het voorliggende wetsvoorstel zoals die naar voren worden gebracht door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), namelijk dat 1.) financiële drempels bij de toegang tot de zorg grote risico's met zich meebrengen voor de preventieve gezondheidszorg en de samenwerking tussen huisartsen, GGD en andere ketenpartners onder druk zetten; 2.) dat de financiële drempel tot uitstel van de hulpvraag leidt, wat kan betekenen dat de kosten voor uiteindelijke behandeling alleen maar hoger worden; en ten slotte dat 3.) een ongewenst effect van de voorgestelde regeling kan zijn dat dan sneller en gemakkelijker doorverwezen wordt naar duurdere tweede lijnvoorzieningen.

Zoals hierboven aangegeven wordt in Nederland niemand medisch noodzakelijke zorg onthouden, ook als men niet over financiële middelen beschikt om de kosten daarvan te betalen. Mensen die zorg ontvangen zijn in beginsel verplicht zelf de kosten van medische zorg te betalen aan de zorgverlenende personen en instanties. Het risico van ziektekosten is in beginsel gedekt door middel van het Nederlandse ziektekostenverzekeringsstelsel. Ingevolge het koppelingsbeginsel kunnen vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf in principe geen aanspraak maken op voorzie-

¹ Handelingen II 2007/08, nr. 28, p. 2177 e.v.

ningen en verstrekkingen van overheidswege. Zij zullen de kosten van aan hen verleende zorg dus zelf moeten betalen. Dat is nu zo en dat blijft zo. Het voorliggende wetsvoorstel werpt dus geen nieuwe financiële drempels op voor de toegankelijkheid van de zorg. Voor zorgaanbieders beoogt dit wetsvoorstel, net als de Regeling Stichting Koppeling, aanmerkelijke inkomensschade te voorkomen. Naar mijn mening werpt dit wetsvoorstel dus geen drempels op voor samenwerking tussen de genoemde groepen. Ik merk daarbij op dat het de bedoeling is de samenwerking van de Stichting Koppeling met de regionale platforms te handhaven.

Wat betreft de opmerking dat de financiële drempel tot uitstel van de hulpvraag leidt, merk ik nogmaals op dat dit wetsvoorstel geen nieuwe financiële drempels opwerpt voor de toegankelijkheid van de zorg. Illegalen zijn ook nu al zelf verantwoordelijk voor de kosten van aan hen verleende medisch noodzakelijke zorg en blijven dat net zo na de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Zoals ik hiervoor in antwoord op een vraag van de PvdA-fractie over hetzelfde onderwerp heb meegedeeld is het mogelijk dat mensen die zich ervan bewust zijn dat zij zelf kosten zullen moeten dragen, wellicht minder snel naar een arts gaan. Anderzijds geldt niet dat de onmogelijkheid om – overigens soms zeer geringe – bedragen te verhalen op de illegale patiënt, ertoe leidt dat de medische stand zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid niet neemt voor het verlenen van zorg aan mensen die dat behoeven.

Wat betreft het sneller en gemakkelijker doorverwijzen naar duurdere tweede lijnsvoorzieningen merk ik het volgende op. Mij is niet gebleken dat het onderscheid tussen direct toegankelijke zorg (zorg die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing, recept of indicatie wordt verleend) en niet direct toegankelijke zorg in de verzekerings situatie tot onduidelijkheden bij de zorgaanbieders heeft geleid. Ook voor illegalen lijkt dit dus een bruikbaar, objectief onderscheidend criterium. Voorts bestaat kennelijk de vrees dat sprake kan zijn van afschuiven door zorgaanbieders zonder contract naar zorgaanbieders met een contract. Voor niet direct toegankelijke zorg is dit de gewenste situatie. Voor direct toegankelijke zorg zou het in theorie mogelijk zijn dat ziekenhuis A, dat geen contract heeft dat betrekking heeft op direct toegankelijke zorg, iemand met een acute zorgvraag doorstuurt naar ziekenhuis B, dat daarvoor wel een contract heeft, omdat ziekenhuis B een hogere vergoeding krijgt. In de praktijk kan hiervan naar mijn mening geen sprake zijn, omdat de zorgaanbieder daarmee zou handelen in strijd met zijn professionele standaard. Zoals ook de commissie Klazinga onderschrijft dienen artsen en zorginstellingen zich primair te richten op medisch zorginhoudelijke aspecten en niet op financiële regelingen.

De vraag van de leden van de fracties van SGP- en ChristenUnie waarom gekozen is voor een systematiek waardoor de compensatie voor huisartsen en andere zorgaanbieders die directe zorg aanbieden, blijft steken op 80% van de kosten, heb ik beantwoord bij bovenstaande vraag van de leden van de GroenLinks fractie over hetzelfde onderwerp.

De leden van de fracties van SGP- en ChristenUnie geven voorts aan dat het voorgestelde systeem voor de huisartsen nog extra problemen oplevert omdat de huisartseninformatiesystemen niet zijn ingericht voor het aanmaken van twee verschillende declaraties bij één contact op afwijkende tarieven.

Uit brieven van zorgaanbieders, waaronder de LHV, komt een beeld naar voren waaruit de indruk zou kunnen ontstaan dat het verhalen van de kosten op de betreffende illegale persoon niet in alle gevallen plaatsvindt. Echter, ook in de huidige situatie is de illegale persoon zelf verantwoorde-

lijk voor de kosten van aan hem verleende zorg. Dat is niet een gevolg van voorliggend wetsvoorstel. Het voorliggende voorstel geeft wel invulling aan de principiële overweging dat een rekening in beginsel moet worden verhaald op de illegaal. De eerder weergegeven signalen steunen mij in de keuze voor de 80% vergoeding zoals die in het wetsvoorstel is voorzien.

Overgangssituatie

De leden van de SP-fractie geven aan dat tot de nieuwe structuur is geregeld recht op financiering volgens het oude systeem blijft bestaan. Dit geldt ook voor de bezwaren en beroepen die tegen beslissingen zijn ingesteld. De leden van de SP-fractie vernemen graag van de regering hoelang de overgangssituatie gaat duren en hoe de al gestarte behandelingen worden gefinancierd.

Zoals de leden van de SP-fractie weten is in het wetsvoorstel bij nota van wijziging¹ een artikel 1a toegevoegd dat het overgangsrecht regelt. Zoals in de toelichting bij dat artikel is vermeld, blijft ten aanzien van de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan op grond van het Reglement Financiële Bijdragen van de Stichting Koppeling, het recht gelden zoals dat luidde voorafgaand aan het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet. Dit geldt ook ten aanzien van bezwaren en beroepen tegen besluiten die zijn genomen op grond van dat reglement. Het CVZ wordt op het moment dat de wet in werking treedt de rechtsopvolger van de Stichting Koppeling ten aanzien van rechten en verplichtingen die zijn ontstaan op grond van meergenoemd reglement en gaat dus vanaf datum inwerkingtreding wet deze werkzaamheden uitvoeren. Hoe lang de afhandeling van dergelijke werkzaamheden gaat duren is thans nog niet te voorzien. Dat kan met bezwaar- en beroepsprocedures enige tijd vergen.

De leden van de SP-fractie vragen of het mogelijk is dat iemand die is opgenomen, dan wel behandeld wordt in een in de toekomst niet gecontracteerde instelling overgeplaatst kan/moet worden naar een wel gecontracteerde. Zij vragen wat dat betekent voor de behandeling en de behandelrelatie.

Of bij inwerkingtreding van de regeling een overplaatsing van een patiënt van een niet gecontracteerde naar een gecontracteerde instelling zal moeten plaatsvinden, zal naar omstandigheden worden bezien. Als een illegale patiënt zonder problemen kan worden overgebracht naar een gecontracteerd ziekenhuis, kan dat zonder meer plaatsvinden.

Medisch noodzakelijke zorg

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering van mening is dat de term «noodzakelijke zorg» in relatie tot «de verwachte verblijfsduur» van een (illegale) patiënt ook aan de hand van de adviezen en aanbevelingen van het rapport-Klazinga voor iedere individuele zorgaanbieder eenduidig is vast te stellen. Zij vragen of dit niet leidt tot (ongewenste) verschillen van uitkomst voor een patiënt zoals bedoeld in het wetsontwerp.

De commissie Klazinga is van oordeel dat medisch noodzakelijke zorg dient te worden gedefinieerd als «verantwoorde en passende medische zorg». Daarbij geeft zij aan dat artsen de behandeling beperkt kunnen houden of kunnen afzien van de behandeling als er sprake is van zorg die uitgesteld kan worden in combinatie met de verwachting van kort verblijf in Nederland. De inschatting van de duur van het illegale verblijf in Nederland kan een arts mee laten wegen bij het beginnen van de behandeling, aldus de commissie. Ik merk op dat het rapport van de Commissie

¹ Kamerstukken II 2007/08, 31 249, nr. 11.

Klazinga door de verschillende beroepsgroepen is verwelkomd als een bruikbaar handvat voor de praktijk. Artsen zijn gewend dit soort handvatten, richtlijnen en protocollen te hanteren, ook in relatie tot Zvw-verzekerden en buitenlands verzekerden. Mij is niet gebleken dat het gebruik daarvan problemen oplevert.

Hiermee heb ik ook de vraag beantwoord van de leden van de VVD-fractie of het wel juist is om het aan artsen over te laten de beoordeling van het al dan niet verlenen van noodzakelijke zorg in relatie tot de verwachte duur van het verblijf, te maken.

De leden van de CDA-fractie vragen of er door het CVZ een landelijke dekking van contractanten in het kader van «niet direct toegankelijke zorg» geregeld is.

Bij de behandeling van voorliggend wetsvoorstel in de Tweede Kamer is een motie met betrekking tot dit onderwerp aangenomen. Het betreft de motie-Smilde c.s.¹ over een analyse van de contracten.

Bij mijn brief van 30 mei jl.² aan de Tweede Kamer heb ik aangegeven een eerste melding over afgesloten contracten met zorgaanbieders die niet direct toegankelijke zorg verlenen, zo spoedig mogelijk bij inwerking-treden van het wetsvoorstel aan uw Kamer toe te zenden. Zoals ik bij de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer heb aangegeven, moet er een dekkend aanbod van gecontracteerde zorg zijn. Ik heb daarbij toegezegd er nauwlettend op toe te zien dat het CVZ een contractering hanteert die regionaal dekkend is. Voorts is het mijn voor-nemen informatie over een analyse van de contracten (motie-Smilde c.s.) toe te zenden als onderdeel van de jaarlijkse VWS-verzekerdenmonitor. De eerste VWS-verzekerdenmonitor is onlangs verschenen³. In die rapportage is nog geen informatie opgenomen over bovenvermelde motie, omdat dit wetsvoorstel nog ter behandeling in uw Kamer voorligt.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering voor tandheelkundige zorg een andere afweging maakt dan andere (noodzakelijke) zorg. Leidt dit niet juist tot veel duurdere ingrepen in de tweedelijszorg (kaakchirurg en pijnbehandeling), zo vragen zij. Ook de leden van de PvdA-fractie vragen de regering aan te geven waarom de tandartsenzorg is uitgezonderd. Zij merken op dat als de systematiek van de Zorgverzekeringswet wordt gevolgd, verzekerden zich dan voor tandartsenzorg aanvullend kunnen verzekeren. Die mogelijkheid hebben illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen niet. Het huidige voorstel leidt ertoe dat zij deze zorg geheel zelf moeten betalen. Voor velen is dat niet mogelijk, zo stellen deze leden. Zij vragen of de regering mogelijkheden ziet om de tandartsenzorg alsnog mee te nemen in deze wet.

Zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg verlenen aan illegalen en de kosten daarvan niet op de betrokken illegalen kunnen verhalen, kunnen op grond van dit wetsvoorstel een bijdrage vragen. Zoals in het voorstel staat wordt onder die zorg verstaan zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zvw of in artikel 6 van de AWBZ, met uitzondering van bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van zorg of diensten. Dit overigens voor zover de zorgaanbieder dit gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling medisch noodzakelijk acht. Dit geldt voor alle soorten zorg, dus ook voor tandheelkundige zorg. Als er tandartszorg aan illegalen wordt verleend die in de Zvw of de AWBZ is opgenomen kan een zorgaanbieder onder voorwaarden dus daarvoor een bijdrage vragen. Tandartszorg die niet daaronder valt – met name tandartszorg voor volwassenen – valt buiten de bijdragemogelijkheid. De regering acht het onwenselijk dat voor personen die in geen enkel land bijdragen aan de solidariteit en bovendien niet rechtmatig in ons land verblijven, een

¹ Kamerstukken II 2007/08, 31 249, nr. 16.

² Kamerstukken II 2007/08, 31 249, nr. 32.

³ Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 201.

ruimere invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg zou gelden dan voor personen die wel bijdragen aan de solidariteit en wel rechtmatig verblijven. Om die reden is voor tandartsenzorg die niet in het AWBZ- of Zvw-pakket zit, geen bijdragemogelijkheid opgenomen. Of het voorgestelde systeem leidt tot veel duurdere ingrepen in de tweedelijnszorg kan ik niet beoordelen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de andere zorgaanbieders op de hoogte zijn van de adressen van zorgaanbieders, die door het CVZ zijn gecontracteerd in het kader van «niet direct toegankelijke zorg».

Het CVZ zal bij de keuze van de te contracteren zorgaanbieders zoveel mogelijk rekening houden met de spreiding van illegalen over het land. Er zal door het CVZ aandacht worden besteed aan voorlichting aan (eerste-lijns) zorgaanbieders, zodat bij hen bekend is naar welke gecontracteerde zorgaanbieders kan worden doorverwezen.

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie of het wel juist is om het aan artsen over te laten de beoordeling van het al dan niet verlenen van noodzakelijke zorg in relatie tot de verwachte duur van het verblijf, te maken, verwijs ik naar mijn bovenstaande antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie over de term «noodzakelijke zorg» in relatie tot «de verwachte verblijfsduur» van een (illegale) patiënt.

De leden van de VVD-fractie vragen of artsen er conform de wettelijke regelingen niet van uit moeten gaan dat illegalen zo snel mogelijk het land dienen te verlaten. Zij merken op dat er derhalve een groep mensen is, de illegalen, ten aanzien van wie de wetgever heeft besloten dat deze zo snel mogelijk het land moeten verlaten; ten aanzien van wie de wetgever ook heeft besloten dat zij niet in aanmerking komen voor onze sociale verzekeringssystemen. Voor deze groep wordt nu voorgesteld, dat zij in feit het recht krijgen op dezelfde zorg als de verzekerden hier te lande, zo stellen deze leden. Zij vragen of de regering derhalve niet in strijd handelt met de geldende wetgeving door de adviezen en aanbevelingen van de Commissie Klazinga op te volgen.

Met de invoering van de zogenoemde Koppelingswet¹ op 1 juli 1998 is in de sociale verzekeringen het uitgangspunt opgenomen dat de aard van het verblijfsrecht richtinggevend is bij het vestigen en toekennen van aanspraken op collectieve voorzieningen. De Vreemdelingenwet 2000 (Vw) sluit in artikel 10, eerste lid, de toegang tot de sociale (zorg)verzekeringen (AWBZ- en Zvw-verzekering) af voor vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven. Daarmee wordt bewerkstelligd dat zij geen recht hebben op medische zorg ten laste van deze sociale verzekeringen. Tegelijkertijd hebben niet rechtmatig verblijvende vreemdelingen in voorkomend geval wel behoefte aan medische zorg. Nederland kent geen wetgeving die het verlenen van medische zorg aan wie dan ook verbiedt. Integendeel, zorgaanbieders zijn uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval in aanmerking komende zorg te verlenen. Iedere zorgaanbieder bepaalt binnen de regels van de beroepsethiek of en in welke mate hij bereid is mensen te helpen die niet in staat zijn daarvoor te betalen. Zorg die medisch noodzakelijk is, moet echter altijd worden verleend. In beginsel zal de rekening van verleende medisch noodzakelijke zorg aan een niet rechtmatig verblijvende vreemdeling worden gepresenteerd. Iedere vreemdeling die hier niet rechtmatig verblijft, is er in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Indien deze vreemdelingen in betalingsonmacht verkeren, worden zorgaanbieders geconfronteerd met onbetaalde rekeningen. Dit wetsvoorstel regelt dat zorgaanbieders in dat geval in aanmerking komen voor financie-

¹ Wet van 26 maart 1998 tot wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekkingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan het rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland (Stb. 1998, 203).

ring uit collectieve middelen onder door de wet aangegeven voorwaarden. Het betreft hier dus geen semi-verzekering voor betrokkenen, maar een financiële bijdrage voor zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan in betalingsonmacht verkerende vreemdelingen en dientengevolge inkomsten derven. Dit is dus niet in strijd met de geldende wetgeving.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom de regering zich niet beperkt tot het uitsluitend «verlenen van acute gezondheidszorg»? Dit is, zo menen zij, redelijk goed af te bakenen en daarvoor kan zij scherpe instructies aan zorgverleners geven.

In dit wetsvoorstel is aangesloten bij het begrip «medisch noodzakelijke zorg» van artikel 10 Vw. In eerste instantie was dat omschreven als «gezondheidszorg in acute noodsituaties». Door een amendement Rouvoet¹ is die ruimte verbreed tot «medisch noodzakelijke zorg». Over de duiding van het begrip «medisch noodzakelijke zorg» is vervolgens een uitvoerige parlementaire gedachteswisseling ontstaan tussen achtereenvolgende bewindslieden, het parlement en het zorgveld. Dit begrip heeft lang voor veel onduidelijkheid gezorgd. De Commissie Klazinga heeft aan het begrip «medisch noodzakelijke zorg» onder begeleiding van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) uitwerking gegeven ten behoeve van de praktijk. Ik merk op dat het rapport van de Commissie Klazinga door de verschillende beroepsgroepen is verwelkomd als een bruikbaar handvat voor de praktijk.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom de regeling voor illegalen niet te ver uit de pas moet lopen met de EU-regelingen.

Het voorbeeld van de Europese sociale zekerheidsverordening wordt aangehaald om aan te geven dat het niet in de rede ligt de mogelijkheden voor het verlenen van zorg aan illegalen ruimer te laten zijn dan voor inwoners van EU- en verdragslanden. Zelfs voor het verkrijgen van verzekerde zorg in een ander land gelden aanzienlijke beperkingen om een ongewenste aanzuigende werking op personen in het buitenland te voorkomen. In het verlengde daarvan ziet de regering voor onverzekerde zorg – waar het gaat om illegalen – geen enkele reden de regelgeving in Nederland zodanig ruim te interpreteren dat daarvan een aanzuigende werking uit gaat op personen elders in de wereld om illegaal naar Nederland te komen met het oogmerk om een medische behandeling te ondergaan. In de memorie van toelichting is bedoeld tot uitdrukking te brengen dat de regering het onwenselijk acht dat voor personen die in geen enkel land bijdragen aan de solidariteit en bovendien niet rechtmatig in ons land verblijven, een ruimere invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg zou gelden dan voor personen die wel bijdragen aan de solidariteit en wel rechtmatig verblijven.

Voor de beoordeling van de noodzaak om medische zorg te verlenen moet de duur van het verblijf worden meegewogen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering dit punt kan toelichten.

De uitkomst van de beoordeling of in een specifiek geval sprake is van medisch noodzakelijke zorg, zal, in het geval van iemand die niet rechtmatig in Nederland verblijft anders kunnen uitwerken dan iemand die rechtmatig in Nederland verblijft. Daarbij kan aangenomen worden dat de verblijfsduur van mensen die hier niet rechtmatig verblijven, korter zal zijn dan die van rechtmatig verblijvenden, aangezien de eerste groep het land dient te verlaten. De Commissie Klazinga heeft in haar rapport ook aandacht besteed aan de rol van de tijdsfactor bij de te leveren zorg. Bij de beoordeling spelen zoals de commissie aangeeft nog andere factoren een

¹ Kamerstukken II 1996/97, 24 233, nr. 43.

rol, namelijk de ernst van de aandoening, het chronische karakter van de aandoening, de te verwachten complicaties, de te verwachten gezondheidswinst, de individuele situatie van de patiënt, het lijden van de patiënt, de hulpbehoefte van de patiënt, de (on)uitstelbaarheid van de te verlenen zorg en de continuïteit van de zorg. Het is aan de behandelend arts om invulling te geven in concrete gevallen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe de verplichting om de duur van het verblijf mee te wegen zich verhoudt met de uitspraken van de Commissie Klazinga op dit punt.

De Commissie Klazinga heeft het begrip medisch noodzakelijke zorg nader uitgewerkt in het rapport «Arts en Vreemdeling». Dit rapport is door de verschillende beroepsgroepen verwelkomd als een bruikbaar handvat voor de praktijk.

De Commissie Klazinga is van oordeel dat medisch noodzakelijke zorg dient te worden gedefinieerd als «verantwoorde en passende medische zorg». Daarbij geeft zij aan dat artsen de behandeling beperkt kunnen houden of kunnen afzien van de behandeling als er sprake is van zorg die uitgesteld kan worden in combinatie met de verwachting van kort verblijf in Nederland. De inschatting van de duur van het illegale verblijf in Nederland kan een arts mee laten wegen bij het beginnen van de behandeling, aldus de Commissie Klazinga.

De invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is hiermee in overeenstemming.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe ik in dit licht de constatering van de KNMG beoordeel dat dit in de praktijk vaak onmogelijk is.

Mogelijk is het beoordelen van de verwachte duur van het verblijf van een illegaal in de praktijk soms lastig. Dat betekent mijns inziens echter niet dat het criterium buiten toepassing zou moeten blijven. De arts dient de verwachte duur van het verblijf voor zover mogelijk mee te wegen in zijn beoordeling.

In hoeverre zal de nu voorgestelde regeling een eind maken aan de «realiteit» van «het doorverwijzen, afschuiven en weigeren van patiënten dan wel het uitstellen van een behandeling», zoals wordt omschreven door de KNMG in haar brief d.d. 26 mei 2008, zo vragen de leden van de GroenLinks-fractie.

Het onderscheid tussen niet direct toegankelijke zorg en direct toegankelijke zorg kan in de ogen van de regering niet tot onduidelijkheden leiden. Mede naar aanleiding van de inbreng van de KNMG bij het door het ministerie van VWS georganiseerde «platform illegalen» van 26 april 2007, is gekozen voor dit onderscheid in plaats van het onderscheid tussen planbare en acute zorg.

De direct toegankelijke zorg is de zorg die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing, recept of indicatie wordt verleend. Mij is niet gebleken dat dit in de verzekeringssituatie tot onduidelijkheden bij de zorgaanbieders heeft geleid. Ook voor illegalen lijkt dit dus een bruikbaar, objectief onderscheidend criterium.

De KNMG signaleert voorts dat sprake kan zijn van afschuiven door zorgaanbieders zonder contract naar zorgaanbieders met een contract. Voor niet direct toegankelijke zorg is dit de gewenste situatie. Voor direct toegankelijke zorg zou het in theorie mogelijk zijn dat ziekenhuis A, dat geen contract heeft dat betrekking heeft op direct toegankelijke zorg, iemand met een acute zorgvraag doorstuurt naar ziekenhuis B, dat daarvoor wel een contract heeft, omdat ziekenhuis B een hogere vergoeding krijgt. In de praktijk kan hiervan geen sprake zijn, omdat de zorgaanbieder

daarmee zou handelen in strijd met zijn professionele standaard. Zoals ook de Commissie Klazinga onderschrijft dienen artsen en zorginstellingen zich primair te richten op medisch zorginhoudelijke aspecten en niet op financiële regelingen.

De leden van de SGP- en ChristenUnie-fractie vragen of de regering de zorgen deelt dat door het inbouwen van financiële drempels, de hulpvraag wordt uitgesteld en dat het gevolg zal zijn dat er daardoor een groter beroep zal worden gedaan op de duurdere tweedelijnszorg.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn bovenstaande antwoord op de vraag van de leden van de GroenLinks-fractie naar de reactie van de regering op de bezwaren tegen het voorliggende wetsvoorstel zoals die naar voren worden gebracht door de LHV.

De leden van de SGP- en ChristenUnie-fractie vragen of er met de zorgverlening aan deze doelgroep extra tijd per behandeling nodig is en zo ja, wat dit voor gevolgen heeft, met name voor de huisartsen.

Mij is niet bekend of er voor deze doelgroep extra tijd per behandeling nodig is. Dat zal van geval tot geval verschillen, net als dat van geval tot geval verschilt voor verzekerden. In het algemeen geldt dat huisartsen een apart (hoger) tarief hanteren voor een consult langer dan 20 minuten. Als de zorgverlening aan een illegaal extra tijd kost, kan een huisarts het hogere tarief in rekening brengen.

Administratieve lasten

De leden van de CDA-fractie vragen of het de regering bekend is hoe Actal de onwaarschijnlijk lage kosten voor administratieve handelingen door zorgaanbieders heeft berekend.

Ik merk hierbij op dat de administratieve lasten niet door Actal worden berekend. Actal toetst aan de hand van een aantal criteria of het beleidsverantwoordelijke departement de effecten voor administratieve lasten goed in beeld heeft gebracht. Omdat Actal akkoord was met de wijze waarop de effecten in beeld zijn gebracht is dit wetsvoorstel door Actal als hamerstuk afgehandeld.

Verder merk ik op dat de kosten voor administratieve handelingen in het kader van dit wetsvoorstel niet onwaarschijnlijk laag zijn, maar wel zeer gering.

Voor eerstelijnszorgaanbieders, uitgezonderd apotheken, wordt dezelfde werkwijze gehanteerd als in de thans bestaande situatie van de Regeling Stichting Koppeling. Hier is geen sprake van een toename van de administratieve lasten.

Zoals aangegeven in de memorie van toelichting zullen de administratieve lasten voor de aanbieders van niet direct toegankelijke zorg beperkt toenemen. Deze zorgaanbieders zullen een businesscase moeten maken voor het sluiten van een contract. Het CVZ zal daarbij zoveel mogelijk gebruik maken van reeds bestaande documenten en protocollen en zaken die in het kader van de administratieve organisatie reeds voorhanden zijn.

De leden van de fracties van SGP en ChristenUnie vragen de minister een indicatie te geven wat de voorgestelde regeling voor negatieve gevolgen heeft voor de administratiekostendruk.

In totaal gaat het de facto om een toename van de administratieve lasten van macro ca. € 50 000. Er is weliswaar sprake van een beperkte toename van administratieve lasten, maar gezien het totaal voor de regeling

beschikbare budget (€ 44,2 miljoen), wordt dit aanvaardbaar en proportioneel geacht.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen de regering naar haar opvatting over de bezwaren tegen het voorliggende wetsvoorstel, zoals die naar voren worden gebracht door de LHV, dat huisartsen als gevolg van de 20%-regeling werken met dubbele declaraties (aan het fonds en aan de patiënt) en dat dit leidt tot extra administratieve lasten.

De LHV geeft aan dat er twee declaraties ingediend zullen moeten worden: één aan het CVZ en één aan de patiënt en zij geven aan dat hierdoor de administratieve lastendruk toeneemt. Dit is niet juist. Ook in de huidige situatie is de illegaal zelf verantwoordelijk voor het betalen van gemaakte zorgkosten en moeten zorgaanbieders de kosten in eerste instantie verhalen op de illegaal. Bij het indienen van de declaratie bij de Stichting Koppeling tekenen zorgaanbieders ervoor dat zij inspanningen hebben gedaan om kosten op de illegaal te verhalen. Uit brieven van zorgaanbieders komt echter een beeld naar voren waaruit de indruk kan ontstaan dat het verhalen van de kosten op de illegaal nu niet altijd plaatsvindt. Als de zorgaanbieders geen inspanningen verrichten en toch declareren, gaan zij niet zuiver met de regeling om. Voor huisartsen die in de huidige situatie de kosten wel in eerste instantie verhalen op de illegaal is er geen wijziging in de administratieve lastendruk.

Minderjarigen

De leden van de CDA-fractie vragen of het niet logisch is voor minderjarige patiënten, zoals bedoeld in dit wetsontwerp, geen enkele drempel op te werpen in het kader van toegang van de zorg.

De regering is van mening dat dit wetsvoorstel geen drempel opwerpt in de toegankelijkheid van de zorg. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om zorgvuldig af te wegen of er in een specifiek geval sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Dit staat los van de vraag of hij daarvoor al dan niet een volledige vergoeding kan krijgen. Dit wetsvoorstel verandert hier niets aan.

AWBZ-verzekering en Zvw-verzekeringsplicht

De rechter heeft ten aanzien van de AWBZ een uitspraak gedaan dat een illegaal opgenomen moest worden in een AWBZ-instelling. De leden van de VVD-fractie vragen de regering hoe zij denkt deze uitspraak wettelijk te «repareren», zodat dit in de toekomst niet meer voor komt.

Ik merk allereerst op dat het in de rechterlijke uitspraak waar de leden van de VVD-fractie op doelen, niet ging over de vergoeding van zorg. In dit geval had het zorgkantoor geen beslissing genomen op de aanvraag van betrokkene om te worden opgenomen in een AWBZ-instelling. De rechter heeft daarop aangegeven dat de geïndiceerde AWBZ-zorg in dit specifieke geval gegeven moest worden. Wettelijk repareren van het niet nemen van een beslissing door een zorgkantoor is niet aan de orde. Bovendien is de regering van mening dat niemand in Nederland medisch noodzakelijke zorg mag worden onthouden. Dat geldt ook voor AWBZ-zorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook naar toekomstige verwijzingen in de Zorgverzekeringswet. In de huidige systematiek hebben veranderingen in wat tot de verzekerde zorg behoort, direct gevolgen voor de zorg die vanuit het fonds wordt vergoed. Kan de regering toezeggen dat zij bij toekomstige wijzigingen in het zorgverzekeringspakket aangeeft welke problemen hierdoor ontstaan in de verlening van medisch noodzakelijke

zorg aan de illegaal verblijvende vreemdelingen, alsmede hoe deze problemen zullen worden opgelost.

In het wetsvoorstel wordt geregeld dat zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen aan in betalingsonmacht verkerende illegalen. Zoals in het voorstel staat wordt onder die zorg verstaan zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zvw of in artikel 6 van de AWBZ, met uitzondering van bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van zorg of diensten. Dit overigens voor zover de zorgaanbieder dit gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling medisch noodzakelijk acht. De regering acht het onwenselijk dat voor personen die in geen enkel land bijdragen aan de solidariteit en bovendien niet rechtmatig in ons land verblijven, een ruimere invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg zou gelden dan voor personen die wel bijdragen aan de solidariteit en wel rechtmatig verblijven. Om die reden volgt het wetsvoorstel het AWBZ- of Zvw-pakket.

Het CVZ gaat contracten afsluiten met zorginstellingen voor de planbare zorg. De leden van de SP-fractie vragen de regering welke soort zorginstellingen hieronder vallen. Zij vragen of deze alle zorg moeten leveren die onder de Zvw of de AWBZ vallen of zijn contracten ook mogelijk voor gedeelten van de zorg.

CVZ gaat contracten afsluiten met zorgaanbieders en zorginstellingen die niet direct toegankelijke zorg leveren. De zorgaanbieders en zorginstellingen die deze zorg leveren zijn onder andere ziekenhuizen, apotheken, verpleeghuizen, GGZ-instellingen en ambulancediensten voor zover het ritten betreft waarvoor afspraken kunnen worden gemaakt. Deze zorgaanbieders en zorginstellingen leveren de zorg die zij gebruikelijk leveren en dus niet per definitie alle zorg die onder de Zvw en AWBZ valt. Dat zou niet logisch zijn.

De leden van de SP-fractie vragen of privé-klinieken ook in aanmerking kunnen komen voor contracten.

Wat betreft Zvw-zorg kunnen contracten ook met privé-klinieken worden gesloten. Privé-klinieken leveren ook Zvw-zorg aan verzekerden. AWBZ-instellingen dienen een toelating te hebben op grond van de Wet toelating zorginstellingen. CVZ kan contracteren als die toelating er is.

Verder vragen de leden van de SP-fractie of er al een overzicht bestaat van beoogde te contracteren zorginstellingen. Ook zijn vraagtekens gezet bij de beschikbaarheid en spreiding van farmaceutische zorg. Zij vragen of de regering nog voornemens is normen/ randvoorwaarden voor de spreiding op te stellen of dat het CVZ dat zelf mag doen. Zij vragen of de IGZ ook nog een functie heeft in deze materie.

Wat betreft de spreiding van de zorg heb ik al eerder bij de beantwoording van de vraag van de leden van de CDA-fractie over dit zelfde onderwerp opgemerkt dat ik informatie over een analyse van de contracten (motie-Smilde c.s.) zal toezenden als onderdeel van de jaarlijkse VWS-verzekerdenmonitor.

Wat betreft de normen voor de spreiding geldt voor de zorg voor illegalen niets anders dan voor de zorg voor verzekerden. Voor verzekerden zijn er momenteel geen normen over spreiding van farmaceutische zorg. De regering of het CVZ zullen dergelijke normen in het kader van de zorg voor illegalen ook niet opstellen. Ik merk op dat de IGZ geen normstellende rol heeft.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke wijze de gecontracteerde zorgaanbieders zullen worden geselecteerd en in hoeverre daarbij wordt gegarandeerd dat er ook sprake is van een voldoende spreiding, zowel in geografische zin als naar de benodigde medische disciplines.

Het CVZ zal de contracten voor instellingen voor niet direct toegankelijke zorg voor zover nodig aanbesteden. In contracten kan het CVZ bedingen dat het nodige wordt gedaan om zeker te stellen dat alleen aan illegalen verleende medische noodzakelijke zorg, en dus niet aan verzekerbare onverzekerden verleende zorg, in rekening wordt gebracht. Gedacht wordt aan afspraken met de zorginstellingen dat alles in het werk gesteld zal worden om voorliggende voorzieningen te gebruiken en waar mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige patiënten te verzekeren. Er zijn ziekenhuizen die daarvoor nu al goede protocollen en werkwijzen hebben opgesteld. Tevens wordt op deze wijze bevorderd dat deze instellingen het begrip «medisch noodzakelijke zorg» uitleggen op de hiervoor beschreven wijze.

Verder kan het CVZ in de contracten afspraken maken dat de desbetreffende zorg in rekening kan worden gebracht als een verwijzing, recept of indicatie daarvoor aanwezig is.

Het is logisch dat het CVZ alleen die zorgaanbieders zal contracteren, waarvan met zekerheid is vastgesteld dat zij op deze wijze werken.

Wat betreft de vraag over de spreiding van de zorg, verwijs ik naar bovenstaand antwoord op de vraag van de leden van SP-fractie over hetzelfde onderwerp.

Kinderen

De leden van de SP-fractie geven aan dat ik heb toegezegd (zie ook Kamerstuk 31249, nr. 32) dat ik samen met de ministers voor Jeugd en Gezin en van Justitie de situatie van kinderen van illegalen die met een kinderbeschermingsmaatregel in een AWBZ instelling verblijven, zal bekijken. De leden van de SP-fractie willen weten of dat al is gebeurd en wat de uitkomsten van dit overleg zijn.

Bij de plenaire behandeling in de Tweede Kamer van het voorliggende wetsvoorstel heeft mevrouw Van Gent van GroenLinks in de eerste termijn verwezen naar een brief aan de Tweede Kamer van Defence for Children, Pharos, LOS en de William Schrikker Groep van 26 maart 2008. Bij de plenaire behandeling in de tweede termijn heeft mevrouw Arib van de PvdA-fractie herinnerd aan de vraag over deze kwetsbare groep en een motie¹ ingediend. Zoals u zult weten is deze motie aangenomen. In de motie wordt de regering verzocht de Tweede Kamer voor 1 juli 2008 te laten weten op welke wijze er voor gezorgd zal worden dat illegale kinderen met een kinderbeschermingsmaatregel in alle door de AWBZ gefinancierde behandelcentra behandeld kunnen worden. In de motie wordt aangegeven dat door te beperkt contracteren van instellingen in het kader van wetsvoorstel 31 249 de toegang tot AWBZ-zorg voor deze kinderen te zeer beperkt wordt.

Hierop heb ik de Tweede Kamer bij brief van 30 mei 2008² laten weten dat de IGZ meldingen van problemen met toegankelijkheid van de zorg altijd onderzoekt. Betreffende de toegang tot gezondheidszorg voor illegalen heb ik bij brief van 28 april 2008³ de Kamer een notitie van de IGZ toegezonden met resultaten van een verkennend onderzoek daarover. De inspectie heeft geconcludeerd dat er momenteel geen structureel probleem is met de toegang voor illegalen tot medisch noodzakelijke zorg en dat een uitgebreid onderzoek niet nodig is. Voorts concludeert de IGZ dat het niet nodig is om in zijn algemeenheid nog verder onderzoek te doen. De IGZ merkt op dat zij alert zal blijven op meldingen op dit terrein

¹ Kamerstukken II 2007/08, 31 249, nr. 26.

² Kamerstukken II 2007/08, 31 249, nr. 32.

³ Kamerstukken II 2007/08, 31 249, nr. 31.

en deze ook grondig zal onderzoeken. Ook ik hecht eraan dat hier blijvend op wordt toegezien. Ik heb de organisaties die de Tweede Kamer voor de in motie 31 249, nr. 26 gemelde problematiek de aandacht hebben gevraagd, verzocht berichten over concrete problemen bij de toegang tot de betreffende zorg voor de groep illegale jeugdigen met een kindbeschermingsmaatregel te melden aan de IGZ. De IGZ zal deze dan onderzoeken.

Naar aanleiding van een brief van de MO Groep aan de Minister voor Jeugd en Gezin over deze problematiek heb ik ook deze organisatie verzocht problemen met de toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor illegale kinderen te melden bij de IGZ.

Zoals u weet, moet medisch noodzakelijke zorg altijd worden verleend, ook aan illegaal verblijvende kinderen. Als een illegaal verblijvend kind AWBZ-zorg nodig heeft mag een AWBZ-instelling dat kind de noodzakelijke zorg dus niet weigeren. Omdat een illegaal verblijvend kind niet AWBZ-verzekerd is, kan die zorg dan natuurlijk niet ten laste van de AWBZ worden gebracht. Het probleem is dan dus de betaling van die zorg. Over de oplossing van deze problematiek is nog onderling overleg gaande tussen de Minister voor Jeugd en Gezin, de Staatssecretaris van Justitie en mij.

Thans kan voor illegale jeugdigen met een kindbeschermingsmaatregel een verblijfsvergunning worden aangevraagd wegens bijzondere individuele omstandigheden (aanvraag om verlening van een verblijfsvergunning als genoemd in artikel 3.4, derde lid Vreemdelingenbesluit 2000). Dergelijke aanvragen zullen individueel worden beoordeeld en zullen niet in alle gevallen tot het verlenen van een verblijfsvergunning leiden. Momenteel wordt bezien of een beleidskader kan worden opgesteld voor de toelating van minderjarige vreemdelingen met een kindbeschermingsmaatregel en hun gezinsleden. Daarmee zal meer duidelijkheid kunnen worden geboden omtrent de voorwaarden die in dit verband aan het toestaan van verblijf worden verbonden.

De verlening van een verblijfsvergunning als hiervoor genoemd zou ertoe leiden dat de minderjarige rechtmatig verblijf houdt in Nederland, op grond waarvan het desbetreffende kind AWBZ-verzekerd en dus Zvw-plichtig is. De vergoeding van AWBZ en Zvw-zorg kan dan plaatsvinden ten laste van deze verzekeringen. Met de vergunningverlening is in dat geval derhalve het probleem van de vergoeding van kosten van medische zorg voor deze kinderen opgelost.

De Staatssecretaris van Justitie heeft aangegeven te willen onderzoeken of voor de periode gedurende welke nog geen vergunning tot verblijf is verstrekt maar waarin de minderjarige vreemdeling rechtmatig verblijf heeft op grond van artikel 8, onder f, Vreemdelingenwet 2000 (tijdens procedure aanvraag om een verblijfsvergunning) een oplossing kan worden gevonden voor de geconstateerde verzekeringsproblematiek. Van de uitkomsten daarvan zal de Staatssecretaris van Justitie u op de hoogte stellen.

Europese regelgeving

De leden van de VVD-fractie geven aan dat in de Raadsvergadering van de Europese Unie te Brussel op 5-6 december 2007 «Werkgelegenheid, Sociaal beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken» wordt gesteld dat de bestrijding van illegale arbeid van onderdanen van derde landen zeer belangrijk is, en afschrikwekkende sancties kunnen hiertoe bijdragen (persmededeling 5.-6.XII.2007). De leden van de VVD-fractie constateren dat het onderhavige wetsvoorstel haaks staat op het hierboven genoemde beleid van de EU. Deze leden vernemen graag de visie van de regering hieromtrent.

Ik deel niet de mening van de VVD-fractie dat dit wetsvoorstel haaks zou staan op het genoemde beleid van de EU. Ik merk op dat dit wetsvoorstel geen wijziging brengt in de rechten en plichten van de illegaal. In Nederland wordt niemand medisch noodzakelijke zorg onthouden, ook als men niet over financiële middelen beschikt om de kosten daarvan te betalen. Uitgangspunt blijft dat de illegaal de kosten van aan hem verleende zorg zelf betaalt. Als de zorgaanbieder toch met oninbare vorderingen blijft zitten, geeft dit wetsvoorstel hem de mogelijkheid een bijdrage te vragen. De structuur voor de financiering van zorgverlening aan illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen zoals in dit wetsvoorstel is neergelegd, strookt met internationale verdragen inzake het verlenen van medische bijstand die door Nederland zijn geratificeerd. In dit verband zijn onder meer van belang het Europees Sociaal Handvest (herzien) en het VN-Verdrag inzake de rechten van het kind. Overigens merk ik op dat, zoals ik reeds meldde in de nota naar aanleiding van het verslag van voorliggend wetsvoorstel (Kamerstukken II 2007/08, 31 249, nr. 7, blz. 4), in het kader van de Europese Unie tevens raadsconclusies zijn aangenomen over Gezondheid en migratie in de EU. Daarin worden de lidstaten onder meer uitgenodigd om aandacht te hebben voor de gezondheid van migranten en toegang tot medische zorg te faciliteren. Deze raadsconclusies hebben ook betrekking op illegale migranten.

Aanbesteding

De zorg wordt licht aanbesteed. De leden van de SP-fractie vragen wat de betekenis is van deze term in het kader van zorg aanbesteden.

Voor de aan te besteden opdrachten in het kader van het wetsvoorstel illegalen (voor ziekenhuizen, AWBZ-instellingen, apotheken en regionaal aangewezen instellingen) geldt dat de Europese verdragsbeginselen over de aanbestedingsplicht niet van toepassing zijn, waardoor er niet hoeft te worden aanbesteed. Ik hecht echter grote waarde aan transparantie bij het contracteren. Om deze reden zal het CVZ een vereenvoudigde vorm van aanbesteding hanteren.

Aanbesteding brengt hoe dan ook extra werk mee voor zorginstellingen die het overigens ook al steeds drukker krijgen met onderhandelen over een groter wordend DBC-segment. Hoe verhouden deze laatst genoemde onderhandelingen zich tot de onderhandelingen van zorgverzekeraars over segmenten van de DBC-markt en tot die van het CVZ over de zorg aan illegalen, zo vragen de leden van de SP-fractie. De leden van de SP-fractie vragen wat de strategie wordt als zorginstellingen helemaal geen zin hebben in een extra onderhandelings-traject.

De winst voor een zorgaanbieder die een contract sluit, is er in gelegen dat hij er zeker van is dat hij een bijdrage ontvangt voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen. Die bijdrage kan wellicht hoger zijn dan wanneer de zorgaanbieder geen contract heeft gesloten. Ik acht het om deze reden dan ook niet waarschijnlijk dat er in het geheel geen animo zal zijn voor het sluiten van een contract met het CVZ. Ik heb al signalen dat er zorgaanbieders zijn die een contract willen sluiten. Wellicht ten overvloede merk ik nogmaals op dat er weliswaar sprake is van een beperkte toename van administratieve lasten, maar dat dit gezien het totaal voor de regeling beschikbare budget, aanvaardbaar en proportioneel wordt geacht.

Is het CVZ overigens in staat deze aanbestedingen correct te begeleiden en te beoordelen, zo vragen de leden van de SP-fractie voorts.

Ik heb geen reden om aan te nemen dat het CVZ de aanbestedingen niet correct zou kunnen begeleiden en beoordelen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is tussen de minister en het CVZ in deze materie. Kan de minister het CVZ een aanwijzing geven, zo vragen deze leden.

CVZ zal onder de werking van de Kaderwet zelfstandig bestuursorganen (Stb. 2006, 587) komen te vallen, waardoor ook de in deze wet opgenomen regels van toezicht en sturing op het CVZ van toepassing zullen zijn. Dit betekent dat ik beleidsregels kan vaststellen met betrekking tot de taakuitoefening van het CVZ indien de ministeriële verantwoordelijkheid daarom vraagt. Overigens verwacht ik niet dat dit nodig zal zijn omdat er regelmatig op ambtelijk niveau contact is over de uitvoering van het wetsvoorstel, waaronder de aanbesteding.

De leden van de SP-fractie vragen of zorginstellingen in beroep kunnen gaan tegen een beslissing van het CVZ.

Bezwaar en beroep

De leden van de SP-fractie vragen voorts of een zorgaanbieder in beroep kan gaan tegen een beslissing van het CVZ en of een illegaal dat kan.

Zorgaanbieders en zorginstellingen die het niet eens zijn met de bijdrage die het CVZ hen verstrekt voor de zorg die zij aan illegalen hebben gegeven, kunnen daartegen in rechte opkomen. Aangezien het CVZ een bestuursorgaan is, is de rechtsbescherming bestuursrechtelijk. Als bevoegde bestuursrechter zou in het wetsvoorstel in principe de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State, de Centrale Raad van Beroep (CRvB) of het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) aangewezen kunnen worden. Met het oog op de eenvoud voor de zorgaanbieders is gekozen voor de laatste. Immers, het CBB is ook de bestuursrechter waar een zorgaanbieder naartoe moet als hij het met een beschikking van de Nederlandse zorgautoriteit niet eens is.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink