
Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 99

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2006

Met deze brief wil ik u informeren over actuele ontwikkelingen in verband met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

1. Inleiding

In deze zevende voortgangsrapportage komen de volgende onderwerpen aan de orde:

2. Onverzekerden en wanbetalers
 - 2.1 Aantallen onverzekerden
 - 2.2 Aanpak wanbetalers
 - 2.3 Voorlichting 1 mei
3. Uitvoering buitenland
 - 3.1 Gezinsleden van werknemers internationale organisaties
 - 3.2 Werkzaamheden CVZ ten behoeve van verdragsgerechtigden
 - 3.3 FPU- en UKW-uitkeringen
4. Overige onderwerpen
 - 4.1 Bevindingen DNB (solvabiliteit) en CTZ (collectieve contracten)
 - 4.2 Invloed verzekerden op het bestuur
 - 4.3 Verzekeringspositie mensen met een machtiging tot voorlopig verblijf
 - 4.4 Goedkeuring addendum CBP
 - 4.5 Automatisch verrekenen zorgtoeslag met eigen bijdrage AWBZ
 - 4.6 Uitvoering Wet op de zorgtoeslag
 - 4.7 Inkomensafhankelijke bijdrage zorgverlener uit PGB-budget
 - 4.8 Uitvoering risicoverevening (moties Omtzigt)
 - 4.9 Bespreken mogelijkheden verdrag met de Antillen
 - 4.10 Declaratieverkeer huisartsen en ziekenhuizen
 - 4.11 Inkomensafhankelijke bijdrage zeevarenden
 - 4.12 Afhandeling geschillen door geschillencommissie

2. Onverzekerden en wanbetalers

Ik wil u nader informeren over twee zaken rondom onverzekerden, te weten de verzekerdenaantallen en de mogelijkheden die ik in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en afzonderlijke zorgverzekeraars heb verkend om het aantal onverzekerden zo beperkt mogelijk te houden. Dit conform mijn toezegging tijdens het algemeen overleg Zorgverzekeringswet (Zvw) van 27 april jongstleden.

2.1 Aantallen onverzekerden

Ik heb het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verzocht het aantal onverzekerden te monitoren. Het CBS zal dat gaan doen aan de hand van gegevens van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). Deze gegevens worden naast gegevens van het verzekerdenbestand gelegd. Het monitoren van het aantal onverzekerden lijkt op het eerste gezicht wellicht simpel: het zijn personen die wél in de GBA zitten, maar niet in het verzekerdenbestand. In werkelijkheid is er een aantal complicerende factoren met name in de vorm van bijzondere groepen (militairen, grensarbeiders, asielzoekers enzovoort). Daarnaast is er, hoewel de zorgverzekeraars de inschrijving van verzekerden op orde hebben, sprake van administratieve achterstanden bij sommige zorgverzekeraars, waardoor personen die wél verzekerd zijn, nog niet allemaal in het totale aantal geregisteerde verzekerden zijn inbegrepen.

Het CBS heeft aangegeven voor 1 juli een voorlopig cijfer op basis van een grove meetmethode, en voor 1 november een definitief cijfer op basis van een verfijndere meetmethode te kunnen geven. De te verwachten onzekerheidsmarges in de voorlopige cijfers zullen nog erg groot zijn.

Ik heb u toegezegd om vooruitlopend op de voorlopige CBS-cijfers een nog voorlopiger beeld te geven aan de hand van gegevens die afkomstig zijn van de zorgverzekeraars.

De voorlopige gegevens die op dit moment beschikbaar zijn, berusten bij het CBS, het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Vektis (het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche). Van die zijde wordt zeer sterk benadrukt dat de voorlopige cijfers met zeer grote onzekerheidsmarges zijn omgeven. Het gaat dan om de volgende factoren:

- Het aantal geregistreerde verzekerden is nog incompleet, omdat de gegevens van enkele verzekeraars en tussenpersonen nog ontbreken. Het gaat daarbij om ongeveer 1 miljoen verzekerden.
- Er zijn (een onbekend aantal) personen waar nog geen sofinummer van bekend is en dat nog achterhaald dient te worden. Verzekerden zonder sofinummer zijn nog niet in deze cijfers opgenomen.
- Verder komt er nog een aantal dubbelingen voor, wellicht circa 150 000.
- Ten slotte is een aantal uitzonderingsgroepen niet in de verzekerden-cijfers opgenomen (maar wel in de GBA). Het betreft voornamelijk militairen en gemoedsbezwaarden.

Het voorgaande moge ten overvloede illustreren dat grote behoedzaamheid op zijn plaats is, en dat een schatting van een mogelijk aantal onverzekerden thans met grote onzekerheden is omgeven. Gelet op de grote nadruk waarmee de Kamer mij heeft gevraagd om een voorlopig beeld te geven, voldoe ik aan dat verzoek.

Het totale aantal door zorgverzekeraars geregistreerde verzekerden (op basis van het sofinummer) bedroeg per 1 juni 2006 een kleine 15 miljoen, dat naar verwachting zal oplopen tot circa 16 miljoen als alle verzekeraars hebben aangeleverd. In de GBA zijn per 1 april 2006 16,3 miljoen personen opgenomen. Voor de conclusie dat er 16,3 mln minus 16 mln = circa 300 000 onverzekerden zijn, bestaat op dit moment echter onvoldoende feitelijke onderbouwing.

Ik wil daarom benadrukken dat aan deze cijfers geen definitieve conclusies kunnen worden verbonden. Zij geven geen indicatie van een mutatie in de onverzekerdenaantallen sinds de invoering van de Zvw.

2.2 Aanpak wanbetalers

Het uitgangspunt van de Zvw is dat iedere verzekeringsplichtige zich dient te verzekeren binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht. De wettelijke verankering van de acceptatieplicht voor verzekeraars maakt dit ook eenvoudig mogelijk. In beginsel heeft iedere verzekeringsplichtige een inkomen (en waar nodig recht op zorgtoeslag) dat structureel de financiële mogelijkheid biedt om de premie van de zorgverzekering te kunnen betalen. Het blijft natuurlijk mogelijk dat een verzekerde niet voldoet aan zijn betalingsverplichting (wanbetaler) voor de zorgverzekering. Indien een verzekeraar zou besluiten deze wanbetaler te royeren, zou de betreffende persoon onverzekerd raken.

Ik wil nog opmerken dat het probleem van wanbetaling en/of het ten gevolge van wanbetaling onverzekerd raken, naar verwachting kleiner wordt naarmate de overige in het kader van de onverzekerdenproblematiek getroffen maatregelen beter werken. Ik noem in dit verband de collectieve contracten voor bijstandsgerechtigden en overige sociale minima en de signalering van betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden.

Om de onverzekerdenproblematiek zo klein mogelijk te houden en om het «rondpompen» van wanbetalers te voorkomen, heb ik overleg gevoerd met de zorgverzekeraars. Het overleg was erop gericht om afspraken te maken over een te volgen «wanbetalerstraject», waarin verzekerden die (tijdelijk) niet kunnen betalen de gelegenheid en een redelijke termijn

krijgen om alsnog aan hun betalingsverplichtingen te voldoen, en degenen die niet willen betalen met in zwaarte oplopende sancties worden geconfronteerd naarmate hun betalingsachterstand langer aanhoudt. Met ZN heb ik overeenstemming bereikt over de hoofdlijnen van een «wanbetalerstraject» dat er als volgt uit ziet:

- a) De wanbetaler blijft verzekerd. In de eerste zes maanden van wanbetaling voert de verzekeraar het reguliere incassotraject. Daarbij wordt aangetekend dat enige tijd verstrijkt, voordat zich een duidelijk patroon van wanbetaling aftekent en de invorderingsmaatregelen daarop kunnen worden afgestemd.
- b) Ook indien na zes maanden blijkt dat de verzekerde nog steeds zijn betalingsverplichtingen niet nakomt, blijft de wanbetaler verzekerd bij de verkozen zorgverzekeraar, en kan hij de aanspraken die voortvloeien uit de zorgverzekering ten volle effectueren. Wel wordt hij na deze zes maanden onder een verzaamd incassoregime van zijn verzekeraar geplaatst. De verzekerde blijft dezelfde polis houden. Het recht op dekking en daarmee het recht op aanspraken blijft bestaan. Het verzaarde regime waaraan de verzekerde wordt onderworpen houdt in dat de wanbetaler steviger achter de broek aan wordt gezeten. De wanbetaler wordt vaker nagebeld met het verzoek zijn achterstallige premie te voldoen, er zal sneller een deurwaarder worden ingeschakeld en er zullen extra incassokosten in rekening worden gebracht. Het is goed denkbaar dat verzekeraars onderling gaan samenwerken op het incassobeleid. Een dergelijk samenwerkingsverband zal dan louter administratieve diensten verrichten ten behoeve van de individuele zorgverzekeraars, het zal niet treden in de rechten en plichten van de zorgverzekeraar en ook niet zelfstandig als zorgverzekeraar fungeren.
- c) Ik zal een voorstel doen om wettelijk te regelen dat een wanbetaler die onder het verzaarde regime is geplaatst pas weer mag switchen naar een andere zorgverzekeraar als hij aan zijn achterstallige verplichtingen heeft voldaan. Zodra de verzekerde zijn schuld heeft ingelost, staat het de verzekerde vrij om te switchen naar een zorgverzekeraar van zijn keuze. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten. De verzekerde wordt gestimuleerd om aan zijn betalingsverplichting te voldoen, en de verzekeraar wordt geprikkeld wanbetalersproblematiek daadwerkelijk zelf aan te pakken en niet de wanbetaler door te schuiven naar een andere zorgverzekeraar.
- d) Indien er ten slotte ondanks alle intensieve begeleiding en ondanks het verzaarde regime toch nog verzekerden zijn die niet aan hun betalingsverplichtingen voldoen, dan zal uiteindelijk alsnog opschorting van de dekking (analoog aan de voormalige Ziekenfondswet) en uiteindelijk roeyement kunnen volgen (Burgerlijk Wetboek).

Ik wil de geschetste aanpak de komende maanden in overleg met ZN verder uitwerken.

Bij het bepalen van de vereveningsbijdrage wordt betrokken dat een verzekeraar zelf inkomsten genereert door de heffing van de nominale premie. Indien er sprake is van wanbetaling mist de verzekeraar deze inkomsten. Ik ben bereid de verzekeraars tegemoet te komen in de gederfde premie-inkomsten als gevolg van wanbetaling die langer dan zes maanden voortduurt, door hiermee rekening te houden bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Met deze afspraken wordt gewaarborgd dat mensen die bereid zijn en blijven om hun premie te betalen (al dan niet via betalingsafspraken), verzekerd zijn en blijven van dekking. Tegelijkertijd worden zij door hun zorgverzekeraar maximaal aangespoord om aan hun betalingsverplichtingen te voldoen. Door de gekozen constructie lijkt de instelling

van een afzonderlijk waarborgfonds ter bestrijding van de kosten van medische zorg die aan onverzekerden is verleend, niet meer opportuun.

2.3 Voorlichting 1 mei

Tijdens de plenaire behandeling van de Invoerings- en aanpassingswet Zvw in de Eerste Kamer op 27 september 2005 is onder meer gesproken over het zo veel mogelijk beperken van het aantal onverzekerden bij de overgang naar het nieuwe stelsel. Daarbij kwam ook de situatie aan de orde dat mensen vóór 1 maart hun verzekering opzeggen, maar vervolgens kunnen vergeten om vóór 1 mei een nieuwe verzekering af te sluiten. Ik heb toen gemeld in de voorlichting expliciet aandacht aan deze groep te zullen geven.

In alle communicatie-uitingen (overigens vanaf de campagnestart in juli 2005) is de datum 1 mei steeds genoemd met daaraan gekoppeld de boodschap «zorg dat u uiterlijk 1 mei verzekerd bent». Die boodschap is, naarmate deze datum dichterbij kwam, steeds steviger neergezet. Zowel op de website www.denieuwezorgverzekering.nl, als in de huis-aan-huispagina's die zijn verschenen in de maanden maart en april, zijn artikelen geplaatst die specifiek aandacht aan dit onderwerp hebben besteed. Ook is er in de maand april een advertentie in de landelijke en regionale dagbladen geplaatst en een radiospot uitgezonden met de boodschap «zorg dat u verzekerd bent».

Al met al is, zowel gelet op de naar verwachting beperkte omvang van deze groep, als op de communicatiecampagne, de kans geminimaliseerd dat mensen uit deze groep niet bereikt zijn.

3. Uitvoering buitenland

3.1 Gezinsleden van werknemers internationale organisaties

Tijdens het algemeen overleg over de voortgang van de Zvw op 27 april heb ik toegezegd de Kamer van informatie te zullen voorzien over de Zvw-verzekering van gezinsleden van in Brunssum werkende NAVO-militairen. Voor in Nederland wonende gezinsleden van actieve militairen die bij de NAVO werken, houdt de zetelovereenkomst tussen de Nederlandse regering en de NAVO in, dat zij verzekerd zijn voor de volksverzekeringen, waaronder de AWBZ-verzekering. Dit betekent dat deze gezinsleden recht hebben op bijvoorbeeld AOW-opbouw en op AWBZ-verstrekingen. Verzekeringplichtig voor de Zvw is degene die AWBZ-verzekerd is (artikel 2 Zvw). Met de invoering van de Zvw is er derhalve verzekeringplicht voor die wet ontstaan voor deze gezinsleden. De internationale organisaties hebben, onder handhaving van de verzekering voor de overige volksverzekeringen, verzocht om een uitsluitingsmogelijkheid van de verzekeringplicht AWBZ/Zvw, omdat het personeel en de gezinsleden al zijn verzekerd tegen ziektekosten.

Met betrekking tot de verzekeringplicht ingevolge de Nederlandse volksverzekeringswetten stelt het kabinet zich op het uitgangspunt, dat die verzekeringplicht in beginsel geldt hetzij voor alle volksverzekeringswetten, hetzij voor geen van die wetten.

Het kabinet ziet geen aanleiding af te wijken van het geldende uitgangspunt, wanneer ten aanzien van deze personen een keuzemogelijkheid wordt geboden. De keuzemogelijkheid, waartoe het kabinet inmiddels heeft besloten, is beperkt tot verzekering voor alle volksverzekeringen, dan wel een algehele vrijstelling voor de volksverzekeringen. Voor een partiële vrijstelling (voor alleen de AWBZ/Zvw-verzekering) is naar het oordeel van het kabinet geen plaats.

De Raad van State heeft inmiddels positief geadviseerd op het voorstel tot wijziging van het Besluit uitbreiding en beperking kring van verzekerden volksverzekeringen 1999, inhoudende de mogelijkheid tot een vrijstelling

voor alle volksverzekeringen. De wijziging zal zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden.

3.2 Werkzaamheden CVZ ten behoeve van verdragsgerechtigden

Tijdens het algemeen overleg over de voortgang van de Zvw op 27 april heb ik toegezegd de Kamer schriftelijk te informeren over de stand van zaken bij de werkzaamheden die het CVZ verricht ten behoeve van verdragsgerechtigden.

Het CVZ heeft een aantal maatregelen genomen om de werkzaamheden te stroomlijnen. Voor een aantal veel voorkomende werkzaamheden wordt, met succes, in de contacten met belanghebbenden meer gebruik gemaakt van daarvoor ontwikkelde uniforme teksten, en worden meer werkzaamheden verricht door medewerkers van tweedelijns-callcenters. Het kwaliteitsaspect van het werken in bulk-hoeveelheden heeft meer aandacht gekregen.

Anderzijds zijn in tal van situaties individuele aspecten aan de orde die zich minder goed lenen voor gestandaardiseerde afdoening. De benodigde capaciteit voor het maken van instructies en het begeleiden van medewerkers ter plekke neemt daardoor toe.

Vanaf week 22 worden standaardbrieven verzonden en wordt ook e-mail op gestandaardiseerde wijze afgedaan. Alle uitgaande mailings worden door ervaren zaakbehandelaars gecontroleerd. Langs deze lijnen zal de verwerking van achterstallige taken zichtbaar worden bespoedigd en kan nieuwe instroom worden beperkt. Het CVZ heeft in de laatste 9 weken meer dan 105 000 formulieren, brieven en notities verwerkt en 10 000 poststukken verzonden. Verder zal ook de recente wijziging van tarieven op basis van de kosten in het woonland in de Regeling zorgverzekering, er naar verwachting toe bijdragen dat de verwerkingssnelheid kan toenemen.

Het CVZ heeft bij de aanpak mede de aandacht gericht op de instroom. Sinds een aantal weken is een formulier via de website aan de burger beschikbaar gesteld, die dat zelf kan invullen, printen en voorzien van alle benodigde gegevens kan insturen. Dit verhoogt de efficiency en vermindert het aantal handelingen bij de zaakbehandeling. Verder is het CVZ begonnen binnengekomen brieven in het voortraject te sorteren.

Omdat de instroom over deze weken nog groter was dan de uitstroom, is de werkvoorraad helaas niet gedaald, en zelfs nog wat toegenomen. De werkvoorraad is de som van alle ingekomen stukken die het CVZ moet behandelen, zoals bijvoorbeeld gegevensuitwisseling met andere instanties. Het kan daarbij gaan om meerdere stukken over dezelfde belanghebbende.

Het aantal te behandelen stukken (brieven, formulieren en e-mails) bedraagt circa 52 000. Het gaat daarbij om verschillende onderwerpen, waaronder bijna 10 000 brieven van en aan betrokkenen, zo'n 6 000 brieven van en aan andere Nederlandse instanties en ruim 1 000 brieven van en aan buitenlandse instanties, opgaven van mutaties en verzoeken om vrijstellingen (de getallen zijn gebaseerd op een opgave van de stand in week 19).

Zoals uit het voorgaande blijkt, is het inlopen van de achterstand van het CVZ, ondanks aanzienlijke inspanningen, een zaak van langere adem. Met het CVZ vindt periodiek overleg plaats over de ontwikkeling. Ik zal u in een volgende voortgangsrapportage informeren over de voortgang.

3.3 FPU- en UKW-uitkeringen

Op 24 april 2006 heb ik naar aanleiding van een vraag gesteld door de CDA-fractie over postactieve militairen met een UKW-uitkering en gepen-

sioneerde Nederlanders met een FPU-uitkering (vervroegd pensioen)¹ geantwoord dat deze uitkeringen niet vallen onder de materiële werkings-sfeer van de Europese sociale zekerheidsverordening. Het gevolg daarvan is dan, dat deze personen geen verdragsaanspraken hebben. Inmiddels heeft het CVZ zich bij gelegenheid van een aan hem door een uitvoerings-instantie voorgelegde interpretatievraag, op het standpunt gesteld dat een FPU-uitkering gelijkgesteld kan worden met een VUT-uitkering als genoemd in Bijlage VI bij het onderdeel inzake Nederland van de Euro-pese sociale zekerheidsverordening. Daarmee vallen ook degenen met een FPU-uitkering onder de bescherming van de verordening. Ik kan mij in deze zienswijze vinden en moet in dit opzicht mijn beantwoording op de gestelde vraag nuanceren.

Niet-actieve militairen met een UKW-uitkering van het Ministerie van Defensie die binnen de EU wonen (vooral in Duitsland en in België) hebben geen aanspraken op grond van de Europese socialezekerheids-verordening omdat de UKW-uitkering geen wettelijke socialezekerheids-uitkering is. Dit is mij al langere tijd bekend en ook met de Minister van Defensie besproken. Dit probleem zal met de invoering van de nieuwe Europese socialezekerheidsverordening worden opgelost. Voor de tussenliggende periode heeft de Minister van Defensie in het arbeidsvoorwaardenoverleg met de vakbonden afgesproken dat het percentage van het inkomen dat de in Nederland wonende UKW'ers ontvangen als bijdrage in de premie die zij voor de Zvw verschuldigd zijn, ook aan de in het buitenland wonende UKW'ers zal worden betaald als bijdrage in de door hen verschuldigde ziektekostenpremie. Bedeelde militairen krijgen bij de beëindiging van de SZVK-verzekering een aanbod van Zorgzaam, of hebben inmiddels een aanbod gekregen voor de voort-zetting van hun ziektekostenverzekering.

4. Overige onderwerpen

4.1 Bevindingen DNB (solvabiliteit) en CTZ (werking zorgverzekeringsmarkt)

Als verzekeraars scherp prijzen, moeten zij in staat blijven om hun finan-ciële verplichtingen na te komen. Dat mag niet in gevaar komen, bijvoor-beeld omdat de premies te laag zouden zijn. Daarbij wordt ook de omvang van de reserves beoordeeld. Sommige verzekeraars hebben inmiddels een voorziening moeten treffen om er zeker van te zijn dat door de premiestelling de solvabiliteit geen gevaar loopt. De Nederlandsche Bank (DNB) houdt hier scherp toezicht op.

DNB vraagt hiertoe kwartaalrapportages van zorgverzekeraars op. Uit de rapportages over het eerste kwartaal 2006 blijkt dat op groepsniveau de financiële positie van alle verzekeraars toereikend is.

Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) zal (in samenwer-king met CTG-Zaio, na inwerkingtreding van de Wmg NZa) periodiek een monitor uitbrengen over de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Hierin wordt een brede analyse van de werking van de zorgverzekeringsmarkt gegeven uit het oogpunt van de borging van de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Het CTZ verwacht later deze maand een eerste tussenrapportage gereed te hebben. Hierin zal onder andere aandacht worden besteed aan de werking van de markt voor collectieve contracten. Wanneer het rapport beschikbaar is, zal ik dat aan de beide Kamers aanbieden.

4.2 Invloed verzekerden op het bestuur

¹ Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 84.

Tijdens de plenaire behandeling van de Invoerings- en aanpassingswet

Zvw in de Eerste Kamer heb ik toegezegd te volgen of de invloed van verzekerden bevredigend wordt geregeld in de statuten van de zorgverzekeraar. Op grond van artikel 28 van de Zvw dienen de statuten aan een aantal eisen te voldoen, waaronder (artikel 28, eerste lid, onder b) het waarborgen van een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid. De NZa i.o. (thans nog het CTZ) ziet hierop toe. Het werkprogramma van de NZa i.o. voorziet in een najaar 2006/voorjaar 2007 uit te voeren onderzoek naar de wijze waarop de invloed van verzekerden op papier is geregeld en hoe het in de praktijk functioneert. Tot 1 januari 2006 golden de eisen van de Ziekenfondswet op het punt van de redelijke invloed van verzekerden op het bestuur van het ziekenfonds nog. Mede daardoor is het algemene beeld dat in de statuten van de verzekeringsmaatschappijen een regeling voor de invloed van verzekerden is opgenomen. Bij niet alle voormalig particuliere ziektekostenverzekeraars zal dat vermoedelijk het geval zijn. Zij moeten dus alsnog aan artikel 28 Zvw gaan voldoen. Of het noodzakelijk is op dit terrein nadere regels te stellen zal worden beoordeeld op basis van de hierboven genoemde onderzoeksrapportage van de NZa.

4.3 Verzekeringspositie mensen met een machtiging tot voorlopig verblijf

De heer Vendrik heeft tijdens het algemeen overleg over de Zvw op 14 december 2005¹ aangegeven dat buitenlanders in Nederland met een machtiging tot voorlopig verblijf (mvv), die een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend, onder de ziekenfondsverzekering meeverzekerd konden zijn met een ziekenfondsverzekerde partner. Hij heeft gevraagd hoe dit in het nieuwe systeem is. Ik heb aangegeven hierop schriftelijk terug te komen.

Met het inwerkingtreden van de Zvw is verplicht een zorgverzekering te sluiten degene die van rechtswege AWBZ-verzekerd is. Buitenlanders met een mvv (en mensen die zonder mvv Nederland mogen binnenkomen²) die een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend zijn niet AWBZ-verzekerd; zij zijn niet Zvw-plichtig en kunnen dus geen zorgverzekering sluiten³.

Zoals de heer Vendrik meldde, konden mvv'ers (en mensen die zonder mvv Nederland mogen binnenkomen) vóór de invoering van de Zvw als zij een ziekenfondsverzekerde partner hadden, meeverzekerd zijn. Mvv'ers die geen ziekenfondsverzekerde partner hadden waren voor het inwerkingtreden van de Zvw aangewezen op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt. Sinds de invoering van de Zvw zijn alle mensen die een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend aangewezen op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt. De periode dat dit nodig is beperkt zich tot de periode dat nog niet op de aanvraag voor een verblijfsvergunning is beslist. Gedurende die periode bestaat de mogelijkheid dat deze mensen een particuliere ziektekostenverzekering (niet zijnde een wettelijke zorgverzekering) sluiten.

Als er positief op de aanvraag wordt beslist en een verblijfsvergunning wordt verleend, dan is de desbetreffende vreemdeling, als hij aan de overige voorwaarden voor verzekering voor de volksverzekeringen voldoet, AWBZ-verzekerd en moet een zorgverzekeraar hem accepteren voor een zorgverzekering.

Na het algemeen overleg van 14 december 2005 hebben mij geen berichten bereikt van mvv'ers (en mensen die zonder mvv Nederland mogen binnenkomen) die problemen hebben ondervonden met medische zorg doordat zij met ingang van 1 januari 2006 niet langer meeverzekerd konden zijn in de ziekenfondsverzekering. Inmiddels is het juni 2006. Voor zover deze voormalig meeverzekerde ziekenfondsverzekerden een positieve beslissing hebben gekregen op hun aanvraag voor een verblijfsver-

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 65, blz 13.

² Niet iedere vreemdeling is verplicht in het land van herkomst een mvv aan te vragen. Vrijgesteld van het vereiste van een geldig mvv zijn onder andere gemeenschaps- onderdanen, mensen die in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning op grond van het Associatiebesluit 1/80 van de Associatieraad EEG/Turkije.

³ Het betreft mensen die een aanvraag hebben ingediend voor een verblijfsvergunning bepaalde tijd regulier of een verblijfsvergunning voor onbepaalde tijd regulier. Van AWBZ-verzekering zijn verder uitgesloten de groep vreemdelingen die een aanvraag hebben ingediend en in afwachting zijn van de beslissing op een verblijfsvergunning bepaalde tijd asiel of een verblijfsvergunning voor onbepaalde tijd asiel. Deze mensen vallen echter onder de ziektekostenregeling van Justitie die medische zorg overeenkomstig het Zvw-pakket en AWBZ-zorg voor deze groep regelt.

gunning, zijn zij verzekerd voor de AWBZ en verzekeringsplichtig voor de Zvw. Een aparte regeling voor deze groep acht ik niet nodig.

4.4 Goedkeuring addendum College bescherming persoonsgegevens

In de vijfde voortgangsrapportage Zvw¹ heb ik u nadere informatie in het vooruitzicht gesteld over de stand van zaken bij de goedkeuring van het addendum bij de bestaande gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen, alsmede het bijbehorende protocol materiële controle. Het College bescherming persoonsgegevens heeft het addendum en het protocol bij besluit van 27 april 2006 goedgekeurd. De goedkeuring is gepubliceerd in de Staatscourant² en geldig vanaf 4 mei 2006.

4.5 Automatisch verrekenen zorgtoeslag met eigen bijdrage AWBZ

In het algemeen overleg over de Zvw van 27 april 2006 heb ik in reactie op een vraag van mevrouw Kant toegezegd haar suggestie te bezien om de zorgtoeslag van mensen die langdurig opgenomen zijn, te verrekenen met de AWBZ-bijdrage, mede in het kader van de bestrijding van administratieve lasten.

Voor verrekening of automatische toekenning van de zorgtoeslag met de AWBZ-bijdrage is een voorwaarde, dat de Belastingdienst/Toeslagen weet welke mensen langdurig opgenomen zijn en een AWBZ-bijdrage betalen. Dat is echter niet het geval, en de ict-systemen zijn niet ingericht op automatische verstrekking voor een bepaalde groep mensen. Aanpassing van deze systemen zou enige jaren vergen. Overigens zijn de administratieve lasten veelal beperkt doordat op de aanvraagformulieren voor de zorgtoeslag benodigde gegevens voor het jaar 2006 al (in 2005) door de Belastingdienst/Toeslagen zijn ingevuld en naar de rechthebbenden zijn gezonden, en konden de meeste mensen volstaan met ondertekening en retournering. Voor de volgende jaren wordt de zorgtoeslag automatisch gecontinueerd (behoudens wijzigingen).

De verrekening van de zorgtoeslag met de AWBZ-bijdrage voor mensen die in een instelling verblijven is daarnaast niet goed mogelijk, omdat de zorgtoeslag en de eigen bijdrage door verschillende instanties worden uitgevoerd. De zorgtoeslag wordt uitgevoerd door de Belastingdienst/Toeslagen. De eigen bijdrage die verschuldigd is bij verblijf in een AWBZ-instelling wordt door de zorgkantoren uitgevoerd. Bovendien is het peiljaar dat bij de zorgtoeslag gehanteerd wordt, niet hetzelfde peiljaar als bij de eigen bijdrage AWBZ. Wat administratieve lasten betreft, voor mensen met een uitkering houdt de uitkeringsinstantie de eigen bijdrage geheel of ten dele (als er meer inkomensbronnen zijn waardoor een hogere eigen bijdrage geldt) op de uitkering in. In de gevallen dat broninhouding niet mogelijk is, bestaat de mogelijkheid van automatische incasso.

Het kabinet heeft ter uitvoering van het hoofdlijnenakkoord wel al besloten ook de AWBZ-bijdrage centraal te laten uitvoeren. Dat zal echter niet geschieden door de Belastingdienst, maar door het Centraal administratiekantoor dat nu al de eigen bijdrage zonder verblijf uitvoert en bij de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ook de Wmo-bijdrage zal gaan uitvoeren. Het laten uitvoeren van de AWBZ-bijdrage door de Belastingdienst/Toeslagen is voor het kabinet voorschijns geen onderwerp van nadere studie.

4.6 Uitvoering Wet op de zorgtoeslag

Evaluatie onafhankelijke commissie

Tijdens de behandeling van de Invoerings- en aanpassingwet Zvw in de Eerste Kamer op 27 september 2005 hebben de staatssecretaris van Financiën en ik toegezegd dat de zorgtoeslag medio 2006 geëvalueerd wordt

¹ Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 77.

² Stcrt 2 mei 2006, nr. 85.

door een onafhankelijke commissie. De evaluatie zou zich dan richten op de invoering van de zorgtoeslag. De uitvoering van de zorgtoeslag gebeurt door de Belastingdienst/Toeslagen. Ik heb hierover met de staatssecretaris van Financiën overleg gevoerd. Overeengekomen is dat de Belastingdienst in haar voortgangsrapportage u nader zal informeren.

Thematisch onderzoek

In de afspraken tussen VWS en de Belastingdienst is vastgelegd dat er, naast de structurele informatieverstrekking, jaarlijks thematisch onderzoek zal worden uitgevoerd. Over de invulling voor 2006 heeft overleg plaatsgevonden met de Belastingdienst/Toeslagen. Over het jaar 2006 wordt onderzoek gedaan naar de achtergrond van de groepen die wel en die geen gebruik hebben gemaakt van het recht op zorgtoeslag. Zodra de uitkomsten geanalyseerd zijn, zal de staatssecretaris van Financiën de inzichten vermelden in zijn voortgangsrapportage aan u.

4.7 Inkomensafhankelijke bijdrage zorgverlener uit PGB-budget

PGB en inkomensafhankelijke bijdrage

In het algemeen overleg over de voortgang van de Zvw van 27 april 2006 heeft mevrouw Kant aangegeven het niet terecht te vinden dat het PGB dat de budgethouders ontvangen, gezien wordt als inkomen en dat hierover een inkomensafhankelijke bijdrage betaald moet worden. Zij heeft mij gevraagd dit te wijzigen. Voorts heeft mevrouw Schippers mij gevraagd naar de stand van zaken van het onderzoek door het SVB Servicecentrum PGB naar de werkgeverslasten van PGB-houders. In het algemeen overleg heb ik toegezegd u voor de zomer te informeren. In deze voortgangsrapportage voldoe ik hieraan.

Zoals ik in de beantwoording op eerder gestelde kamervragen van mevrouw Kant¹ heb aangegeven, wordt het PGB dat een budgethouder ontvangt, niet gezien als inkomen waarover een inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven. Het inkomen van een PGB-zorgverlener daarentegen dat uit het budget wordt gefinancierd, is belastbaar loon en valt daardoor onder het bijdrage-inkomen waarover op grond van de Zvw een vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage door de budgethouder verschuldigd kan zijn. In de situatie dat sprake is van een zorgverlener/werknemer die meer dan twee dagen per week werkt, is sprake van een «normale» dienstbetrekking. De zorgverlener ontvangt van zijn opdrachtgever (de budgethouder) loon uit tegenwoordige dienstbetrekking. De opdrachtgever (budgethouder) is verplicht – net zoals de inhoudingsplichtigen bij alle andere dienstbetrekkingen – op het inkomen loonbelasting, premies werknemersverzekeringen en 6,5% inkomensafhankelijke bijdrage Zvw in te houden. De budgethouder is – evenals andere werkgevers – verplicht deze bijdrage te vergoeden.

Onderzoek werkgeverslasten PGB-houders

Het SVB Servicecentrum PGB heeft onderzocht of de invoering van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en de verplichting voor werkgevers om deze te vergoeden hebben geleid tot een toename van de werkgeverslasten voor PGB-houders. Het SVB Servicecentrum PGB heeft mij de resultaten van het onderzoek doen toekomen. Onderstaand geef ik de resultaten weer.

Procentuele ziekenfondspremie Zfw en inkomensafhankelijke bijdrage Zvw

Vóór 1 januari 2006 betaalden budgethouders die «volledig werkgever» zijn (zie hierna) de procentuele ziekenfondspremie van 6,75% voor zorgverleners die op grond van de Ziekenfondswet (Zfw) verzekerd waren. Voor budgethouders is bij deze groep aldus sprake van een beperkte

¹ Aanhangsel van de Handelingen II 2005/06, 1293.

verlichting (0,25%) van de lastendruk ten opzichte van de huidige situatie. Bij zorgverleners die voor 1 januari 2006 particulier verzekerd waren was geen werkgeversbijdrage voor de Zfw verschuldigd. Werkgevers die een tegemoetkoming in de kosten van een particuliere verzekering betaalden deden dit op vrijwillige basis. Op grond van de Zvw is de werkgever altijd gehouden om de inkomensafhankelijke bijdrage te vergoeden.

De PGB-houder als volledig werkgever

Alleen PGB-houders die volledig werkgever zijn betalen werkgeverslasten Zvw. Een PGB-houder is volledig werkgever als hij of zij een arbeidsovereenkomst heeft gesloten met een zorgverlener die doorgaans op drie of meer dagen per week voor hem of haar werkzaam is. Volgens gegevens van SVB Servicecentrum PGB is 6,1% van alle PGB-houders volledig werkgever (stand 31 december 2004). Voor PGB-houders die geen volledig werkgever zijn heeft de invoering van de Zvw dus geen financiële gevolgen gehad.

Het SVB Servicecentrum PGB voert sinds 1 april 2003 op verzoek van PGB-houders «nieuwe stijl» de loonadministratie. Omdat PGB-houders «nieuwe stijl» niet verplicht zijn de administratie aan de SVB uit handen te geven beschikt het SVB Servicecentrum PGB niet over de gegevens van de gehele budgethouderpopulatie. Hoeveel budgethouders financiële gevolgen ondervinden van de invoering van de Zvw kan daarom niet precies worden gezegd. Omdat aannemelijk is dat de overgrote meerderheid van de budgethouders met de rol van «volledig werkgever» voor administratie door de SVB heeft gekozen, geven de gegevens van de SVB echter wel een goed beeld. Voor budgethouders die de loonadministratie aan het SVB Servicecentrum PGB hebben uitbesteed kunnen de veranderingen in de werkgeverslasten per 1 januari 2006 nauwkeurig in kaart worden gebracht.

Bevindingen

De vergelijking werkgeverslasten vóór en na 1 januari 2006 is gemaakt voor twee categorieën: budgethouders (volledig werkgever) waarvan de zorgverlener ziekenfondsverzekerd was, en budgethouders (volledig werkgever) waarvan de zorgverlener particulier verzekerd was. Budgethouders waarvan de zorgverlener ziekenfondsverzekerd was, zijn sinds 1 januari 2006 op jaarbasis € 149,40 minder kwijt om hun zorgverlener hetzelfde loon uit te betalen. Budgethouders met voorheen particulier verzekerde zorgverleners in dienst ondervinden een stijging van de loonkosten van € 1 517,16 per jaar. Deze groep, die heel klein is¹, geniet derhalve sinds dit jaar niet langer een voordeel boven de groep budgethouders met een zorgverlener die voorheen Zfw-verzekerd was.

Onderzoek naar huidige PGB-tarieven

Zoals ik in de hiervoor vermelde beantwoording op de kamervragen van mevrouw Kant heb aangegeven, heb ik het SVB Servicecentrum PGB gevraagd onderzoek te doen naar de omvang van deze groep en de omvang van het inkomenseffect. De resultaten van dat onderzoek zijn hiervoor weergegeven.

Over het onderzoek naar de huidige PGB-tarieven komen in september gegevens beschikbaar, waarna ik de Kamer nader schriftelijk zal informeren.

4.8 Uitvoering risicoverevening (moties Omtzigt)

In een motie van de leden van de Tweede Kamer Omtzigt en Bakker van 15 december 2004 (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 52) en een motie van de leden Omtzigt en Schippers van 26 mei 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 78) verzoekt de Tweede Kamer aan de regering om in het risicovereveningssysteem rekening te houden met:

¹ Slechts 5% van alle zorgverleners waarvoor de PGB-houder inhoudingsplichtig was, was in 2005 particulier verzekerd. In de maand januari 2006 heeft het SVB Servicecentrum PGB 140 loonberekeningen uitgevoerd voor zorgverleners die in 2005 particulier verzekerd waren. Deze zorgverleners waren in totaal bij 132 PGB-houders in dienst. Uitgaande van de aanname dat tussen de 80% en 100% van de PGB-houders de loonadministratie bij het Servicecentrum PGB heeft ondergebracht, bedraagt het totaal aantal PGB-houders dat na 1 januari 2006 meer werkgeverslasten moet betalen, vermoedelijk tussen de 132 en 165.

1. verzekerden met zeldzame, chronische aandoeningen. Om zorgverzekeraars te compenseren voor de hoge kosten die veelal gepaard gaan met deze zeldzame chronische aandoeningen;
2. verzekerden met psychische aandoeningen die leiden tot kosten voor somatische zorg;
3. meerjarige Farmaceutische Kosten Groepen (FKG's) en Diagnose Kosten Groepen (DKG's);
4. verzekerden met meerdere aandoeningen door meerdere FKG's en DKG's mogelijk te maken.

Hieronder geef ik de stand van zaken weer van het onderzoek naar de vier bovengenoemde onderwerpen.

Onderzoek

Jaarlijks laat ik onderzoek uitvoeren naar relevante aspecten van het risicovereveningssysteem met als doel het systeem te onderhouden, te ontwikkelen en te verfijnen. Hiertoe stelt de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) een onderzoeksprogramma vast. De WOR fungeert als technische begeleidingscommissie voor onderzoeken op het terrein van het risicovereveningssysteem. In deze werkgroep nemen deel vertegenwoordigers van ZN, CVZ, verschillende zorgverzekeraars en (wetenschappelijke) onderzoeksbureaus. De WOR brengt jaarlijks een advies uit over de vormgeving van het risicovereveningsmodel. Eén van de onderzoeken in het onderzoeksprogramma voor het risicovereveningssysteem 2007 is het onderzoek naar de mogelijkheden van uitbreiding van de bestaande vereveningscriteria FKG's en DKG's, gezondheidsindicatoren op basis van respectievelijk geneesmiddelengebruik en zorggebruik in het ziekenhuis. Dit onderzoek is in lijn met de gestelde moties uitgevoerd door het onderzoeksbureau instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Betrokkenheid patiënten- en consumentenorganisaties en medisch deskundigen

Op 25 oktober 2005, bij aanvang van het onderzoek, heeft op mijn verzoek een overleg plaatsgevonden met de NPCF (de Nederlandse patiënten en Consumenten Federatie), de CG-raad (Chronische zieken en Gehandicaptenraad) en de VSOP (Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties) en een vertegenwoordiging van de stuurgroep weesgeneesmiddelen. Voornaamste doel van dit overleg is geweest een eerste verkenning te maken naar de vraag welke chronische zeldzame aandoeningen en psychische aandoeningen volgens deze organisaties meegenomen dienen te worden in de risicoverevening. De patiëntenorganisaties hebben op mijn verzoek een inventarisatie gemaakt van zeldzame chronische aandoeningen die in het onderzoek van iBMG betrokken zouden kunnen worden. Voor de psychische aandoeningen hebben de diverse patiëntenorganisaties verwezen naar medisch-inhoudelijk ggz-deskundigen.

Vervolgens is in de daarop volgende maanden een begeleidingscommissie voor de chronische zeldzame aandoeningen actief geweest met onderzoek naar de mogelijkheden om de aandoeningen op de lijst eenduidig te identificeren. Een tweede begeleidingscommissie voor de psychische aandoeningen heeft een lijst aangelegd met mogelijke psychische aandoeningen en onderzocht in hoeverre deze aandoeningen in het risicovereveningsmodel kunnen worden meegenomen. Deze begeleidingscommissies werden geformeerd met als doel een medisch-inhoudelijk oordeel te geven over de mogelijkheden om de bestaande FKG's en DKG's uit te breiden met respectievelijk zeldzame chronische aandoeningen of psychische aandoeningen. De begeleidingscommissie bestond in beide gevallen uit medisch-inhoudelijk deskundigen op het terrein van zeldzame chronische respectievelijk psychische aandoeningen

en/of farmaciebeleid (onder andere deskundigen van de VSOP, NPCF, Katholieke Universiteit Nijmegen/Radboud (KUN/Radboud), Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Academisch Medisch Centrum (AMC), Parnassia, Belangenorganisatie patiënten ggz (LPR), het Trimbos-Instituut, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, ZN en medisch adviseurs van verzekeraars). Ook was in beide begeleidingscommissies onderzoeksbureau iBMG vertegenwoordigd dat aan de wetenschappelijke basis heeft gestaan van de operationalisering van de FKG's en DKG's in het risicovereveningssysteem.

Zeldzame chronische aandoeningen

De medisch inhoudelijke begeleidingscommissie voor de zeldzame chronische aandoeningen heeft eind april van dit jaar een afrondende bijeenkomst gehad. De aandoeningen op de lijst die door de patiëntenorganisaties is aangedragen (in totaal ongeveer 400 aandoeningen), zijn door de begeleidingscommissie ingedeeld in acht groepen van aandoeningen op basis van etiologisch samenhangende ziektebeelden. Vervolgens is per aandoeningengroep onderzocht of er sprake was van eenduidige, passende behandelingen en of hieraan specifiek medicijngebruik gekoppeld kon worden dat eenduidig verwijst naar (een) bepaalde aandoeningen(-groep). Omdat binnen de huidige dbc-systematiek zeldzame aandoeningen nog niet onderscheidend zijn opgenomen heeft de begeleidingscommissie zich uitsluitend gericht op de ontwikkeling van FKG's en niet van DKG's.

Uit het onderzoek van deze commissie blijkt dat vooralsnog een beperkt aantal zeldzame chronische aandoeningen kan worden meegenomen in het vereveningssysteem wanneer wordt uitgegaan van de systematiek die op dit moment gehanteerd wordt voor de FKG's. Dit heeft vooral te maken met het feit dat de behandeling van de meeste zeldzame chronische aandoeningen vooral symptomatisch van aard is, en geen specifiek op de aandoening gerichte causale (medicamenteuze) behandeling kent. Daarnaast blijkt uit de empirische analyses van onderzoeksbureau iBMG dat er nog veel vraag- en onderzoekspunten zijn ten aanzien van de door de begeleidingscommissie aangedragen potentiële FKG's. Er zijn bijvoorbeeld veel chronische zeldzame aandoeningen die juist voorkomen bij kinderen. Kinderen gebruiken echter een lagere dagelijkse dosis specifieke medicijnen dan volwassenen. Nader onderzoek is nodig naar hoe met deze doseringsverschillen omgegaan moet worden. Bovendien is aandachtspunt dat veel zeldzame aandoeningen bij zulke geringe aantallen patiënten voorkomen, dat het niet goed mogelijk is betrouwbare normbedragen in de risicoverevening vast te stellen. Het clusteren van meerdere aandoeningen in één FKG biedt mogelijk een oplossing. Ook dit vraagt nader onderzoek. Tot slot blijkt uit onderzoek dat verzekerden met een chronische zeldzame aandoening hoge vervolgcosten hebben omdat ze veelal consequent gebruik maken van paramedische hulp en hulpmiddelen. Daarom adviseert de begeleidingscommissie om nader te onderzoeken of hiermee met een daarop geënte manier, naast de FKG's, rekening kan worden gehouden in het risicovereveningssysteem.

Mede op advies van de WOR zie ik – ondanks bovenstaande – toch mogelijkheden voor een eventuele uitbreiding van het aantal FKG's in het risicovereveningssysteem 2007 met chronische zeldzame aandoeningen. Volgens de WOR kwamen namelijk twee groepen – groeihormonen en kanker – naar voren waarvoor volgens de bestaande systematiek FKG's zijn te operationaliseren. Groeihormonen zijn identificerend voor diverse aandoeningen die horen tot de aanlegdefecten en tot de endocrinopathieën. Het gaat hier om relatief dure aandoeningen. Voor wat betreft de FKG kanker gaat het om een beperkte groep mensen die extramuraal

kankergeneesmiddelen krijgt voorgeschreven en hoge vervolgcosten kent. Patiënten die een intramurale behandeling voor kanker ontvangen lopen overigens al mee binnen de DKG's. Bij de definitieve vaststelling in september van het risicovereveningsmodel 2007 neem ik een besluit over daadwerkelijke uitbreiding van het FKG vereveningscriterium met mogelijk twee FKG's voor chronisch zeldzame aandoeningen.

Voor de risicoverevening in latere jaren zullen de in de afgelopen periode geïdentificeerde onderzoeksvragen nader worden uitgewerkt. In het bijzonder wil ik de mogelijkheden voor het ontwikkelen van alternatieve kostengroepen – naast FKG's en DKG's – op basis van bijvoorbeeld hulpmiddelen en paramedische hulp verder onderzoeken. Mijn streven is om op basis van deze vervolgonderzoeken aanvullende criteria voor (clusters van) zeldzame chronische aandoeningen te operationaliseren en op te nemen in het risicovereveningssysteem.

Psychische aandoeningen

De medisch inhoudelijke begeleidingscommissie voor de psychische aandoeningen heeft in februari 2006 een afrondende bijeenkomst gehad met als resultaat een aantal potentiële psychische FKG's. Wat betreft de DKG's acht de begeleidingscommissie het niet haalbaar psychische aandoeningen mee te nemen in de risicoverevening 2007, aangezien het ontbreekt aan goede dbc-informatie op basis waarvan DKG's kunnen worden vastgesteld. Dit komt omdat de sector geestelijke gezondheidszorg (ggz) nog geen dbc-systeem hanteert, waardoor diagnose-informatie niet integraal beschikbaar is.

De begeleidingscommissie adviseert bij de definiëring van de psychische FKG's niet uit te gaan van een specifieke diagnose maar om uit te gaan van verschillende groepen psychofarmaca, bijvoorbeeld een FKG antipsychotica in plaats van een FKG psychosen. De reden om bij de definiëring niet uit te gaan van type aandoeningen maar van psychofarmaca, is dat in de ggz minder vaak sprake is van eenduidige diagnostiek. Daarnaast is dubbeldiagnostiek eerder regel dan uitzondering. Veelal zijn bepaalde psychofarmaca niet op zichzelf identificerend voor één aandoening. Dit betekent dat er geen specifieke psychofarmaca zijn die eenduidig verwijzen naar één specifieke aandoening.

Rond de afbakening van veel specifieke psychische aandoeningen bestaan nog vragen die niet binnen korte termijn beantwoord kunnen worden. Ook vraagt de samenhang tussen de verschillende typen psychofarmaca nog onderzoeksaandacht. Door de verwachte scheve verdeling binnen Nederland en tussen verzekeraars van verzekerden met psychische aandoeningen acht ik echter de opname van psychische aandoeningen in het vereveningssysteem urgent. Door de WOR is de voorkeur uitgesproken om voor 2007 uit te gaan van één geaggregeerde psychische FKG op basis van het gebruik van verschillende geneesmiddelen. Met deze operationalisering kan ik reeds nu een eerste stap zetten in de richting van compensatie van verzekerden met een psychische aandoening en hoge vervolgcosten. Definitieve besluitvorming vindt plaats begin september bij de vaststelling van het vereveningsmodel 2007. Ik houd de mogelijkheid open om bijvoorbeeld voor het vereveningsmodel 2008, op basis van vervolgonderzoeken deze geaggregeerde psychische FKG te splitsen in meerdere onderliggende psychische FKG's.

Meerjarige FKG's en DKG's

In technisch overleg tussen VWS, ZN en CVZ is geconstateerd dat het invoeren van meerjarige FKG's en DKG's per 1 januari 2007 niet haalbaar is. Immers, de huidige FKG's en DKG's zijn gebaseerd op de gegevens uit het voorafgaande jaar. Bij meerjarige FKG's en DKG's moet nog verder

worden teruggedaan in de tijd. Dit geeft voor 2007 uitvoeringstechnische problemen omdat dan teruggerepen moet worden op gegevens uit 2005 (en eventueel eerder). Dit levert vooral voor verzekerden die in 2005 particulier verzekerd waren problemen op, omdat de benodigde gegevens slechts deels beschikbaar zijn.

Naar aanleiding van beperkt onderzoek van iBMG op basis van ziekenfondsgegevens voor oudere jaren zijn in de WOR van november 2005 de conclusies van iBMG bevestigd dat de resultaten van het onderzoek geen aanleiding geven voor het hanteren van meerjarige FKG's en dat uitvoeringsproblemen thans meerjarige DKG's onmogelijk maken.

Ik sluit me aan bij de conclusies van de WOR en de constatering uit het bovengenoemde technische overleg en zie dus geen mogelijkheden om – op dit moment – meerjarige FKG's en DKG's op te nemen in het risicovereveningsmodel.

Meerdere FKG's en DKG's

In het huidige risicovereveningssysteem wordt een verzekerde in maximaal één FKG en één DKG ingedeeld. De indeling is afhankelijk van de hoogte van de vervolggkosten van een bepaalde aandoening. Wanneer een verzekerde vanwege meerdere aandoeningen in eerste instantie ingedeeld zou worden bij twee of meer FKG's, dan telt alleen de FKG met de hoogste gemiddelde meerkosten mee voor de vereveningsbijdrage. Hetzelfde geldt voor de indeling in een DKG. De overlap tussen verschillende FKG's en DKG's is gering en in de meeste gevallen leidt dit niet tot ernstige onder- of overcompensatie.

Uit nadere analyse van iBMG blijkt dat slechts een relatief klein aantal verzekerden in aanmerking zou kunnen komen voor meerdere DKG's (0,27%). De ondercompensatie voor verzekerden met meerdere DKG's lijkt dus mee te vallen. Gegeven ook het feit dat de DKG's zich vanwege de dbc-invoering in een overgangstraject bevinden, heb ik op advies van de WOR besloten om dit jaar geen verder onderzoek te verrichten naar het toestaan van meerdere DKG's per verzekerde.

In het kader van het toestaan van meerdere FKG's per verzekerde zijn meerdere modelvarianten door iBMG onderzocht. De eenvoudigste variant, waarbij verzekerden in een onbeperkt aantal FKG's kunnen worden ingedeeld en waarbij de bijbehorende normbedragen bij elkaar worden opgeteld, geeft de beste resultaten in de zin dat de eventuele overcompensatie die optreedt bij verzekerden in meerdere FKG's ruimschoots opweegt tegen eventuele ondercompensatie bij verzekerden op het moment dat maar één FKG per verzekerde wordt toegestaan. Op grond van dit onderzoek geniet het opnemen van meerdere FKG's per verzekerde mijn voorkeur. Uiteindelijk zullen in de komende zomermaanden de effecten van de samenhang van meerdere FKG's nog nader worden bekeken op grond van de meest recente gegevens. Aan de hand van de uitkomsten hiervan zal ik een definitief besluit nemen om meerdere FKG's per verzekerde al dan niet in de risicoverevening 2007 mogelijk te maken.

Resumerend

In twee moties verzoekt u aan de regering om in het risicovereveningssysteem rekening te houden met verzekerden met zeldzame, chronische aandoeningen, verzekerden met psychische aandoeningen, meerjarige FKG's en DKG's en meerdere FKG's en DKG's per verzekerde. Vooruitlopend op definitieve besluitvorming in september van dit jaar zie ik voor het risicovereveningsmodel 2007 de volgende mogelijke aanpassingen.

Uitbreiding van het aantal FKG's met twee FKG's – groeihormonen en kanker – voor chronische zeldzame aandoeningen. In komende onderzoeksjaren zal ik aandacht geven aan het ontwikkelen van nieuwe soorten kostengroepen – naast FKG's en DKG's – geënt op bijvoorbeeld paramedische hulp en hulpmiddelen. Ik acht het niet mogelijk om DKG's voor zeldzame chronische aandoeningen op te nemen in het vereveningsmodel 2007.

Uitbreiding van het aantal FKG's met één geaggregeerde psychische FKG acht ik vooralsnog haalbaar. In vervolgonderzoek bekijk ik of een nader onderscheid naar onderliggende psychische aandoeningen zinvol is. Operationalisering van psychische DKG's acht ik pas mogelijk wanneer de dbc-systematiek in de ggz volledig is ingevoerd.

Het invoeren van meerjarige FKG's en DKG's per 1 januari 2007 acht ik niet haalbaar omdat sprake is van uitvoeringstechnische problemen wanneer moet worden uitgegaan van gegevens 2005 of eerder. Omdat deze gegevens de komende jaren wel voorhanden komen zijn meerjarige FKG's en DKG's wellicht wel haalbaar in de toekomst. Dit zal ik in de komende onderzoeksjaren laten onderzoeken.

Ten slotte zie ik mogelijkheden om per verzekerde meerdere FKG's op te nemen in het risicovereveningsmodel, waardoor ondercompensatie als gevolg van meerdere aandoeningen wordt voorkomen.

4.9 Bespreken mogelijkheden verdrag met de Antillen

U hebt mij gevraagd met mijn ambtgenoot van de Nederlandse Antillen de mogelijkheden te bespreken voor een verdragsregeling tussen Nederland en de Nederlandse Antillen. Doel daarvan is primair dat Nederlandse gepensioneerden die op de Antillen wonen, aldaar medische zorg kunnen inroepen, zodat zij niet langer zouden zijn aangewezen op een (dure) particuliere ziektekostenverzekering. Overigens hebben de Nederlandse particuliere verzekeraars, blijkens informatie die ZN heeft verstrekt, de afspraak gestand gedaan hun daar wonende verzekerde gepensioneerden een verzekering aan te bieden.

Ik hecht eraan vast te stellen dat het probleem waarmee deze categorie van personen wordt geconfronteerd, niet is veroorzaakt door de Zvw, maar altijd al heeft bestaan. De sociale ziektekostenverzekeringswetgeving geldt in beginsel alleen in het Koninkrijksdeel Nederland, niet in de overige Koninkrijksdelen. Sociale zekerheid, waartoe ook de wettelijke ziektekostenverzekeringswetgeving behoort, is een autonome aangelegenheid van de Koninkrijksdelen.

Een verdragsregeling op het gebied van de medische zorg is erop gericht wettelijke stelsels van ziektekostenverzekering te coördineren. De internationale regelingen waarbij Nederland betrokken is, gaan uit van een coördinatie waarbij de rechthebbenden recht hebben op de zorg zoals die is geregeld in het wettelijke stelsel van ziektekostenverzekering in het woonland, waartegenover een plicht tot premiebetaling staat die is gebaseerd op de wetgeving van het pensioenbetalende land.

Met mijn voormalige ambtgenoot had ik al afgesproken de mogelijkheden daartoe ambtelijk te doen onderzoeken.

Een brede Nederlandse ambtelijke delegatie zou, onder meer met dat doel, in maart van dit jaar naar de Antillen gaan, maar dat bezoek is, op Antilliaans verzoek, mede als gevolg van politieke ontwikkelingen en de vorming van een nieuwe regering aldaar, voor onbepaalde tijd opgeschort.

In maart van dit jaar heb ik bij een bezoek aan mijn ambtgenoot van Aruba, het onderwerp ter sprake gebracht. Aruba heeft een wettelijke ziektekostenregeling voor alle ingezetenen. Aruba heeft aangegeven geen problemen te hebben op het terrein van de verzekeringsmogelijkheden, omdat iedereen, ook de daar wonende Nederlandse gepensioneerden, onder de Arubaanse Ziektekostenverzekering (AZV) verzekerd is. Aruba heeft ook aangegeven geen behoefte te hebben aan nadere afspraken over de dekking van ziektekosten voor Nederlandse gepensioneerden die daar wonen.

4.10 Declaratieverkeer huisartsen en ziekenhuizen

Over de stand van zaken rond het declaratieverkeer huisartsen heb ik u op 16 en 18 mei per brief geïnformeerd¹. Eind juni komen partijen weer bijeen om de stand van zaken te bespreken.

Het declaratieverkeer tussen ziekenhuizen en verzekeraars verloopt nog niet vlekkeloos, mede als gevolg van de implementatie van de DBC-systematiek. Om gebleken knelpunten op te lossen onderneemt een task force – waarin zowel ZN als de NVZ deelnemen – actie. Overigens zijn er geen liquiditeitsproblemen bij de ziekenhuizen. Ziekenhuizen worden of bevoorschot, of worden op basis van hun declaraties gefinancierd.

4.11 Inkomensafhankelijke bijdrage zeevarenden

De inkomensafhankelijke bijdrage voor zeevarenden is voor 2006 vastgesteld op 4,4%. Ik heb u in de vijfde voortgangsrapportage over de Zvw van 14 maart 2006² meegedeeld te bekijken of er aanleiding is om voor 2007 een lager percentage dan 4,4 vast te stellen. De Vereniging Landelijk Platform Maritiem voor werk, inkomen en zorg heb ik in dezelfde zin geïnformeerd. In overleg dat wordt gevoerd met het CVZ en met vertegenwoordigers van de werkgevers van zeevarenden worden de inkomensafhankelijke bijdrage voor zeevarenden voor 2007 en de mogelijkheden in het kader van de risicoverevening besproken. Over de uitkomst van het overleg zal ik u in een voortgangsrapportage nader berichten. Mevrouw Schippers heeft tijdens het Algemeen Overleg over de Zvw van 27 april 2006 de mogelijkheid aangedragen om een oplossing via de fiscaliteit te zoeken. Over dit punt voer ik overleg met het ministerie van Financiën. In een volgende voortgangsrapportage zal ik u over de uitkomst informeren.

4.12 Afhandeling geschillen door geschillencommissie

Tijdens de plenaire behandeling van de Invoerings- en aanpassingswet Zvw in de Tweede Kamer op 29 juni 2005 heb ik toegezegd te zullen rapporteren over de afhandeling van geschillen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). In de zesde voortgangsrapportage³ heb ik daarover een voorlopig beeld kunnen schetsen over de periode van 1 januari 2006 tot eind april 2006. Op dit moment heeft de SKGZ in totaal 762 klachten ontvangen van zeer uiteenlopende aard en zijn 46 geschillen in behandeling. Ik zal de ontwikkelingen blijven volgen en u nader informeren zodra voldoende gegevens beschikbaar zijn.

¹ Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nrs. 91 en 93.

² Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 77.

³ Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 85.