Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

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

B

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT/JEUGD EN GEZIN[1]

Vastgesteld 17 juni 2008

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

Inleiding

De leden van de **CDA**-fractie staan in principe positief tegenover dit wetsvoorstel. De huidige regelingen zijn immers te divers en te weinig eenduidig geregeld. Deze leden beschouwen dit wetsontwerp als een verbetering. Zij hebben toch nog een aantal vragen.

De leden van de **VVD**-fractie hebben met zeer gemengde gevoelens kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel en hebben in dit kader nog enkele vragen.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met instemming kennisgenomen van dit wijzigingsvoorstel dat ertoe zal leiden dat het huidige, zeer ingewikkelde systeem voor de financiering van de gezondheidszorg aan illegalen wordt vereenvoudigd en verbeterd. Deze leden hebben nog enkele vragen die betrekking hebben op de borging van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg aan illegalen, de vergoeding voor tandheelkundige hulp en de wijze waarop met toekomstige wijzigingen in de zorgverzekeringswet zal worden omgegaan.

De leden van de **SP**-fractie willen zich vooral concentreren op de uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel en nemen daarom de vrijheid nog een aantal vragen te stellen.

De leden van de **GroenLinks**-fractie zijn van mening dat de toegankelijkheid van medische zorg voor mensen die niet legaal in ons land verblijven van groot belang is. In de eerste plaats is dat vanwege humanitaire overwegingen. Uit dat oogpunt is het geheel of gedeeltelijk van medische zorg

[1] Samenstelling:
Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD) *(vice-voorzitter)*, Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP) *(voorzitter)*, Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Leijnse (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Klein Breteler (CDA), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU) en Yildirim (Fractie-Yildirim).

KST119676
ISSN 0921 - 7363
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2008

verstoken zijn van betrokkene, of dit nu om juridische of financiële redenen is, onwenselijk en zelfs onaanvaardbaar. In de tweede plaats achten deze leden dit ook vanuit het perspectief van de volksgezondheid uitermate ongewenst. Het kan immers tot gevolg hebben dat eventuele besmettelijke ziekten (te) laat ontdekt worden, met alle risico's voor de volksgezondheid van dien. In dat licht staan deze leden positief ten opzichte van het streven van de regering, de regeling voor de financiële gevolgen die zorgverleners ondervinden wanneer de betrokken vreemdeling betalingsonmachtig is, te stroomlijnen en met één heldere regeling te komen. Niettemin hebben deze leden ten aanzien van het thans voorliggende voorstel een aantal vragen.

Met belangstelling hebben de leden van de fracties van **SGP** en **ChristenUnie** kennisgenomen van het voorstel de Zorgverzekeringswet te wijzigen. Deze leden vinden het nieuwe financieringssysteem een duidelijke verbetering. Een goede toegankelijkheid en bereikbaarheid is noodzakelijk. Dat de illegale patiënten in principe de zorg zelf moeten betalen vinden zij een goed uitgangspunt. Wel hebben zij een aantal vragen.

Inhoud van het wetsvoorstel

Financiering van medisch noodzakelijke zorg die zorgaanbieders verlenen aan bepaalde vreemdelingen

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

Deze leden vragen verder of de regering van mening is dat de zorg voor de bedoelde patiëntengroepen niet beter geregeld is dan voor de groep onverzekerde patiënten, die wel gewoon onder de zorgverzekering vallen?

Tevens vragen deze leden hoe een ziekenhuis moet omgaan met het zeer hoge incassorisico, als de beleidsregel «afschrijving dubieuze debiteuren» vervalt in een Diagnosebehandelingcombinatie (hierna: DBC).

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%?

In dit wetsvoorstel wordt een onderscheid gemaakt tussen direct toegankelijke en niet-direct toegankelijke zorg. Bij direct toegankelijke zorg gaat het om de huisarts, de kraamzorg, alle vormen van zorg waar men zonder verwijzing toegang toe heeft. De direct toegankelijke zorg wordt voor 80% vergoed en de niet-direct toegankelijke zorg, waarvoor het CVZ contracten met zorgaanbieders sluit, wordt 100% vergoed. 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. Waaruit is gebleken dat een dergelijke prikkel nodig is? En hoe valt een verschil in betaling te rijmen met het principe van direct toegankelijke zorg? Wordt op deze manier niet juist een drempel 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. Een extra financiële drempel kan tot nog meer uitstelgedrag leiden en daarmee de gezondheid van betrokkene verder in gevaar brengen; het kan ook kostenverhogend werken. Is het dan niet te verkiezen om de direct toegankelijke zorg ook in financiële zin direct toegankelijk te maken en dus voor de 100% te vergoeden? 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). Zij worden al zwaar belast en de vraag aan de regering is of zij door de 80%-regeling niet onevenredig zwaar worden getroffen. En is de regering met de leden van de PvdA-fractie van oordeel dat dit een onwenselijke situatie is?

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? Hoeveel kinderen/minderjarigen zijn onderdeel van de groep? Zijn er cijfers bekend, uitgesplitst naar regio/provincie/grote steden?

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). Dit staat haaks op het uitgangspunt dat eerstelijnszorg direct toegankelijk is voor alle Nederlanders: daarom geldt voor deze vorm van zorg geen eigen risico. Gelden de argumenten die er zijn om geen eigen risico voor de ene groep te willen niet voor de andere groep (in casu de illegalen)? Waarom niet? Belangrijk argument was bijvoorbeeld het gevaar van zorg mijden waardoor hogere kosten ontstaan verderop in de lijn. Op welke manier en waar kan een illegaal zich particulier verzekeren? Voor de zorgaanbieder wordt een barrière opgeworpen om zorg te verlenen omdat hij in het kader van de zorgverlening aan een illegaal een ondernemersrisico loopt. Dit laatste kan zeker in huisartsenpraktijken waar zich een groot aantal illegalen meldt een reden zijn om hulp te weigeren dan wel sneller te verwijzen naar een gecontracteerde instelling die deze hulp volledig krijgt vergoed. Hierbij valt bijvoorbeeld ten denken aan kleine chirurgische ingrepen die ook in de eerstelijn zouden kunnen worden verricht en aan diabeteszorg. Op welke manier gaat de regering dit verschijnsel monitoren en is een zorgaanbieder naast moreel laakbaar ook op de één of andere manier aan te spreken; bijvoorbeeld via het tuchtrecht of door de inspectie als hij hulp weigert?

Voorts vragen de leden van de SP-fractie of 20% eigen risico voor de zorgaanbieder het maximale te innen bedrag is of het minimale? Als hij meer binnenhaalt krijgt hij dan minder vergoeding van het CVZ? Is dat te monitoren?

Ook vragen zij hoe de ambulancezorg vergoed wordt. Wordt ook hierin een onderscheid gemaakt tussen acute en planbare zorg? Mag acute zorg door iedere ambulance naar elk ziekenhuis vervoerd worden en niet acute/planbare zorg alleen door gecontracteerde ambulancevoorzieningen naar gecontracteerde zorginstellingen?

Terecht heeft de Tweede Kamer vrijwel unaniem 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 voorge-

stelde 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. Welke zorg gaat vallen onder de 100% vergoeding? Ook de aanvullende bloedtesten, de echo's, de sinds 2007 door verloskundige hulpverleners verplicht (volgens de WBO) aan te bieden prenatale screening, de in verband met de zwangerschap voor te schrijven medicatie (voor bijvoorbeeld bloedarmoede)? Op welke manier wordt zorg, verleend tijdens de kraamperiode, vergoed? In deze periode is met name de aandacht en zorg gericht op het goed op gang komen van borstvoeding erg belangrijk maar ook arbeidsintensief. Hoe wordt kraamzorg vergoed?

De zwangere bezoekt tijdens de zwangerschap ook regelmatig een huisarts in verband met zwangerschapgerelateerde klachten. De leden van de SP-fractie vragen of deze zorg ook onder de 100% regeling valt. Indien dat niet het geval is, hoe is dit uit te leggen? Betekent dit niet een extra barrière en in die zin een reden voor substandaard zorg? Zorg die verloskundige hulpverleners in het kader van perinatale zorg juist proberen te optimaliseren? Hoe moet de verloskundig actieve huisarts die beide functies in zich verenigt hiermee omgaan? Moet de zwangere die tijdens de bevalling in verband met complicaties verplaatst wordt naar een ziekenhuis naar een door het CVZ gecontracteerde instelling? Hetzelfde vragen deze leden met betrekking tot de zwangere met die complicaties tijdens de zwangerschap die vaak een minder acuut karakter hebben.

Geldt de 100%-vergoeding ook voor het geboren kind en zo ja tot welke termijn? Hoe wordt de kinder- en jeugdzorg vergoed en worden vaccinaties van kinderen van illegalen wel vergoed?

De achtergrond van deze vragen is dat de leden van de SP-fractie 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. De hele aanpak staat in zo'n schril contrast met alle ophef (overigens terecht daarover geen misverstand) die er gemaakt wordt over de hoge perinatale sterfte en moedersterfte in ons land.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft aangegeven dat in lagere wetgeving mogelijk bepaalde vormen van zorg worden uitgezonderd van de financieringsregeling (zie ook Kamerstuk 31 249, nr. 7). Dat zal in ieder geval gelden voor IVF-behandeling en genderoperaties. De leden van de SP-fractie vragen of er al gedachten zijn over welke andere vormen van zorg mogelijk uitgezonderd zullen worden? Welke procedure zal daarbij gevolgd worden?

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. Is het een vastgesteld budget of een open eind financiering, want hoe te handelen als het budget ontoereikend is? Is de € 15 miljoen die genoemd is in het kader van AWBZ zorg onderdeel van de € 44 miljoen, of staat ze apart?

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? Waarom acht de regering – als de oninbaarheid al een voorwaarde is om tot vergoeding over te gaan – het dan nog noodzakelijk om dit soort «eigen risico» bij de zorgverlener neer te leggen? Zou de regering in dit verband 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?

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? Indien hij dit risico reëel aanwezig acht, hoe gerechtvaardigd vindt hij dit dan en waarom? Is zij niet bang 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 en in hoeverre acht zij dit dan onwenselijk uit het oogpunt van de toegankelijkheid van de zorg, met name voor de betalingsonmachtigen?

Eveneens vragen deze leden of de regering haar opvatting kan geven op de bezwaren tegen het voorliggende wetsvoorstel zoals die naar voren worden gebracht door de Landelijke Vereniging van huisartsen, 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.

De leden van de fracties van **SGP**- en **ChristenUnie** vragen 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? Voor de huisartsen geeft dit nog extra problemen omdat de huisartseninformatiesystemen niet zijn ingericht voor het aanmaken van twee verschillende declaraties bij één contact op afwijkende tarieven.

Overgangssituatie

Tot de nieuwe structuur is geregeld blijft recht op financiering volgens het oude systeem 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? Is het mogelijk 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? Wat betekent dat voor de behandeling en de behandelrelatie?

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? Leidt dit niet tot (ongewenste) verschillen van uitkomst voor een patiënt zoals bedoeld in het wetsontwerp? Is er door het CVZ een landelijke dekking van contractanten in het kader van «niet direct toegankelijke zorg» geregeld? Waarom maakt de regering voor tandheelkundige zorg een andere afweging dan andere (noodzakelijke) zorg. Leidt dit niet juist tot veel duurdere ingrepen in de tweedelijnszorg (kaakchirurg en pijnbehandeling)?

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?»

In dit wijzigingsvoorstel wordt geen aandacht besteed aan de tandheelkundige hulp. Nu wordt tandartsenzorg nog vergoed uit het Koppelingsfonds, in het voorgestelde systeem is een vergoeding niet meer mogelijk. De leden van de **PvdA**-fractie vragen de regering aan te geven waarom de tandartsenzorg is uitgezonderd. Als de systematiek van de zorgverzekeringswet wordt gevolgd, dan kunnen verzekerden zich voor tandartsenzorg aanvullend 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. Ziet de regering mogelijkheden om de tandartsenzorg alsnog mee te nemen in deze wet?

In dit wetsvoorstel wordt geregeld dat het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen wordt vergoed. Door de commissie-Klazinga wordt nader omschreven wat onder medisch noodzakelijke zorg moet worden verstaan. In feite omvat het alle zorgvormen zoals deze in het basispakket van de ZVW wordt omschreven evenals bepaalde zorgvormen als vastgelegd in de AWBZ. Daarbij moet rekening gehouden worden met de verblijfsduur van de patiënt, in die zin dat hoe langer het verblijf in Nederland duurt, des te meer zorgverlening in het algemeen noodzakelijk kan worden. Bij de beoordeling van het al dan niet verlenen van noodzakelijke zorg moet de arts hier rekening mee houden. De commissie-Klazinga adviseert dat «als de duur van het verblijf in Nederland onduidelijk of langdurig is, [de] continuïteit van adequate medische zorg belangrijker [is] en de medische zorg gelijk [dient] te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden.» Illegalen worden geacht zo snel mogelijk Nederland te verlaten, maar dat is niet alleen een illusie maar vooral een fictie. Illegalen verblijven juist vaak lange tijd in Nederland en piekeren er meestal niet over om dit land te verlaten. In de praktijk betekent dit dat een arts bij het beoordelen van de vraag hoe lang de illegaal hier ten lande zal verblijven ervan zal uitgaan dat dit een lange tijd zal zijn. Dat betekent ook dat «de noodzakelijke behandeling» van de illegale patiënt in feite zal worden beoordeeld volgens dezelfde criteria als die van een patiënt die wel verzekerd is op basis van de ZVW. De leden van de **VVD**-fractie vragen de regering of het wel juist is om het aan artsen over te laten deze beoordeling te maken. Moeten zij er conform de wettelijke regelingen niet van uitgaan dat illegalen zo snel mogelijk het land dienen te verlaten?

Er is derhalve een groep mensen, 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 ten lande. Handelt de regering derhalve niet in strijd met de geldende wetgeving door de adviezen en aanbevelingen van de commissie-Klazinga op te volgen, vragen deze leden. Waarom beperkt de regering zich niet tot het uitsluitend «verlenen van acute gezondheidszorg»? Dit is redelijk goed af te bakenen en daarvoor kan zij scherpe instructies aan zorgverleners geven.

Nederlanders/ ingezetenen zijn verplicht zich te verzekeren en premie te betalen, bij gebreke waarvan zij zelfs een boete krijgen opgelegd. Bovendien moeten zij zich dan alsnog verzekeren. De illegaal betaalt in het overgrote deel van de gevallen niets omdat hij óf geen geld heeft óf na behandeling weer onderduikt. In feite ontstaat er een tweedeling van degenen die de zorg voor niets krijgen en de «gewone» burger die zelf wel een forse premie moet betalen voor dezelfde zorg. In de memorie van antwoord wordt als argument voor de keuze «medisch noodzakelijke zorg» en niet bijvoorbeeld «acute zorg» aangevoerd dat de zorg voor de illegalen niet te veel uit de pas zou mogen lopen met de betreffende verordening van de EU die voor de burgers van de EU lidstaten geldt. Echter, illegalen zijn per definitie geen onderdanen van de lidstaten, want indien zij dit waren, zouden zij niet illegaal zijn. Waarom moet de regeling voor illegalen dan «niet te ver uit de pas lopen» met de EU-regelingen? Er bestaat immers geen verplichting voor Nederland om dit conform de EU-verordening te regelen.

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. Hoe verhoudt deze verplichting zich met de uitspraken van de commissie Klazinga op dit punt? Hoe beoordeelt hij in dit licht de constatering van de KNMG dat dit in praktijk vaak onmogelijk is?

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[1] d.d. 26 mei 2008 inzake het voorbereidend onderzoek betreffende het onderhavige wetsvoorstel aan de leden van de vaste Eerste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin schrijft.

Er zijn zorgen dat door het inbouwen van financiële drempels, de hulpvraag wordt uitgesteld. Het gevolg zal zijn dat er daardoor een groter beroep zal worden gedaan op de duurdere tweedelijnszorg. De leden van de fracties van **SGP** en **ChristenUnie** vragen of de regering deze zorgen deelt? Is er met de zorgverlening aan deze doelgroep extra tijd per behandeling nodig? Als deze vraag bevestigend wordt beantwoord wat heeft dit voor gevolgen, met name voor de huisartsen?

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.

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?

[1] KNMG, brief inzake het voorbereidend onderzoek van de vaste Eerste Kamercommissie voor VWS betreffende het onderhavige wetsvoorstel, d.d. 26 mei 2008. Te vinden op www.eerstekamer.nl bij wetsvoorstel 31 249, commentaar derden.

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 Landelijke Vereniging van huisartsen, 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.

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?

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?

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?

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. Moeten deze alle zorg leveren die onder de ZVW of de AWBZ vallen of zijn contracten ook mogelijk voor gedeelten van de zorg? Kunnen privé-klinieken ook in aanmerking komen voor contracten?

Verder vragen de leden van de SP-fractie of er al een overzicht bestaat van beoogde te contracteren zorginstellingen? Uit de discussie in de Tweede Kamer bleek dat er in ieder geval zorgen over de spreiding zijn. Ook zijn vraagtekens gezet bij de beschikbaarheid en spreiding van farmaceutische zorg. Is de regering nog voornemens normen/randvoorwaarden voor de spreiding op te stellen of mag het CVZ dat zelf doen? Heeft de IGZ ook nog een functie in deze materie?

Voor de niet-directe zorg zal slechts gewerkt worden met gecontracteerde zorgaanbieders. De leden van de **GroenLinks**-fractie vragen op welke wijze de gecontracteerde zorgaanbieders zullen worden geselecteerd? In hoeverre wordt daarbij gegarandeerd dat er ook sprake is van een voldoende spreiding, zowel in geografische zin als naar de benodigde medische disciplines?

Kinderen

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft toegezegd (zie ook Kamerstuk 31 249, nr. 32) dat hij samen met de ministers van Jeugd en Gezin en van Justitie de situatie van kinderen van illegalen die met een kinderbeschermingsmaatregel in een AWBZ instelling verblijven zal bekijken. Is dat al gebeurd en wat zijn de uitkomsten van dit overleg, zo willen de leden van de **SP**-fractie van de regering weten.

Europese regelgeving

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 en vernemen graag de visie van de regering hieromtrent.

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. 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? Wat wordt de strategie als zorginstellingen helemaal geen zin hebben in een extra onderhandelingstraject? Is het CVZ overigens in staat deze aanbestedingen correct te begeleiden en te beoordelen? Deze leden vragen hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is tussen de minister en het CVZ in deze materie. Kan de minister het CVZ een aanwijzing geven? Kunnen zorginstellingen in beroep gaan tegen een beslissing van het CVZ? Kan een zorgaanbieder dat en kan een illegaal dat en zo ja, hoe?

De leden zien de beantwoording van de vragen met belangstelling tegemoet.

De voorzitter van de commissie,
Slagter-Roukema

De griffier van de commissie,
Warmolt de Boer