

Vergaderjaar 2003–2004

**29 623**

**Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten)**

**Nr. 7**

**NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 13 augustus 2004

Tot mijn genoegen meen ik te mogen vaststellen dat het merendeel van de fracties van de Tweede Kamer zich positief opstelt ten opzichte van het voorstel tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten). Op de vragen over het voorstel van de leden van de CDA- en de GroenLinks-fractie ga ik hieronder in. Bij de beantwoording van de vragen heb ik de opbouw van het verslag gevolgd betreffende die onderdelen van de memorie waarover door de genoemde fracties vragen zijn gesteld.

**1. Algemeen**

De wet fraudebestrijding zorgverzekeringswetten beoogt maatregelen te treffen die dienen ter voorkoming van fraude bij de uitvoering van de socialeziektekostenverzekeringen. In de wet zijn verder maatregelen opgenomen die leiden tot administratieve lastenverlichting. Het verheugt me dat de leden van de CDA-fractie voorstander zijn van fraudebestrijding en vermindering van de administratieve lasten.

De leden van de GroenLinks-fractie menen dat het wetsvoorstel zich te eenzijdig richt op fraude door verzekeren. Dit wetsvoorstel maakt onderdeel uit van maatregelen die worden getroffen om fraude op het bredere terrein van de gezondheidszorg tegen te gaan. In mijn overzicht op hoofdlijnen van de ontwikkelingen in de aanpak van zorgfraude in de brief van 3 december 2003 (Kamerstukken II, 2003/04, 28 828, nr. 9) meldde ik u de stand van zaken betreffende, onder andere, materiële controles op de beoordeling op doelmatigheid van verleende ziekenfondszorg, ontwikkeling en uitvoering van gericht beleid op het tegengaan van misbruik en oneigenlijk gebruik (m&o-beleid) bij de

ziekenfondsen, en beleid gericht op het opsporen en afdoen van interne fraudezaken bij ziekenfondsen. Verder is naast deze wet een wetsvoorstel betreffende maatregelen ter bestrijding van fraude door zorgaanbieders recent door uw kamer aangenomen.<sup>1</sup> Een wetsvoorstel dat zorgaanbieders zal verplichten de voor materiële controles noodzakelijke persoonsgegevens aan ziekenfondsen of zorgkantoren te verstrekken is in voorbereiding. Zoals ik u in mijn brief van 4 juni 2004 (Kamerstukken II, 2003/04, 28 828, nr. 15) meedeelde wacht de verzending van dit voorstel naar de Raad van State op een berekening van de administratieve lasten.

Een deel van de vragen in zowel het algemene deel van het verslag als in het deel betreffende de fraude met zorgpassen door verzekerden betreft de toegang tot de medische noodzakelijke zorg voor met name mensen zonder verblijfsvergunning maar ook voor dak- en thuislozen. De leden van de GroenLinks-fractie geven aan het teleurstellend te vinden dat het wetsvoorstel hierop niet ingaat en vraagt alsnog op deze vraag in te gaan. Met de invoering van de zogenoemde Koppelingswet<sup>2</sup> zijn de sociale verzekeringswetten waaronder de sociale ziektekostenverzekeringen afgesloten voor mensen die niet rechtmatig in Nederland verblijven. De inwerkingtreding van die wet betekent dat vreemdelingen alleen dan verzekerd kunnen zijn voor de sociale ziektekostenverzekering als zij rechtmatig in Nederland verblijven. Uiteraard blijft de gezondheidszorg voor illegalen wel toegankelijk. Zoals bij de parlementaire behandeling van de Koppelingswet naar voren is gebracht, gaat de regering ervan uit dat de medische ethiek voor de feitelijke toegang tot de gezondheidszorg hiervoor – in het bijzonder in acute noodsituaties – garant staat. Dit ongeacht de vraag of de hulpverlenende persoon of instelling hiervoor van de betrokkene zelf, dan wel vanwege de overheid of anderszins, een financiële vergoeding krijgt. Wel is evident dat de financiële toegankelijkheid van de zorg de feitelijke toegankelijkheid daarvan bevordert, omdat hulpverlenende personen en instellingen bij het uitoefenen van hun taken niet alleen oog moeten hebben voor de medisch-ethische aspecten maar ook voor de bedrijfseconomische aspecten daarvan. Ik ga verder in op kostenaspecten van niet betaalde rekeningen in mijn antwoorden op de vragen betreffende de fraude met zorgpassen, genoemd onder punt 2. Dak- en thuislozen kunnen over het algemeen na aanvraag van een bijstandsuitkering op die grond als ziekenfondsverzekerde worden ingeschreven bij een ziekenfonds.

## **2. Fraude met zorgpassen door verzekerden**

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de invoering van de identificatieplicht niet leidt tot extra administratieve lasten bij de zorgaanbieders. De leden van de GroenLinks-fractie stellen op blz. 3 van het verslag dat het niet te ontkennen valt dat het vaststellen van de identiteit door de zorgaanbieder extra administratieve lasten met zich mee brengt. De regering is van mening dat een stijging van de administratieve lasten als gevolg van de invoering van de identificatieplicht op de voorgestelde wijze niet aan de orde is. De regering heeft er namelijk voor gekozen om het ziekenhuis weliswaar de identiteit te laten controleren van degene die zorg vraagt ten laste van de ziekenfondsverzekering, maar het ziekenhuis niet te verplichten die identiteit ook te registreren of op andere wijze te verwerken. Het vragen naar een identiteitsbewijs, de visuele controle van betrokkene en het vergelijken met het verzekeringsbewijs kost onmiskenbaar tijd. Daarentegen werd door een van de ziekenhuizen die hun patiënten nu al verzoeken om een identiteitsbewijs te tonen, aangegeven dat het inzien van het identiteitsbewijs de kans op foutieve spelling en daarmee verkeerde registratie van gegevens verkleint. In het totaal van de administratieve procedures betekent de controle van de identiteit naar mijn mening dan ook geen stijging van de administratieve lasten. Zeker

<sup>1</sup> Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTZ ExPres) (Kamerstukken I, 29 379).

<sup>2</sup> Wet van 26 maart 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 rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland, Stb. 1998, 203.

niet als men bedenkt dat ziekenhuizen nu al op grond van de overeenkomst met het ziekenfonds verplicht kunnen worden geacht om vast te stellen of degene die zorg inroept ten laste van de ziekenfondsverzekering ook daadwerkelijk verzekerde is. Van een daadwerkelijke vermeerdering van de administratieve lastendruk zou slechts sprake kunnen zijn wanneer zou moeten worden aangenomen dat er ziekenhuizen zijn die de behandelingskosten van iedereen die beweert ziekenfondsverzekerde te zijn, zonder meer doorgeleiden naar het ziekenfonds zonder dat het ziekenhuis zekerheid heeft of die patiënt ziekenfondsverzekerde was. De regering gaat ervan uit dat ieder ziekenhuis de rechtmatigheid van zijn declaraties bij het ziekenfonds wil vaststellen en ziet daarom dit wetsvoorstel daarbij als een steun in de rug voor de ziekenhuizen.

De leden van de GroenLinks-fractie verzoeken (blz. 3 verslag) alsnog in te gaan op de opmerking van de Raad van State dat de maatregel feitelijk betekent dat hulpverleners voor iedere behandeling of verrichting bij alle patiënten de identiteit zelf zouden moeten controleren. Deze leden vragen verder of de regering de mening deelt dat zorgaanbieders alleen op die manier kunnen voorkomen dat ze geen zorg verlenen die niet vergoed wordt.

De regering is, met het College voor zorgverzekeringen (CVZ), van mening dat volledige zekerheid over de vraag wie er uiteindelijk bij de zorgverlener in de spreekkamer komt, alleen kan worden verkregen als de zorgverlener zelf de identiteitscontrole verricht. De regering erkent ook dat het invoeren van een identificatieplicht op de manier die nu wordt voorgesteld de mogelijkheid van zorgpasfraude niet volledig uitsluit. Maatregelen die zorgpasfraude (vrijwel) volledig zouden uitsluiten zouden niet alleen een grote administratieve belasting vergen, maar ook een andere keuze van middelen en procedures, bijvoorbeeld een kaart met biometrische kenmerken, of inderdaad identiteitscontrole van een patiënt in de operatiekamer door de chirurg zelf. Met dit wetsvoorstel wordt echter, in verband met de praktische uitvoerbaarheid van de maatregel, beoogd een effectieve barrière op te werpen die de kans op zorgpasfraude aanzienlijk verkleint.

De leden van de CDA-fractie vragen of de identificatieplicht ook geldt voor minderjarigen die niet over een eigen identificatiebewijs beschikken. Tevens vragen zij op welke wijze bij die patiënten de privacy gewaarborgd is, indien zij zich slechts met toestemming van hun ouders kunnen identificeren.

De identificatieplicht bij het inroepen van zorg zal inderdaad ook gaan gelden voor kinderen die geen eigen identiteitsbewijs hebben. Na inwerkingtreding van de Wet op de uitgebreide identificatieplicht zal iedereen vanaf 14 jaar in beginsel een legitimatiebewijs bij zich moeten hebben. Voor deze groep is de privacy dus gewaarborgd, omdat die toch al over een eigen identiteitsbewijs moet beschikken op grond van voornoemde wet. Voor diegenen onder de 14 jaar die geen eigen identiteitsbewijs hebben, zal identificatie moeten geschieden aan de hand van het identificatiebewijs van de ouder bij wie het kind is bijgeschreven. Overigens kunnen minderjarigen op grond van Boek 7, Titel 7, Afdeling 5 van het Burgerlijk wetboek zelfstandig een behandelingsovereenkomst aangaan als zij de leeftijd van 16 jaar hebben bereikt. Minderjarigen tussen de 12 en 16 jaar hebben daarvoor in de meeste gevallen toestemming van de ouders nodig. Kinderen onder de twaalf jaar zijn niet bekwaam tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst. Daarom zou alleen voor kinderen tussen 12 en 14 jaar een probleem met de privacy kunnen ontstaan. De regering is van mening dat er in dit soort gevallen pragmatisch moet worden omgegaan met de identificatieplicht. In veel gevallen zullen de ouders op de hoogte zijn van het bezoek dat hun kind aan een arts brengt. In die gevallen waarin een kind tussen de 12 en

14 jaar toch een bezoek wil brengen aan een arts, zonder dat zijn of haar ouders daarvan weten, zal het kind dit kunnen duidelijk maken aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis zou in een dergelijk geval kunnen volstaan met identificatie aan de hand van bijvoorbeeld een schoolpasje. Het kind zal echter, ook nu al, tevens een verzekeringsbewijs bij zich moeten hebben, zodat het ziekenhuis de verzekerings situatie kan vaststellen.

De leden van de CDA-fractie vragen een toelichting van de regering ten aanzien van de vraag wie de kosten moet dragen indien een patiënt is behandeld die geen identificatiebewijs bij zich heeft en die een onjuiste opgave van identiteit heeft gedaan. Het wetsvoorstel regelt dat een verzekerde als hij aanspraak maakt op bijvoorbeeld ziekenhuiscare ten laste van de ziekenfondsverzekering, zich dient te identificeren. Indien een patiënt niet onmiddellijk een identiteitsbewijs kan tonen, kan het ziekenhuis de patiënt vragen later alsnog aan de identificatieplicht te voldoen. Afhankelijk van de urgentie van de te verlenen zorg kan de behandeling worden uitgesteld en een nieuwe afspraak worden gemaakt of kan de behandeling plaatsvinden met de eis aan de cliënt om binnen veertien dagen alsnog aan de identificatieplicht te voldoen. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel<sup>1</sup> wordt daarbij als voorbeeld genoemd dat opschorting van de behandelingsovereenkomst wel gerechtvaardigd moet zijn. Het kan niet zo zijn dat het niet kunnen overleggen van een identiteitsbewijs in spoedeisende en levensbedreigende situaties een rechtvaardiging is voor niet behandelen van de patiënt. Het wetsvoorstel regelt dat zorg alleen ten laste van de ziekenfondsverzekering kan worden gebracht als het ziekenhuis de identiteit van de verzekerde heeft vastgesteld. Op welk moment de identiteit wordt vastgesteld is aan het ziekenhuis. Als de identiteit niet is vastgesteld kan het ziekenhuis de kosten van verleende zorg niet ten laste van de ziekenfondsverzekering brengen. Bij het invoeren van medische zorg is het juridisch gezien zo, dat een hulpvrager en een hulpverlener een overeenkomst aangaan, waarbij de ene partij, de hulpverlener, zich verbindt adequate hulp te verlenen en de andere partij, de hulpvrager, zich verbindt de daaraan verbonden kosten te betalen. Van iemand die is verzekerd tegen ziektekosten zijn de kosten van medische zorg geheel of gedeeltelijk gedekt door een naturaverstrekking (ziekenfondsverzekering) dan wel een vergoeding in geld bij een particuliere ziektekostenverzekering.

Desondanks zullen er in Nederland altijd mensen zijn – zowel legaal als illegaal – die, om welke reden dan ook, niet of niet voldoende tegen ziektekosten zijn verzekerd, die geen of onvoldoende middelen hebben om de kosten van noodzakelijke medische zorg te betalen, en die geen beroep kunnen doen op bijstand. In die gevallen zal een zorgaanbieder met de kosten blijven zitten. Een ziekenhuis kan in die situatie alle oninbare vorderingen boeken op de post dubieuze debiteuren. Verderop in de tekst ga ik uitgebreider in op de post dubieuze debiteuren. Eerstelijnszorgaanbieders, zoals huisartsen, apothekers of fysiotherapeuten, en zorginstellingen die vanuit de AWBZ worden gefinancierd, kunnen als zij blijven zitten met bovenmatige kosten voor onbetaald verleende medische noodzakelijke zorg aan illegalen, een beroep doen op de Stichting Koppeling.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze in de toekomst de zorg van onverzekerden zoals illegalen zal worden vergoed.

Bij invoering van de standaardverzekering voor curatieve zorg voor alle ingezetenen van Nederland zal de financiering van verleende zorg niet anders zijn dan thans. In die zin dat alle verzekerden verschuldigde kosten van verleende zorg (voor een deel) vergoed zullen krijgen. Onverzekerden, waaronder onverzekerde illegalen, zullen zelf de rekening moeten betalen van verleende medische zorg. In het kader van de invoering van een nieuw verzekeringsstelsel zal geen wijziging worden gebracht in de proce-

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2003/04, 29 623, nr. 3, blz. 8.

dure die hiervoor is omschreven in geval zorgverleners worden geconfronteerd met oninbare vorderingen (afschrijving op dubieuze debiteuren resp. een beroep op de Stichting Koppeling).

Vraag van de leden van de fractie van het CDA is op welke wijze een zorgaanbieder aansprakelijk is indien hij de noodzakelijke zorg niet heeft geboden. In dat geval kan melding worden gemaakt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ oefent toezicht uit en onderzoekt incidenten. Het handelen van medisch personeel is onderworpen aan het medisch tuchtrecht.

Op de vraag hoeveel kosten zorgaanbieders maken aan zorg en aan inning van rekening van dubieuze debiteuren kan ik u niet antwoorden. De kosten daarvan zijn in de tarieven doorberekend. Het komt steeds vaker voor dat zorgaanbieders het rekeningverkeer uitbesteden aan een kantoor voor debiteurenadministratie. Die diensten roepen ze niet voor niets in, maar over de totale kosten die zorgaanbieders daarvoor individueel maken, kan ik u niet informeren. Dat zou dan apart geregistreerd moeten worden; dat is een grote administratieve last.

Ziekenhuizen onderhandelen jaarlijks met ziektekostenverzekeraars over het deel van de post dubieuze debiteuren dat in het budget mag worden verwerkt. Het bedrag voor 2003 was naar berekening van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) € 23 mln. Dat bedrag is de som van de budgetafspraken die ziekenhuizen (en ambulancediensten) hebben gemaakt voor de post dubieuze debiteuren. De kosten worden verwerkt in de tarieven en dus gedragen door de betalende patiënten. De leden van de CDA-fractie vragen welk bedrag aan behandelkosten van dubieuze debiteuren de zorgaanbieders niet meer vergoed krijgen van de zorgverzekeraars omdat die het budget hiervoor naar beneden hebben bijgesteld tot niet reële budgetten.

Zoals ik uw Kamer eerder meedeelde bij brief van 4 juni 2004 (Kamerstukken II, 2003/04, 28 828, nr. 15) stelt de ziektekostenverzekeraar het bedrag dat in het budget van het ziekenhuis wordt opgenomen doorgaans op een lager bedrag vast dan het bedrag dat wordt gevraagd. Dit omdat de tarieven voldoende ruimte bieden om beperkte tegenvallers op te vangen. Hiermee is tevens een antwoord gegeven op de vraag van de leden van de GroenLinks-fractie op blz. 3 van het verslag of alle kosten door middel van deze beleidsregel kunnen worden verhaald. Overigens hecht ik er aan dat verzekeraars er bij hun onderhandelingen met ziekenhuizen rekening mee houden dat de toepassing van de Beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren veronderstelt, dat partijen uitgaan van een reëel niveau van aanvaardbaar geachte afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Tegen deze achtergrond heb ik Zorgverzekeraars Nederland in november 2003 verzocht bij de leden aandacht te vragen voor de problematiek van dubieuze debiteuren bij ziekenhuizen.

De identificatieplicht bij het inroepen van ziekenhuiszorg ten laste van de ziekenfondsverzekering heeft tot doel fraude door onverzekerden te voorkomen. Ziekenhuizen zullen naar verwachting vaker een rekening naar een patiënt moeten sturen die onverzekerd blijkt te zijn. Bij te laat of niet betalen zal een incassoprocedure worden gestart. Ik ben van mening dat zorgaanbieders de nodige moeite moeten doen om de kosten op de patiënt te verhalen. Voor zorgaanbieders die (veelvuldig) te maken hebben met onverzekerde patiënten die niet zelf in staat zijn de kosten van medisch noodzakelijke hulp te betalen, bestaan de eerder genoemde twee regelingen. Voor eerstelijnszorgverleners, vrijgevestigde medisch specialisten en zorginstellingen die vanuit de AWBZ worden gefinancierd, bestaat de mogelijkheid van een bijdrage in de (bovenmatige) kosten voor onbetaald verleende medisch noodzakelijk zorg op grond van de Regeling Stichting Koppeling. Voor ziekenhuizen, revalidatiecentra en ambulance-

diensten is er de binnen het eigen budget opgenomen voorziening ter dekking van de kosten van dubieuze debiteuren. Ik ben van mening dat met deze regelingen voldoende werkzame maatregelen bestaan. Ziekenhuizen kunnen geen beroep doen op de Regeling Stichting Koppeling. Dit in antwoord op de vraag van de leden van de GroenLinks-fractie of ziekenhuizen ook een beroep kunnen doen op het noodfonds voor zorg aan illegalen.

De voorgestelde invoering van de identificatieplicht, het gebruik van het sofi-nummer en het VECOZO-systeem maakt de invoering van het identificatienummer in de zorg zeker niet overbodig. Het verplicht gebruik van een persoonsnummer is een voorwaarde voor betrouwbare en doelmatige (elektronische) uitwisseling van zorginhoudelijke en administratieve gegevens in de zorg. Een beoogde wet die het gebruik van het persoonsnummer in de zorg regelt heeft een bredere werking ten aanzien van gegevensverkeer binnen de zorg dan hetgeen in deze wet wordt geregeld. Het gebruik van een identificatienummer in de zorg vindt ondermeer plaats met het oog op het gebruik van dat nummer voor (onder meer) het elektronisch medicatiedossier, de elektronische waarneeminformatie huisartsen en het elektronische declaratieverkeer.

Zoals aangegeven in de brief aan uw Kamer van 14 mei 2004 (Kamerstukken II, 2003/04, 29 362, nr. 15) zal ervoor worden gekozen aan te sluiten bij de invoering van het burgerservicenummer (BSN) per 1 januari 2006, mits voldaan kan worden aan privacyeisen. Zoals in de genoemde brief staat aangegeven krijgt iedere burger per die datum een BSN. Basis voor het BSN is het huidige sofi-nummer. Door te kiezen voor een BSN als identificatienummer wordt daarmee aangesloten op de huidige praktijk (inclusief dit wetvoorstel) en ontstaat geen extra bureaucratie ten opzichte van de invoering van een apart zorgidentificatienummer dat niet gelijk is aan het sofi-nummer/BSN.

Een ander element van het identificerende stelsel in de zorg als voorwaarde voor een elektronisch patiënten dossier (EPD), is het realiseren van een veilige en betrouwbare toegang tot patiëntengegevens voor en door zorgverleners. Hiertoe wordt de UZI-pas (unieke zorgverleners identificatiepas) ontwikkeld. Deze pas wordt ontwikkeld voor zorgverleners en dus niet voor patiënten. Een specifieke zorgpas gericht op patiënten is ook niet in ontwikkeling. Door te kiezen voor een BSN – i.c. het huidige sofi-nummer- kan voor de identificatie van patiënten gebruikt worden gemaakt van de gebruikelijke identificatiedocumenten (paspoort, rijbewijs e.d.) waar het sofi-nummer immers reeds op vermeld staat. Een zorgpas voor identificatiedoeleinden voor patiënten in de zorg is daarom thans niet nodig.

Kort en goed komt het er dus op neer dat de wet fraudebestrijding zorgverzekeringswetten en het beleid ten aanzien van een identificerend stelsel onder meer gericht op de invoering van het EPD complementair aan elkaar zullen zijn en consistent met de keuze voor een BSN.

De leden van de CDA-fractie vragen of kan worden toegelicht of Nederlanders na invoering van de nieuwe zorgverzekering op particuliere basis ook een Europese (zorg)verzekeringskaart krijgen die ten laste is van de sociale verzekering.

De nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) is een sociale ziektekostenverzekering die valt onder de materiële werkingssfeer van de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 (de verordening). Conform de voorschriften van deze verordening zal de Zvw bij de Europese Commissie als sociale verzekeringswet aangemeld. De regels van de verordening zijn daarmee van toepassing op de Zvw. De Europese ziektekostenverzekeringsskaart, die uitsluitend recht geeft op zorg die gedurende een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat medisch nodig wordt, vindt zijn grondslag in

de verordening. Dit betekent dat alle ingezetenen na invoering van de nieuwe zorgverzekering in beginsel een Europese ziektekostenverzekeringskaart krijgen. In het kader van het onderhavige wetsvoorstel dient overigens te worden opgemerkt dat de Europese ziektekostenverzekering-kaart geen identificerende kenmerken bevat.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan toelichten of de invoering van de identificatieplicht bij zorgaanbieders samenvalt met de inwerkingtreding van de uitgebreide identificatieplicht, en wat hiervan de voor- en nadelen zijn.

De invoering van de identificatieplicht bij het inroepen van zorg zal waarschijnlijk samenvallen met de invoering van de uitgebreide identificatieplicht. Het voordeel hiervan is, dat op het moment dat iemand zich in een ziekenhuis zal moeten identificeren, hij reeds een legitimatiebewijs bij zich heeft. Op grond van de uitgebreide identificatieplicht is iedereen vanaf 14 jaar namelijk reeds verplicht een legitimatiebewijs bij zich te hebben. Tegenover dit voordeel zie ik geen nadelen staan.

De leden van de CDA-fractie vragen ook wat de invloed op de voorlichting zal zijn van gelijktijdige invoering van de uitgebreide identificatieplicht en de identificatieplicht bij het inroepen van zorg.

De voorlichting betreffende de identificatieplicht in ziekenhuizen is natuurlijk gebaat bij goede voorlichting betreffende de uitgebreide identificatieplicht. Het gaat namelijk om een bewustwordingsproces. Als iedereen ervan doordrongen is dat hij verplicht is een identiteitsbewijs bij zich te hebben, dan helpt dat natuurlijk als hij vervolgens aan de balie van het ziekenhuis wordt gevraagd dat identiteitsbewijs te tonen. Toch is de regering van mening dat ook afzonderlijke voorlichting noodzakelijk is wat betreft de identificatieplicht bij het inroepen van zorg. Uit gesprekken die gevoerd zijn met ziekenhuizen die al werken met een vorm van identificatie, is gebleken dat patiënten in het algemeen begrip hebben voor de maatregelen als de achterliggende redenen worden toegelicht. Het voldoen aan de eis van het meenemen en tonen van het verzekeringsbewijs en legitimatiebewijs blijkt makkelijker te zijn als er begrip is voor en bekendheid met de maatregel. Het is een kwestie van gewenning. Deze aspecten zullen dan ook een belangrijke rol spelen in de voorlichting. Ziekenhuizen kunnen daarbij ook zelf een belangrijke rol spelen door cliënten er bij het maken van een behandelingsafpraak op te wijzen dat zij verzekerings- en identiteitsbewijs moeten meenemen.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af waarom de algemene identificatieplicht niet voor jongeren jonger dan 14 jaar geldt en waarom de identificatieplicht in ziekenhuizen wel onafhankelijk van leeftijd is. Zij vragen tevens welke voor- en nadelen verbonden zijn aan dit verschil. De redenen waarom de uitgebreide identificatieplicht niet geldt voor jongeren onder de 14 zijn aan de orde geweest bij de behandeling van de Wet op de uitgebreide identificatieplicht. U leest meer daarover in de parlementaire behandeling van die wet (Kamerstukken II, 2003/04, 29 218). Het gaat wat ver die discussie hier weer te geven. De identificatieplicht bij het inroepen van zorg geldt wel voor jongeren onder de 14 jaar, omdat deze wet een ander doel dient dan de wet op de uitgebreide identificatieplicht, namelijk het tegengaan van fraude met zorgpassen. Dergelijke fraude kan ook met zorgpassen van kinderen, al dan niet door toedoen van de ouders, geschieden. Dit bleek ook nog in juli 2003 in Den Haag toen Marokkaanse ouders een met open tbc besmette neef, die op bezoek was in Nederland, lieten doorgaan voor hun zoon, die op het Johan de Witt College zat. Daardoor hebben leerlingen en docenten van dat college onnodig een onderzoek ondergaan en prikken gekregen (Leeuwarder Courant, 18 juli 2003). Daarnaast is het voorkomen van fraude met verzekeringspassen van groot belang voor de juistheid van medische

dossiers. Persoonsverwisselingen kunnen een groot gevaar opleveren voor de gezondheid van de betrokken verzekerde. Dit gevaar is niet minder bij kinderen onder de 14 jaar.

Een gevolg van het feit dat de uitgebreide identificatieplicht zoals geregeld in de Wet op de uitgebreide identificatieplicht, niet geldt voor jongeren onder de 14 jaar en de identificatieplicht bij het inroepen van zorg op grond van deze wet, is dat jongeren onder de 14 jaar dus niet allemaal zonder meer in het bezit zullen zijn van een eigen identiteitsbewijs. Identificatie van deze jongeren zal dus moeten geschieden aan de hand van het identiteitsbewijs van de ouder bij wie het kind is bijgeschreven.

De leden van de CDA-fractie vragen of de identificatieplicht ook gaat gelden bij de indicatiestelling door het RIO/CIZ.

De regering heeft gekozen voor een stapsgewijze invoering van de identificatieplicht. In eerste instantie wordt de maatregel ingevoerd bij ziekenhuizen en poliklinieken, omdat daar het risico van fraude het grootst lijkt. Stapsgewijze invoering maakt het mogelijk ervaring op te doen met de organisatie van de identificatieplicht en procedures die dit met zich brengt en deze ervaring mee te nemen bij de invoering in andere sectoren. In de AWBZ ligt zorgfraude weliswaar minder voor de hand, maar is ook daar niet uit te sluiten. De regering zal na evaluatie van de effecten van de maatregel besluiten of en op welke wijze de maatregel wordt uitgebreid naar andere vormen van zorg.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat het instrument van de bestuurlijke boete een gepast instrument lijkt bij fraude.

De bestuurlijke boete maakte deel uit van het oorspronkelijke wetsvoorstel en deze leden hebben daarover waarschijnlijk gelezen in het advies van de Raad van State en in het voorstel van wet zoals het oorspronkelijk aan de Raad van State was voorgelegd voor advies. De regering heeft echter inmiddels afgezien van het invoeren van een bestuurlijke boete bij fraude met declaraties door verzekerden. De belangrijkste overweging daarbij is dat het kabinet voornemens is per 1 januari 2006 de Zvw in te voeren, die een privaatrechtelijke uitvoeringsstructuur zal hebben. Die privaatrechtelijke uitvoeringsstructuur verdraagt zich niet met een publiekrechtelijk instrument als de bestuurlijke boete. Het ligt in die situatie meer voor de hand dat de verzekeraars in de verzekeringsovereenkomst een en ander regelen over declaratiefraude door verzekerden en daarin eventuele sanctiemaatregelen opnemen. Het kabinet acht het niet opportuun om voor de beperkte duur van circa een jaar tot de beoogde inwerkingtreding van de Zvw, een bestuurlijk boetesysteem in het voorliggende wetsvoorstel op te nemen. Op grond van de huidige regelgeving kunnen ziekenfondsen en AWBZ-uitvoeringsorganen in voorkomende gevallen van fraude met declaraties door verzekerden ten laste van de sociale verzekering, aangifte doen en van degenen die opzettelijk aanspraken als verzekerde doen gelden de kosten van de verleende zorg terugvorderen. Ter ondersteuning hiervan is in het wetsvoorstel geregeld dat het besluit tot terugvordering een executoriale titel oplevert.

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat zorgverzekeraars zelf meer zouden moeten doen aan fraudebestrijding, zoals het bewijs van inschrijving fraudebestendiger maken, zodat een wetswijziging niet nodig is.

De regering is van mening dat het verzekeringsbewijs niet als legitimatiebewijs bedoeld is en daar ook niet geschikt voor is. In de Wet op de identificatieplicht zijn documenten aangewezen die dienen ter identificatie van een persoon, die onder gecontroleerde omstandigheden worden uitgegeven en die ook goed beveiligd zijn tegen vervalsing. Het verzekeringsbewijs voorzien van dergelijke waarborgen, zou niet alleen



veel geld kosten, maar tevens betekenen dat iedere verzekerde zich bij afsluiten en dus ook bij het wisselen van verzekeraar aan het loket van zijn verzekeraar zou moeten melden, om zekerheid te krijgen over de op de kaart te vermelden identiteit van de betrokkene. Op grond van deze overwegingen is ervoor gekozen om voor identificatie gebruik te maken van daarvoor bestemde documenten. Bovendien kan met behulp van systemen als VECOZO de verzekerings situatie van een persoon via internet in korte tijd worden gecontroleerd, zodat ook het beveiligen van verzekeringsbewijzen voor dat doel steeds minder noodzakelijk wordt. Dit VECOZO-systeem is ontwikkeld door de verzekeraars zelf en is een voorbeeld van de maatregelen die verzekeraars zelf nemen om fraude tegen te gaan.

Het doet mij plezier dat de leden van de GroenLinks-fractie zich mét mij kunnen vinden in de mening dat elk fraudegeval er één te veel is. Ik ga er van uit dat velen die mening kunnen delen. De indruk van de fractieleden van GroenLinks is dat illegalen veelal zorgpasfraude zullen plegen, mensen die uit angst voor aangifte op die manier toegang krijgen tot medisch noodzakelijke zorg. De regering deelt die indruk niet. Ik heb geen berichten ontvangen dat illegalen de weg naar medisch noodzakelijke zorg niet kunnen vinden. Uit rapporten blijkt dat illegalen over het algemeen redelijk de weg vinden naar medische hulpverlening. Dit beeld komt onder andere naar voren in het rapport van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) van december 2000 «Illegalen aan de «poort» van de gezondheidszorg: toegankelijkheid en knelpunten in de zorg van huisartsen, verloskundigen en spoedeisende hulpafdelingen. De leden van de fractie van GroenLinks vragen of elke zorgpasfraude daarmee wel past in de definitie van fraude, zoals gebruikt in deze wet. In deze wet wordt het begrip fraude gehanteerd, zoals dat is gedefinieerd in het Rapport van de Universiteit Twente, «Frauderisico-analyse gezondheidszorg»: «het bewust handelen of nalaten in strijd met wet- en regelgeving en/of het opzettelijk niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens, met het doel hierbij ten onrechte uitgaven voor verstrekkingen (daaronder begrepen verstrekkingen in natura) en/of uitgaven voor beheer ten laste van de voor zorg bestemde (particuliere en publieke) middelen te brengen, minder te betalen ten bate van die middelen, of er extra inkomsten uit te ontvangen.». Elke zorgpasfraude – het gebruik door een onverzekerde van de zorgpas van een verzekerde voor het verkrijgen van zorg ten laste van die verzekering – en dus ook zorgpasfraude van een illegaal, valt onder de gehanteerde definitie. Zoals de leden van de GroenLinks-fractie aangeven hoeft de zorg niet onterecht te zijn verleend. Wel komen bij zorgpasfraude van een onverzekerde (illegaal) de kosten ten onrechte ten laste van de sociale ziektekostenverzekering. Dat is de reden dat wordt gesproken van fraude. Het is geenszins de bedoeling illegalen uit te sluiten van medisch noodzakelijke zorg. De kosten van door illegalen genoten zorg kan echter niet ten laste van de ziekenfondsverzekering (of de AWBZ) worden gebracht omdat, zoals hiervoor vermeld, niet-rechtmatig verblijvenden niet ingevolge de sociale verzekeringen verzekerd kunnen zijn. Het gaat niet aan om kosten van medische zorg die aan illegalen is verleend toch ten laste van de sociale verzekering te brengen. Indien zo iemand ook geen particuliere ziektekostenverzekering (anders dan de Wtz-standaardpakketpolis) heeft gesloten, zal hij de kosten van verleende medische zorg zelf moeten betalen. Deze kosten dienen exact zo te worden behandeld als de kosten van andere mensen die niet voor ziektekosten verzekerd zijn. Als de cliënt niet betaalt, zal de zorgaanbieder een incasso-procedure starten. Zoals hiervoor al is vermeld, is voor ziekenhuizen en revalidatiecentra binnen het eigen budget een voorziening opgenomen ter dekking van de kosten van dubieuze debiteuren. Eerstelijnszorgaanbieders kunnen als zij worden geconfronteerd met bovenmatige kosten voor onbetaald verleende

medisch noodzakelijke zorg aan illegalen, een beroep doen op de Stichting Koppeling.

De leden van de GroenLinks-fractie hebben graag meer inzicht in de categorie onverzekerden.

Naast de groep illegalen, die zich niet mogen verzekeren op grond van de Koppelingswet, bestaat de groep onverzekerden uit mensen die ervoor kiezen onverzekerd te zijn, mensen die zijn geroyeerd vanwege wanbetaling, dak- en thuislozen en de groep gemoedsbezwaarden.

Het probleem van onverzekerde dak- en thuislozen kan doorgaans worden opgelost. Als deze groep medische zorg nodig heeft kan een bijstandsuitkering worden aangevraagd op grond waarvan deze mensen dan ziekenfondsverzekerd zijn. Gemoedsbezwaarden zijn niet verzekerd omdat die groep bezwaar heeft tegen iedere vorm van verzekering. Deze laatste groep voorziet doorgaans op andere wijze in de betaling van noodzakelijke kosten van medische zorg.

De vraag van de leden van de fractie van GroenLinks of het budget van dit noodfonds (budget van de Stichting Koppeling) toereikend is, zeker nu het beroep daarop zal toenemen, kan bevestigend worden beantwoord.

Zoals in het verslag staat aangegeven is de regering van mening dat de voorgestelde maatregel van de identiteitsplicht bij het inroepen van zorg ten laste van de sociale ziektekostenverzekeringen, niet in de weg mag staan aan het geven van zorgaanbieders gehouden zijn medische noodzakelijke hulp te verlenen aan iedereen (verzekerd of niet). De leden van de GroenLinks-fractie vragen vervolgens of de regering de mening deelt dat het niet vergoeden van zorg wel degelijk van invloed zal zijn op het al dan niet verlenen van medische noodzakelijke zorg. Zoals ik in mijn antwoorden op de vragen bij het onderdeel Algemeen ook heb aangegeven is het evident dat de financiële toegankelijkheid van de zorg de feitelijke toegankelijkheid daarvan bevordert, omdat zorgaanbieders en instellingen bij het uitoefenen van hun taken niet alleen oog moeten hebben voor de medisch-ethische maar ook voor de bedrijfseconomische aspecten daarvan. Dat laat echter onverlet dat medisch noodzakelijke zorg moet worden geboden.

Het ligt voor de hand dat als een onverzekerde in een ziekenhuis wordt opgenomen en medische hulp krijgt het ziekenhuis kostenbewust zal optreden. Van ziekenhuizen is begrepen dat er in overleg met een onverzekerde patiënt alles aan wordt gedaan om de kosten van de verleende (medisch noodzakelijke) zorg zo beperkt mogelijk te houden. Op die wijze worden de kosten voor de patiënt zo laag mogelijk gehouden, opdat de rekening – vaak met een betalingsregeling – zo snel mogelijk kan worden voldaan.

### **3. Overige wijzigingen**

#### **– Integriteit van bestuurders**

De leden van de CDA-fractie vragen wat de eisen zijn die thans en in de toekomst aan genoemde personen worden gesteld.

Op dit moment is in artikel 34, derde lid, onderdeel e, van de Ziekenfondswet al bepaald dat deskundigheid van de personen die het beleid bepalen naar het oordeel van het CVZ voldoende moet zijn in verband met de uitoefening van de taken van een ziekenfonds en dat de handelingen en antecedenten van personen die het beleid van het ziekenfonds bepalen of mede bepalen geen aanleiding geven tot het oordeel dat de belangen van de verzekerden in gevaar zouden komen. Als een ziekenfonds tot een groep behoort, geldt de eis van deskundigheid en betrouwbaarheid ook voor de personen die het beleid bepalen van de groep, voor zover het beleid van belang is voor het ziekenfonds.

Na invoering van de Zvw zullen de eisen van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993) gelden. De eis van deskundigheid en betrouwbaarheid wordt ook in de Wtv 1993 aan beleidsbepalers van de verzekeraar gesteld. Inhoudelijk wijzigt zodoende niet veel, maar worden wel formuleringen gelijk getrokken.

Verder vragen de leden van de CDA-fractie in hoeverre de eisen overeen komen met de eisen zoals die voortvloeien uit Good Governance en hoe wordt omgegaan met verstrengeling van belangen voor en na de aanstelling.

De eis van deskundigheid en betrouwbaarheid is een algemene eis die in het kader van corporate governance aan bestuurs- en toezichtorganen wordt gesteld en komt overeen met de eis als hierboven genoemd. De eis van deskundigheid en betrouwbaarheid geldt zowel bij de aanvraag om een toelating als na de toelating. De toelatingseisen gelden voor iedere aanstelling van een bestuurder of toezichthouder. Treedt op enig moment na aanstelling van een bestuurder of toezichthouder een situatie van belangenverstrengeling op die gezien de eis van betrouwbaarheid niet toelaatbaar is dan zal langs de weg van de toelating van het ziekenfonds worden ingegrepen. Het CVZ en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) houden van bestuurders en toezichthouders van een ziekenfonds bij wie welke functies vertolken. Verstrengeling van belangen met die van een zorgaanbieder wordt overigens in artikel 42 van de Ziekenfondswet verboden.

Tot slot de vraag van de leden van de CDA-fractie op welke wijze de genoemde personen (persoonlijk) aansprakelijk zijn.

In Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek is geregeld in hoeverre bestuurders van rechtspersonen persoonlijk aansprakelijk zijn jegens de rechtspersoon. Het voorliggende wetsvoorstel brengt daarin geen verandering. Bepaald is dat de bestuurder tegenover de rechtspersoon gehouden is tot een behoorlijke vervulling van de hem opgedragen taak. Een bestuurder is niet aansprakelijk indien de tekortkoming niet in ernstige mate aan hem te wijten is en hij niet nalatig is geweest in het treffen van maatregelen om de gevolgen daarvan af te wenden. Van de mogelijkheid tot persoonlijke aansprakelijkstelling wordt vooral gebruik gemaakt door de curator ingeval van faillissement van de rechtspersoon.

In het algemeen kan ter correctie van ongewenst handelen van rechtspersonen worden volstaan met maatregelen jegens de rechtspersoon. Als het ziekenfonds niet meer voldoet aan de toelatingsvoorwaarden (waaronder de eis van deskundigheid en betrouwbaarheid) kan het CVZ de toelating van het ziekenfonds intrekken. Het CVZ regelt de gevolgen van de intrekking van de toelating en de afwikkeling van de lopende zaken. Vanwege de drastische consequenties hiervan wordt van deze bevoegdheid normaal gesproken geen gebruik gemaakt.

Het CTZ kan uit hoofde van zijn toezichthoudende taak een aanwijzing geven aan het ziekenfonds om het ziekenfonds te bewegen weer aan de toelatingsvoorwaarden te voldoen. Het CTZ neemt contact op met het ziekenfonds en stelt het ziekenfonds in de gelegenheid binnen een bepaalde termijn weer aan de toelatingsvoorwaarden te voldoen. Het vooruitzicht een aanwijzing van het CTZ te kunnen krijgen is voldoende om orde op zaken te stellen. Is een aanwijzing desondanks nodig en wordt hieraan door het ziekenfonds niet voldaan dan is het CTZ bevoegd tot toepassing van bestuursdwang. Langs deze weg kan het iemand voor wie de deskundigheid of betrouwbaarheid achteraf niet in orde lijkt, laten verwijderen.

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