

Vergaderjaar 2004–2005

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 11

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 juli 2005

1 Inleiding

De afgelopen maanden heb ik tijdens diverse overleggen over de Zorgverzekeringswet en de daarmee samenhangende wet- en regelgeving toegezegd dat ik u regelmatig zal informeren over de voortgang van de implementatie van de Zorgverzekeringswet. In deze brief ga ik in op drie onderwerpen. Ik ben voornemens om u in september een tweede brief te sturen.

Allereerst ga ik in op de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem en de resultaten van het daarover gevoerde bestuurlijk overleg (paragraaf 2). Vervolgens ga ik in op privacy-aspecten van gegevensuitwisseling in het kader van de risicoverevening (paragraaf 3). Het derde onderwerp van deze brief betreft mijn toezegging om u te informeren over de modelovereenkomsten en het bijbehorende toetsingskader (paragraaf 4).

2 Ontwikkeling risicovereveningssysteem 2006

Om te bevorderen dat zorgverzekeraars zich richten op een flexibele en doelmatige inkoop en organisatie van de zorg voor hun verzekerden dienen zorgverzekeraars in voldoende mate risicodragend zijn en dienen er gezonde concurrentieverhoudingen te zijn, die niet nadelig worden beïnvloed door de gezondheidskenmerken van de verzekerdenportefeuilles. De basis hiervoor ligt in een adequaat risicovereveningssysteem.

De wijze waarop de beschikbare middelen in het Zorgverzekeringsfonds over zorgverzekeraars worden verdeeld moet waarborgen dat concurrentie tussen de zorgverzekeraars op basis van een zo gelijk mogelijke uitgangspositie kan plaatsvinden. Het streven daarbij is dat verschillen tussen de (nominale) premies, die zorgverzekeraars in rekening brengen, primair samenhangen met de wijze van bedrijfsvoering van de zorg-

verzekeraars zelf en niet met – door de zorgverzekeraar niet beïnvloedbare – gezondheidsrisico's van de verzekerdenportefeuille. Het compenseren voor risicoverschillen via een systeem van risicoverevening beoogt dat de beschikbare premiemiddelen op een rechtvaardige wijze over de zorgverzekeraars worden verdeeld. Tegengegaan wordt dat zorgverzekeraars vanuit financieel oogpunt geprikkeld worden om zich vooral op jonge en gezonde verzekerden te richten (risicoselectie). Ik hecht daarom bijzonder aan een hoogwaardig vereveningsmodel.

Het risicovereveningssysteem in de Zorgverzekeringswet is vergelijkbaar met het verdeelmodel voor de verstrekkingenbudgettering in de Ziekenfondswet. De ervaringen die zijn opgedaan in meer dan tien jaar budgettering in de ziekenfondsverzekering hebben aangetoond dat het ontwikkelde verdeelmodel in staat is om min of meer gelijke verzekeringsrisico's te bewerkstelligen. Vanaf 2006 heeft de risicoverevening betrekking op de gehele Nederlandse bevolking. Om aan de verbreding van de populatie tegemoet te komen, is het vereveningsmodel vanaf dat jaar niet alleen gebaseerd op gegevens van ziekenfondsverzekerden, maar ook op gegevens van publiekrechtelijk en privaatrechtelijk verzekerden. Deze gegevens zijn echter nooit voor dit doel verzameld. De afgelopen twee jaar is samen met de betrokken verzekeraars veel aandacht besteed aan het verzamelen en bewerken van de betreffende gegevens ten behoeve van het risicovereveningssysteem.

Met deze bewerkingsslag is het risicovereveningssysteem in 2006 geschikt gemaakt voor de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. In een bestuurlijk overleg op 4 juli jongstleden is gebleken dat de vormgeving van het risicovereveningsmodel 2006 kan rekenen op instemming van zowel Zorgverzekeraars Nederland (ZN) als de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Zorgverzekeringen (KPZ). De bereikte resultaten zullen vóór 15 september aanstaande worden vastgelegd in een ministeriële regeling en in beleidsregels van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Ik zal u deze regeling en beleidsregels toesturen.

Kort samengevat bestaat het ex-ante risicovereveningssysteem in 2006 uit een vereveningsmodel met de criteria leeftijd/geslacht, farmacie kostengroepen, diagnose kostengroepen, aard van het inkomen en een regio-criterium. Het vereveningsmodel heeft betrekking op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, de kosten van specialistische hulp en de kosten van overige prestaties. Uit het model vloeit de ex-ante vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars voort. Van de hoogte en de wijze van vaststellen van deze vereveningsbijdrage worden zorgverzekeraars uiterlijk 15 september 2005 door het College voor zorgverzekeringen in kennis gesteld.

In het volgende zal ik ingaan op de belangrijkste uitgangspunten van het vereveningsmodel 2006. Uw Kamer heeft meerdere malen speciale aandacht gevraagd voor de compensatie van chronische aandoeningen en voor de zogenoemde grote stedenproblematiek. Hier zal ik gedetailleerd op ingaan.

Farmacie kostengroepen (FKG)

Het criterium FKG is een gezondheidscriterium gebaseerd op geneesmiddelengebruik in het verleden. Dit criterium compenseert verzekeraars voor hoge kosten van chronisch zieken. Op dit moment bevat het model in de ziekenfondsverzekering twaalf FKG's, met aparte FKG's voor onder andere reuma, hartaandoeningen, diabetes type 1 en neuromusculaire aandoeningen. Aan deze twaalf FKG's voeg ik in het vereveningsmodel 2006 vijf nieuwe FKG's toe. Het model houdt daarmee nog beter

rekening met hoge kosten van chronisch zieken. Het betreft FKG's voor diabetes type II (in twee varianten), cholesterol, schildklierafwijkingen en glaucoom. Ik heb al eerder toegezegd naar aanleiding van een onderzoek van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie om diabetes type II in het risicovereveningssysteem op te nemen. Wat betreft de diabetes type II patiënten onderscheid ik twee varianten waardoor rekening wordt gehouden met het verschil in meerkosten door de intensiteit van de behandeling. De FKG voor de lage behandelintensiteit is gebaseerd op het gebruik van alleen orale bloedglucoseverlagende middelen. De FKG voor de hoge behandelintensiteit van diabetes type II is naast deze middelen gebaseerd op bloeddrukverlagende en cholesterolverlagende geneesmiddelen.

Diagnose kostengroepen (DKG)

Het criterium DKG is een gezondheids criterium gebaseerd op ziekenhuisopname in het verleden. Ook dit criterium compenseert verzekeraars voor hoge kosten van chronisch zieken. Ik handhaaf dit criterium in het vereveningsmodel 2006. Het criterium compenseert hoge kosten van 69 aandoeningen (diagnosegroepen), waaronder bijvoorbeeld nierziekten, kanker en AIDS. De dertien DKG's worden op dit moment vastgesteld aan de hand van informatie over nevenverrichtingen en ontslagdiagnosen van ziekenhuisopnamen. Vanwege de invoering van de DBC's in 2005 moet ik de vaststelling van DKG's herzien. Vanaf 2006 maak ik bij de afleiding van de DKG's gebruik van DBC-informatie.

Aard van het inkomen

In het huidige verdeelmodel in de Ziekenfondswet vormt de verzekeringsgrond één van de verdeelkenmerken. De verzekeringsgrond staat in het model voor een complex van factoren die samen als sociaal-economische gezondheidsverschillen worden aangeduid. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet voor de gehele bevolking hoeven zorgverzekeraars niet langer de verzekeringsgrond van de verzekerden in hun administratie vast te leggen. Daarmee verdwijnt de informatie over de verzekeringsgrond uit beeld, terwijl daarnaast de kring van verzekerden wordt uitgebreid met de huidige particulier en publiekrechtelijk verzekerden.

Op basis van verschillende onderzoeken constateer ik dat het meenemen van de sociaal-economische achtergrond van verzekerden op individueel niveau, gedefinieerd in het model als «aard van het inkomen», een noodzakelijk onderdeel is van het model om voorspelbaar verlies op grote groepen verzekerden te voorkomen. Ik heb daarom besloten om in het vereveningsmodel 2006 het criterium aard van het inkomen te operationaliseren. Dit betekent dat het vereveningsmodel compenseert voor hogere kosten van arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en WW-ers en met lagere kosten van zelfstandigen.

Regio-criterium

Het regio-criterium compenseert voor sociaal-economische en zorgaanbodgerelateerde factoren (zoals stedelijkheid, percentage allochtonen, sterftegraden, nabijheid van ziekenhuizen), die samenhangen met de woonlocatie en die voor een zorgverzekeraar niet beïnvloedbaar zijn. De verschillen in deze factoren zijn daarom gerelateerd aan postcodes die in tien clusters zijn samengevoegd. In 2004 en 2005 heb ik veel onderzoek laten uitvoeren op het punt van het regio-criterium, mede omdat de resultaten van het model voor de grote steden nog te wensen over laten. Toevoeging van het budgetresultaat aan de criteria voor de indeling van postcodes in clusters verbetert de resultaten van het vereveningsmodel.

Daarom houd ik bij de clusterindeling van de postcodes in het model 2006 ook rekening met het budgetresultaat.

Na het aanbrengen van de genoemde verbeteringen aan het model blijft er nog een verschil in resultaat bestaan tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars dat niet door het model verklaard wordt. Hierbij valt op dat de resultaatsverschillen tussen de ziekenfondssector en de particuliere sector in de grote steden groter zijn dan in de rest van Nederland. Een belangrijke oorzaak van het verschil in resultaat tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars is dat het huidige vereveningsmodel onvoldoende compenseert voor de sociaal-economische verschillen tussen de huidige ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Dit speelt kennelijk vooral in de grote steden.

De huidige particulier verzekerden behoren tot een andere sociaal-economische klasse dan de huidige ziekenfondsverzekerden. Het regio-criterium in het model beoogt aan deze sociaal-economische verschillen tegemoet te komen. Maar, omdat ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden met dezelfde 4-cijferige postcode in hetzelfde regiocluster worden ingedeeld, wordt met hun verschil in sociaal-economische klasse en daarmee het verschil in verwachte zorgkosten, onterecht geen rekening gehouden.

Omdat ik grote waarde hecht aan een zoveel mogelijk gelijke uitgangspositie voor alle zorgverzekeraars bij de start van de Zorgverzekeringswet, pas ik het regio-criterium in 2006 zodanig toe dat rekening wordt gehouden met het sociaal economische verschil tussen voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalige particulier verzekerden. Dit mitigeert de bovengenoemde resultaatsverschillen en is bovendien een bijdrage aan het verbeteren van de aansluiting tussen de vereveningsbijdrage en kosten in de grote steden.

Overige aspecten

Naast het verbeteren van het vereveningsmodel heb ik aandacht voor de veranderende omgeving waarbinnen het model geoperationaliseerd moet worden. Ten eerste heeft de overstap op DBC-financiering per 1 januari 2005 consequenties voor de neerslag van kosten over verschillende groepen verzekerden (schadelastverschuiving). Grosso modo worden verzekerden jonger dan 60 jaar duurder (met uitzondering van 0 tot 4 jarigen) door de DBC-financiering, terwijl 60-plussers goedkoper worden. Dit werkt verschillend uit voor verschillende verzekeraars. Het vereveningsmodel 2006 houdt rekening met deze schadelastverschuiving.

Voorts zal het vereveningsmodel 2006 rekening houden met een nieuwe wijze van bekostiging van de huisartsen. Ik ga uit van een gemengd systeem, dat in hoofdlijnen bestaat uit een consulttarief, een inschrijftarief en drie specifieke modules.

In 2005 was er binnen de Ziekenfondswet sprake van 100 procent nacalculatie op de uitgaven die ziekenfondsen doen aan hun verzekerden in verband met de no-claimteruggaveregeling. De ziekenfondsen liepen in 2005 dus geen risico over de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling. In 2006 is het streven de zorgverzekeraars wel risico te laten lopen over deze uitvoering. De hoogte van no-claimteruggave verschilt echter per verzekeraar. Een verzekeraar met een gezonde verzekerdenportefeuille moet immers meer no-claim terugbetalen dan een verzekeraar met een ongezonde portefeuille. Met dit verschil houdt het vereveningsmodel 2006 rekening. Dit betekent dat verzekeraars naast een vereveningsbijdrage voor alle uitgaven aan prestaties ook een normatieve bijdrage krijgen voor de no-claimteruggave. De normen voor deze

bijdrage baseer ik op de bedragen die mensen met minder dan € 255 zorgkosten, zullen terugontvangen van verzekeraars.

In het huidige model in de Ziekenfondswet worden de vaste kosten ziekenhuisverpleging genormeerd op basis van de vaste kosten uit het verleden. Deze norm is voor particuliere verzekeraars niet goed vast te stellen vanwege een gebrek aan gegevens. Daarom normeer ik éénmalig in 2006 de vaste kosten op basis van de vaste kosten in het betreffende jaar. Materieel komt dit er op neer dat de normatieve bijdrage in de vaste kosten voor een verzekeraar gelijk is aan de werkelijke kosten in 2006.

Ex-post compensatiemechanismen

Onderdeel van het ex-ante risicovereveningssysteem is de inzet van ex-post compensatiemechanismen. Dit is integraal onderdeel van het ex-ante systeem; zorgverzekeraars worden over de precieze vormgeving en de mate van inzet van deze compensatie vóór de premiecalculaties op de hoogte gesteld.

Door een samenloop van maatregelen is 2006 een jaar met een relatief grote mate van onzekerheid voor de zorgverzekeraars. Deze onzekerheden komen samen in het risicovereveningssysteem. De kwaliteit van de gegevens die gebruikt worden voor de risicoverevening is door de toevoeging van particulier en publiekrechtelijk verzekerden namelijk minder goed dan de afgelopen jaren in de Ziekenfondswet gebruikelijk was. Daarnaast compliceert de overstap op DBC-financiering in 2005 de normering in 2006. Vanwege deze onzekerheden kies ik ervoor om, met als basis de hoogte van de ex-post compensatiemechanismen in de Ziekenfondswet in 2005, de nacalculatie voor de kosten van overige prestaties, variabele kosten van ziekenhuisverpleging, kosten van specialistische hulp en de no-claimteruggave zo vorm te geven dat enerzijds een vangnet met een nominale bandbreedte ontstaat en anderzijds voldoende prikkels tot doelmatigheid overblijven. Dit betekent:

- hogekostenverevening waarbij kosten boven 12 500 euro voor 90 procent worden verevend;
- generieke verevening: 30 procent voor het deelbedrag «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp»;
- nacalculatie: 35 procent voor het deelbedrag «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» en 95 procent voor het deelbedrag «vaste kosten van ziekenhuisverpleging»;
- nacalculatie: 90 procent voor de situatie dat het resultaat op de som van de deelbedragen «kosten van overige prestaties», «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» en de no-claimteruggave meer dan 35 euro per verzekerde bedraagt of een hoger verlies dan 35 euro oplevert.

3 Overzicht privacy-aspecten gegevensuitwisseling risicoverevening

Op 3 juni 2005 heb ik uw Kamer geïnformeerd (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 8) over privacy-aspecten van de Zorgverzekeringswet. Inmiddels heeft met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) enkele malen overleg plaatsgevonden. Daarbij is aangegeven dat het voor zowel de uitvoering als voor het onderhoud van het risicovereveningssysteem noodzakelijk is dat het CVZ een aantal gezondheidsgegevens op individueel niveau aan elkaar kan koppelen. De verschillende gegevens worden hieronder beschreven. Het CBP onderschrijft thans de noodzaak van het gebruik van deze gegevens, maar wijst op het belang van het afschermen van privacygevoelige informatie (zoals medische gegevens). Op dit moment wordt in overleg met het CBP gezien of bepaalde «versleutelings-

technieken» («privacy enhancing technologies») hierin uitkomst kunnen bieden. Het CBP heeft aangegeven dat vanuit privacyoverwegingen versleuteling aan de bron (in dit geval de aanbieder en de verzekeraar) de meest wenselijke optie is.

De te vervaardigen ministeriële regeling met betrekking tot de privacy-aspecten zal naast bepalingen over gegevensstromen die benodigd zijn voor de risicoverevening ook bepalingen bevatten over gegevens-uitwisseling ten behoeve van declaratie/formele controle en materiële controle. Ik ben voornemens om u in september 2005 nader te informeren over het overleg daarover met het CBP en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). In het vervolg ga ik inhoudelijk in op de verschillende gegevensstromen voor de risicoverevening.

Risicoverevening

In het kader van de risicoverevening in de Zvw zijn persoonsgegevens om twee redenen nodig. Enerzijds voor onderzoek naar de ontwikkeling en de verbetering van het vereveningsmodel en anderzijds voor de uitvoering van de risicoverevening door het CVZ.

Gegevens voor de ontwikkeling en verbetering van de risicoverevening

Jaarlijks voer ik een onderzoeksprogramma uit met als doel de verdere ontwikkeling en verbetering van het vereveningsmodel. Voor dit onderzoek zijn persoonsgegevens noodzakelijk. De basis voor deze onderzoeken zijn gegevensbestanden die worden geleverd door alle zorgverzekeraars. Deze bestanden worden door verzekeraars rechtstreeks geleverd aan Vektis, het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche. Vektis levert vervolgens de benodigde gecontroleerde bestanden aan de onderzoeksbureaus die het onderzoeksprogramma uitvoeren. De onderzoeksbureaus verrijken deze bestanden met gegevens over het aantal FKG's, het aantal DKG's en informatie over uitkeringsgerechtigden in verband met het criterium «aard van het inkomen», die uit andere bronnen komen.

Basisgegevens voor de uitvoering van de risicoverevening

Voor het bepalen van de vereveningsbijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds heeft het CVZ specifieke informatie nodig over de verzekerdenkenmerken. Voor het functioneren van het vereveningssysteem in de Zorgverzekeringswet worden door het CVZ aan verzekeraars dezelfde gegevens gevraagd als voorheen werden gevraagd aan ziekenfondsen voor de uitvoering van de verstrekkingenbudgettering in de Ziekenfondswet. De verzekeraars leveren hoofdzakelijk gegevens op geaggregeerd niveau (en dus geen privacy gevoelige gegevens) aan bij het CVZ. De enige uitzonderingen op de geaggregeerde gegevens zijn de levering van farmaciegegevens en de levering van zogenoemde GAR-gegevens («gender-address-region»). Het CVZ heeft de farmaciebestanden nodig voor het bepalen van het aantal verzekerden waarvoor een zorgverzekeraar op basis van het FKG-criterium compensatie ontvangt. Het CVZ heeft de GAR-bestanden nodig om inzicht te krijgen in de verzekerdenportefeuilles per verzekeraar. De GAR-bestanden betreffen dus geen medische gegevens maar bevatten verzekerdengegevens waarbij het sofi-nummer ontbreekt en er geen sprake is van volledige N(aam)A(dres) en W(oonplaats)-gegevens. Daarom worden deze bestanden door het CBP niet gezien als bestanden met privacy gevoelige informatie.

Gegevens voor directe compensatie zorgverzekeraars voor chronische patiënten

Om vanaf het eerste jaar verzekeraars te compenseren voor hoge kosten van overstappende chronische patiënten, dient het CVZ voor drie verdeelcriteria een administratie op persoonsniveau voeren. Het betreft de criteria FKG's, DKG's en aard van het inkomen. Hoewel het om privacy-redenen de voorkeur verdient om zo min mogelijk met persoonsgegevens te werken is hier – juist om een adequate compensatie voor kosten van chronische ziekte mogelijk te maken – bij het bepalen van de FKG's en DKG's toch voor gekozen. Het CVZ gaat met behulp van het sofi-nummer controleren of de desbetreffende persoon nog steeds bij dezelfde verzekeraar is verzekerd of dat de verzekerde inmiddels naar een andere verzekeraar is overgestapt. In dit laatste geval gaat de extra compensatie behorende bij de drie verdeelcriteria direct over naar de nieuwe verzekeraar.

Gegevens voor controle op dubbele inschrijving

Naast de administratie met FKG's, DKG's en aard van het inkomen op persoonsniveau zal het CVZ een administratie voeren waarmee het CVZ kan controleren of verzekerden niet dubbel staan ingeschreven. Het gaat hier om een administratie met per verzekerde de gegevens: sofi-nummer/ burgerservicenummer, code verzekeraar, ingangsen einddatum verzekering.

Gegevens voor vaststellen criterium aard van het inkomen

Zoals ik al in paragraaf 2 bij het verdeelcriterium aard van het inkomen heb aangegeven bevatten de administraties van de zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet geen gegevens die bruikbaar zijn voor het verdeelcriterium aard van het inkomen. Voor de operationalisering van dit criterium moet ik daarom externe bronnen hanteren. De bedoeling is dat benodigde gegevens worden verkregen uit de uitkeringsadministratie (polisadministratie) van het Uitkeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) en de Belastingdienst. Door het UWV en de Belastingdienst zullen de benodigde gegevens inclusief sofi-nummer aan het CVZ worden geleverd. Omdat het CVZ aan ieder sofi-nummer een verzekeraar kan koppelen is het voor het CVZ mogelijk om per verzekeraar het verdeelcriterium «aard van het inkomen» vast te stellen.

Gegevens voor vaststellen criterium DKG

Ook voor het vaststellen van het verdeelkenmerk DKG's op basis van DBC-informatie, zijn persoonsgegevens noodzakelijk. Deze persoonsgegevens zijn nodig om een koppeling te kunnen maken tussen enerzijds de verzekeraargegevens en anderzijds de DBC-informatie van de aanbieders die wordt verzameld in het DBC Informatie Systeem (DIS). Kortom, ook het DIS is een externe bron die gebruikt wordt voor de risico-verevening. Overigens is een andere optie dat DBC-informatie wordt verzameld in de administraties van de zorgverzekeraars. Naar het oordeel van het CBP mogen verzekeraars rechtstreeks DBC-informatie van aanbieders op het laagste detailniveau (wat noodzakelijk is voor het kunnen afleiden van DKG's) ontvangen mits rekening wordt gehouden met de Wet bescherming persoonsgegevens en de toepassing van technologieën ter bevordering van de privacyborging bij de zorgverzekeraars. Op dit moment werk ik deze optie verder uit in overleg met het CBP en ZN.

4 Voorbeeld-modelovereenkomsten en toetsingskader

In goed overleg met alle betrokken partijen zijn twee voorbeeld-modelovereenkomsten in de zin van de Zorgverzekeringswet ontwikkeld, één voor zorg op basis van natura en één voor voor zorg op basis van restitutie. Daarmee heeft de zorgverzekeraar ook een goede basis om een combinatiepolis te redigeren. De modelovereenkomsten zijn een handreiking aan verzekeraars, om inzicht te geven in de wijze waarop functiegericht omschreven prestaties in een polis geconcretiseerd kunnen worden. Zij zijn in nauwe samenwerking tussen ZN, het CTZ, het CVZ en mijn ministerie geredigeerd. Tegelijkertijd heeft het CTZ zich beraden over het te hanteren toetsingskader.

De voorbeeld-modelovereenkomsten zijn als zodanig goedgekeurd door het CTZ, dit betekent dat de opgenomen bepalingen voldoen aan de zorg waarop een verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet aanspraak kan maken. Deze modellen zijn opgesteld om ervoor te zorgen dat de goedkeurings/voorleggingsprocedure door CTZ zo snel en goed mogelijk kan worden afgehandeld.

Bijgevoegd in bijlage 1¹ is het voorbeeld van de modelovereenkomst voor niet-gecontracteerde zorg (restitutie) en in bijlage 2¹ het voorbeeld van de modelovereenkomst voor gecontracteerde zorg (natura).

Daarnaast is in bijlage 3¹ bijgevoegd het toetsingskader zoals dat door het CTZ wordt gehanteerd voor het toetsen van de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars. Dit toetsingskader is op 13 juli 2005 door het CTZ vastgesteld.

Voorts deel ik u mee dat ik ter uitvoering van de motie van de heer Heemskerk (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 94) aan het CVZ heb gevraagd om vóór 12 september 2005 een signalement uit te brengen met daarin een rapportage van de inhoud van de polissen in de Zorgverzekeringswet ten opzichte van het ziekenfondspakket.

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

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.