

Vergaderjaar 2004–2005

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 6**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 mei 2005

In mijn brief «Invoering Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag» (29 762/29 763, nr. 27) van 18 maart heb ik aangekondigd dat u gelijktijdig met de Invoerings- en aanpassingwet Zorgverzekeringswet een aparte brief zou ontvangen. In deze brief zou ik onder andere een reactie geven op aangenomen moties die waren ingediend bij de plenaire behandeling van de Zorgverzekeringswet op 15 december 2004 en zou ik tevens invulling geven aan enkele toezeggingen die ik tijdens dit debat heb gedaan. De onderhavige brief voorziet hierin. Deze brief bevat tevens een invulling van enkele toezeggingen die ik tijdens het Algemeen Overleg Invoering Zorgverzekeringswet op 27 april jongstleden heb gedaan.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H. Hoogervorst

## 1 Inleiding

Hieronder zullen de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- Duur integrale aanbod van verzekeraars aan verzekerden (paragraaf 2)
- Heffing inkomensafhankelijke bijdrage bij alimentatiegerechtigden (paragraaf 3)
- Artikel 3.15 in Besluit Zvw (paragraaf 4)
- Toezicht op reclame-uitingen door zorgverzekeraars (paragraaf 5)
- Zeldzame, kostbare aandoeningen in de vereveningssystematiek (paragraaf 6)
- Gelijk speelveld (paragraaf 7)
- Gevolgen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) voor de administratieve lasten van burgers en bedrijfsleven en de uitvoeringskosten van de overheid (paragraaf 8)
- Mogelijkheden persoonsgebondenbudget (PGB) in de Zvw (paragraaf 9)
- Consequenties knip in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor PGB's (paragraaf 10)
- Afwikkeling van de MOOZ-omslagbijdrage (paragraaf 11)
- Het opschorten van de zorgverzekering gedurende detentie (paragraaf 12)

In de hiervoor genoemde brief van 18 maart heb ik ook toegezegd om inzicht te bieden in de gevolgen van de invoering van de Zvw voor mensen in het buitenland. Hierover heb ik uw Kamer reeds bij brief van 13 april geïnformeerd (29 763, nr. 71). Daarom zal dit onderwerp in de onderhavige brief buiten beschouwing blijven.

Tijdens het Algemeen Overleg Invoering Zorgverzekeringswet (AO Invoering Zvw) is ook aandacht gevraagd voor de Gedragscode Bescherming Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en het daarbij behorende addendum. Tevens is gevraagd naar een overzicht van het gebruik van privacygegevens in het kader van de Zvw. Ik ben hierover in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College bescherming persoonsgegevens. Ik zal u voor het zomerreces over beide aspecten informeren.

In bijlage 1<sup>1</sup> treft u volledigheidshalve aan de recent verstuurd brief aan Menzis met daarin een reactie op een opiniestuk dat Menzis op 13 december jl. naar uw Kamer heeft verzonden.

## 2 Duur integrale aanbod van verzekeraars aan verzekerden

Verzekeraars zullen hun verzekerden een non-select, integraal aanbod voorleggen voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering. De duur van dit aanbod bedraagt 2 maanden. De periode waarin verzekeraars een aanbod aan hun verzekerden zullen voorleggen, loopt vanaf naar verwachting 1 november tot uiterlijk 16 december. Dit betekent dat het moment waarop het aanbod afloopt, in principe afhankelijk is van de datum waarop de verzekeraar de verzekerde een aanbod heeft voorgelegd. Naar aanleiding daarvan heeft de heer Heemskerk tijdens het AO Invoering Zvw gevraagd of dit aanbod, ongeacht de datum waarop verzekeraars dit aan hun verzekerden voorleggen, standaard tot 1 maart 2006 kan gelden.

Deze kwestie is inmiddels aan ZN voorgelegd. In reactie daarop heeft ZN toegezegd dat alle aanbiedingen van verzekeraars, ongeacht het moment waarop deze aan verzekerden worden voorgelegd, tot 1 maart 2006 zullen gelden.

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

### 3 Heffing inkomensafhankelijke bijdrage bij alimentatiegerechtigden

De heer Omtzigt (CDA) heeft tijdens het AO Invoering Zvw geopperd dat ontvangers van alimentatie gevrijwaard zouden moeten blijven van de inkomensafhankelijke bijdrage in de Zvw omdat de alimentatiebetaler over dit inkomen al inkomensafhankelijke bijdrage heeft betaald.

Alvorens ik de gemaakte keuze terzake in de Zvw toelicht, zal ik volledigheidshalve hieronder eerst de situatie in de Ziekendonswet (Zfw) en Zvw beknopt beschrijven.

Onder de huidige Zfw kunnen bij de *alimentatiegerechtigden* twee situaties worden onderscheiden. De alimentatiegerechtigde betaalt inkomensafhankelijke ziekenfondspremie over de ontvangen alimentatie mits de betrokkene uitsluitend alimentatie ontvangt en de alimentatie minder bedraagt dan de ziekenfondsgrens (in 2005 € 21 050 verzamelinkomen). De alimentatiegerechtigde betaalt de inkomensafhankelijke Zfw-premie dan rechtstreeks aan het ziekenfonds. Alimentatiegerechtigden die naast hun alimentatie ook overig inkomen genieten, betalen alleen inkomensafhankelijke Zfw-premie over dit overig inkomen (mits dit lager is dan de ziekenfondsgrens). *Alimentatiebetalers* betalen inkomensafhankelijke Zfw-premie over de af te dragen alimentatie.

In de Zvw, die inmiddels door uw Kamer is aangenomen, is geregeld dat iedere verzekeringsplichtige een inkomensafhankelijke bijdrage is verschuldigd over het zogeheten bijdrage-inkomen (art. 43). Dit betekent dat zowel *alimentatiegerechtigden* als *alimentatiebetalers* inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd zijn. Het gaat hierbij in principe om alle inkomensbestanddelen die bij de inkomstenbelasting in box 1 in aanmerking worden genomen (waaronder alimentatie). Uitzondering daarop vormen de inkomsten uit eigen woning en de bestandsdelen waarvoor de zogeheten ter beschikkingstellingsregeling geldt. Bij de bepaling van het bijdrage-inkomen wordt geen rekening gehouden met de uitgaven voor inkomensvoorzieningen, zoals de betaalde lijfrentepremies, en de zogenoemde persoonsgebonden aftrekposten, zoals de betaalde alimentatie. Dit betekent dat dergelijke uitgaven onderdeel zijn van het (bijdrage-)inkomen van de betaler van alimentatie waarover de inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd is. Mensen die al voor de inwerkingtreding van de Zvw alimentatie ontvingen, zijn overigens geen inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd over de ontvangen alimentatie omdat voor deze groep het nultarief van toepassing is.<sup>1</sup> Voor nieuwe gevallen, die wel inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd zijn, geldt dat de betaler en ontvanger van alimentatie samen bij de vaststelling van de hoogte van de alimentatie rekening kunnen houden met de belasting- en premiedruk, waaronder de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw.

Het feit dat alimentatie tot de grondslag voor de inkomensafhankelijke bijdrage in de Zvw behoort is om meerdere redenen verdedigbaar.

In de eerste plaats is deze systematiek, zoals uit het bovenstaande is gebleken, vergelijkbaar is met die in de Zfw.

In de tweede plaats doet de hiervoor beschreven systematiek zich bovendien niet alleen voor bij alimentatie (voor zover geen nultarief zou gelden). Deze geldt namelijk bij iedere betaling die door iemand wordt gedaan uit inkomen waarover inkomensafhankelijke bijdrage is verschuldigd en welke betaling vervolgens weer tot inkomen leidt voor degene aan wie de betaling plaatsvindt. Het bedrag dat iemand aan bijvoorbeeld de tuinman of schilder betaalt komt immers niet in mindering op de heffingsgrondslag voor de inkomensafhankelijke bijdrage, maar wordt bij de tuinman of schilder wel tot de heffingsgrondslag voor de inkomensafhankelijke bijdrage gerekend. Ook daar geldt dus dat terzake van de betaling geen aftrek bij de betaler plaatsvindt, maar wel heffing bij de ontvanger.

---

<sup>1</sup> Uiteraard voor zover zijn voldoen aan de criteria voor het nultarief. Overigens zou voor alimentatiegerechtigden die louter alimentatie genieten eigenlijk helemaal geen nultarief hoeven te gelden. Het nultarief is immers bedoeld voor situaties waarin ongewenste inkomenseffecten ontstaan doordat inkomensbestanddelen worden genoten waarover geen inkomensafhankelijke Zfw-premie was verschuldigd, maar waarover wel de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage is verschuldigd. Zoals hiervoor aan de orde kwam, is dat bij alimentatiegerechtigden uitsluitend het geval voor zover zij overig inkomen genieten op basis waarvan zij Zfw-verzekerd zijn. Alimentatiegerechtigden betalen in dat geval thans alleen Zfw-premie over het overige inkomen. Dat in de Zvw voor alimentatie altijd het nultarief geldt, komt omdat de Belastingdienst niet kan nagaan in welke gevallen over de ontvangen alimentatie in 2005 Zfw-premie werd betaald. Vanwege deze uitvoeringsproblemen is ervoor gekozen in alle gevallen over alimentatie het nultarief toe te passen.

Ook bij lijfrentes doet dit verschijnsel zich overigens voor; de betaalde premies komen niet in mindering op de heffingsgrondslag, maar de daaruit voortvloeiende uitkeringen worden wel tot de heffingsgrondslag gerekend.

Een vergelijking met de inkomstenbelasting biedt evenmin reden om alimentatie buiten de grondslag van de inkomensafhankelijke bijdrage te houden. Dit heeft twee redenen. Allereerst zou, uitgaande van het systeem van de inkomstenbelasting niet de ontvanger, maar de betaler van alimentatie een tegemoetkoming moeten krijgen door de heffingsgrondslag te verminderen met de betaalde alimentatie. Daarnaast zou bij de bepaling van het bijdrage-inkomen in de Zvw dan echter ook rekening moeten worden gehouden met de andere draagkrachtverminderende factoren die in de inkomstenbelasting in aanmerking worden genomen (zoals lijfrentepremies, buitengewone uitgaven voor ziekte en dergelijke, aftrekbare giften, scholingsuitgaven). Het meenemen van persoonsgebonden aftrekposten in de grondslag van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw zou een ingrijpende wijziging betekenen. De gevolgen voor het met de invoering van de Zvw samenhangende inkomensbeeld zijn dusdanig complex dat deze niet door bestaande fiscale maatregelen ondervangen kunnen worden. Om die reden is er voor gekozen om net als bij de Zfw – en anders dan bij de inkomstenbelasting – geen rekening te houden met draagkrachtverminderende factoren en derhalve ook de persoonsgebonden aftrekposten buiten beschouwing te laten.

#### **4 Artikel 3.15 in Besluit Zvw**

Tijdens het AO Invoering Zvw heeft de heer Omtzigt (CDA) gevraagd naar de reikwijdte van artikel 3.15 van het Besluit Zorgverzekering en in het bijzonder van het tweede lid van dat artikel.

Artikel 3.15 tweede lid geeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de bevoegdheid om een alternatieve basis te gebruiken bij de vaststelling van de ex-ante vereveningsbijdrage als het toepassen van historische gegevens tot «onredelijke en niet-beoogde uitkomsten leidt». Hierbij valt te denken aan de situatie van zorgverzekeraars met een snel groeiend verzekerdenbestand. In een dergelijke situatie is het denkbaar dat de historische verzekerdenpopulatie die betrokken is bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage, bijvoorbeeld op het punt van prevalenties van FKG's en DKG's, niet representatief is voor het actuele verzekerdenbestand.<sup>1</sup> In dit geval kan het CVZ van een alternatieve basis uitgaan om bijvoorbeeld liquiditeitsproblemen bij een zorgverzekeraar te voorkomen. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling van artikel 3.15 dat het CVZ de bevoegdheid krijgt alle ministeriële bepalingen te negeren en de middelen in het Zorgverzekeringsfonds naar eigen inzicht te verdelen. Ik zal bevorderen dat het CVZ, wanneer het gebruik moet maken van de mogelijkheid die artikel 3.15 biedt, dit in overleg met mij zal doen.

#### **5 Toezicht op reclame-uitingen door zorgverzekeraars**

Mevrouw Kant (SP) vroeg tijdens het AO Invoering Zvw hoe voorkomen kan worden dat zorgverzekeraars misleidende reclames voor hun zorgverzekeringen maken. Ik heb daarop geantwoord dat dit straks in de Wet financiële dienstverlening (Wfd) geregeld zal zijn, en dat de Stichting Autoriteit Financiële Markten (AFM) daar toezicht op zal houden. Dit wekte enige verbazing, aangezien ik eerder in april op Kamervragen van mevrouw Kant (vraag nr. 2040510580) had geantwoord dat dit in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal worden geregeld, en dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met het toezicht op de naleving zal worden belast.

---

<sup>1</sup> De prevalentie van een aandoening is het aantal gevallen per duizend of per honderd-duizend op een specifiek moment in de bevolking.

Beide uitspraken zijn echter juist. Artikel 30 van het wetsvoorstel Wfd (Kamerstukken I 2004/05, 29 507, A) draagt financiële dienstverleners op ervoor te zorgen dat de informatie die zij over hun producten en diensten verstrekken feitelijk juist, voor de consument begrijpelijk en niet misleidend is. Dat geldt ook voor hun reclame-uitingen. De Wfd zal naar verwachting dit najaar – dus nog voor de Zvw – in werking kunnen treden. Aangezien zorgverzekeraars financiële dienstverleners zijn in de zin van de Wfd, zullen ook zorgverzekeraars zich op grond van die wet van het maken van misleidende reclame dienen te onthouden. De AFM zal hier toezicht op houden.

Met inwerkingtreding van de Wmg, zal het verbod van misleidende reclame voor zorgverzekeraars uit de Wfd worden gelicht en in de Wmg zelf zijn opgenomen. Vanaf dat moment zal de NZa toezicht houden op de naleving van dit verbod.

Kortom: zolang de Wmg niet in werking is getreden, staat het verbod op misleidende reclame in de Wfd, met toezicht door de AFM, daarna staat het in de Wmg, met toezicht door de NZa. Overigens bevat, zoals ik in antwoord op eerderbedeelde Kamervragen heb aangegeven (DBO-K-U-2572073) op dit moment reeds de Nederlandse Reclame Code een verbod op misleidende reclame.

## **6 Zeldzame, kostbare aandoeningen in de vereveningssystematiek**

Bij de stemmingen over de Zvw op 21 december 2004 heeft uw Kamer een motie van de heer Omtzigt (CDA) aangenomen waarin de regering wordt verzocht om zeldzame, zeer kostbare aandoeningen mee te nemen in de vereveningssystematiek.<sup>1</sup>

In het beoogde risicovereveningssysteem wordt met de criteria Farmacie Kosten Groepen (FKG's) en Diagnose Kosten Groepen (DKG's) rekening gehouden met kostbare chronische aandoeningen. In het systeem wordt echter niet expliciet rekening gehouden met bepaalde zeldzame aandoeningen in aparte FKG's of DKG's, aangezien één van de criteria voor de FKG- en DKG-indeling is dat de prevalentie van de aandoeningen boven een bepaalde grenswaarde uit moet komen. Hiervoor gelden zowel statistische als privacy-overwegingen. Zeldzame aandoeningen voldoen niet aan de grenswaarde.

Daarnaast is er tot op heden om uitvoeringstechnische redenen altijd van afgezien om in het vereveningsmodel rekening te houden met (alle) zeldzame aandoeningen. Dit zou namelijk leiden tot veel extra FKG's en DKG's voor aandoeningen die zeer incidenteel voorkomen met als gevolg een zeer uitgebreid en ondoorzichtig vereveningsmodel met uitvoeringsproblemen en mogelijk instabiele schatting van de bijbehorende normbedragen. Elk jaar wordt, tijdens onderzoekscyclus ten behoeve van verbetering en verfijning van het verdeelmodel, rekening gehouden met de zorgvuldige afweging tussen uitvoerbaarheid en transparantie versus de verdelende werking van het vereveningsmodel.

Omdat niet expliciet rekening kan worden gehouden met alle zeldzame kostbare aandoeningen handhaaf ik op dit moment in het risico-vereveningsmodel drie ex-post compensatiemechanismen. Voor de kostbare zeldzame aandoeningen is vooral de hogekostenverevening (HKV) relevant. Daarnaast is door de FKG- en DKG-systematiek en het feit dat bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage rekening wordt gehouden met de co-morbiditeit de aansluiting tussen hoge kosten voor chronisch zieken

---

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2004–2005, 29 763, nr. 52.

en de vereveningsbijdrage verbeterd. Deze aspecten zal ik hieronder toelichten.

### *Hogekostenverevening*

De HKV compenseert in feite verzekeraars voor verzekerden met hoge kosten waaronder veel verzekerden met dure, zeldzame aandoeningen die niet of onvoldoende door het vereveningsmodel worden opgevangen. De HKV beoogt tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van een ongelijke verdeling van hoge schadegevallen over zorgverzekeraars. Dit zorgt ervoor dat verzekeraars voor het grootste deel, achteraf, de hoge kosten die zeldzame kostbare aandoeningen met zich meebrengen gecompenseerd krijgen, boven een bepaalde van tevoren vastgestelde drempelwaarde. Voor 2005 ligt deze drempelwaarde op 12 500 euro. Voor 90 procent van de kosten boven deze drempelwaarde wordt de verzekeraar achteraf gecompenseerd.

### *FKG en DKG-systematiek*

Sinds 2002 houdt het verdeelmodel voor de normuitkering aan ziekenfondsen rekening met FKG's en sinds 2004 met de DKG's. Door het opnemen van deze gezondheidskenmerken in het verdeelmodel is de aansluiting van de bijdragen op de voorspelbaar hoge kosten van groepen chronisch zieken met hoge zorgkosten verbeterd. Om chronisch zieken te herkennen wordt er gebruik gemaakt van twaalf FKG's. Deze FKG's hebben betrekking op geneesmiddelen die worden gebruikt door groepen chronisch en/of zeer ernstig zieken die in vergelijking met andere verzekerden gemiddeld significant hogere ziektekosten hebben over alle verstrekkingen gezien (bijvoorbeeld diabetespatiënten, carapatiënten, HIV-geïnfecteerden). De DKG's bestaan uit 69 aandoeningengroepen verdeeld over dertien clusters, die betrekking hebben op ziekenhuisopnamen van chronisch en/of zeer ernstige zieken die in vergelijking met andere verzekerden gemiddeld significant hogere vervolgcosten hebben over alle verstrekkingen gezien (bijvoorbeeld chronische leverziekten en longziekten). Voor de verzekerden in een FKG of DKG wordt aan de verzekeraar (vooraf) een bijdrage gegeven voor alle zorgkosten.

Het aantal verzekerden dat ingedeeld wordt in een FKG of DKG verschilt aanzienlijk per FKG of DKG. In de FKG cara worden jaarlijks circa 400 000 verzekerden ingedeeld. En in de FKG diabetes type I ongeveer 150 000. Maar in bijvoorbeeld de FKG HIV/AIDS worden ongeveer 5 000 verzekerden ingedeeld. Voor de DKG geldt een iets minder grote spreiding. In zes van de dertien DKG's worden jaarlijks meer dan 20 000 verzekerden ingedeeld. In de DKG 13 (thuis)hemodialyse en in de DKG 12 waaronder bijvoorbeeld vallen thuisbeademing, transplantaties en longziekten worden ruim 7 000 verzekerden ingedeeld.

### *Co-morbiditeit*

De indeling van een verzekerde in een mogelijke FKG of DKG houdt rekening met co-morbiditeit (dit is het voorkomen van meerdere (chronische) aandoeningen bij één persoon tegelijkertijd). De indeling is afhankelijk van de hoogte van de vervolgcosten van een bepaalde aandoening. Wanneer iemand vanwege meerdere aandoeningen in eerste instantie ingedeeld zou worden bij twee of meer FKG's of DKG's, dan telt alleen de FKG of DKG met de hoogste gemiddelde meerkosten mee voor de vereveningsbijdrage. Bij de vaststelling van de hoogte van de vereveningsbijdrage die gekoppeld is aan een FKG of DKG wordt echter wel impliciet rekening gehouden met de kosten van eventuele andere aandoeningen. Dit komt omdat de hoogte van de vereveningsbijdrage gebaseerd is op het totale

vervolgkosten van een individu. Daar kunnen dus ook de vervolgcosten van (kostbare, zeldzame) nevenaandoeningen bij zitten.

Van de verzekerden die in een FKG zijn ingedeeld, is 13 procent ook in een DKG ingedeeld. Van de verzekerden die in een DKG zijn ingedeeld, is zelfs 40 procent ook al in een andere FKG ingedeeld. Dit veronderstelt dat verzekerden met een chronische zeldzame aandoening een (relatief) hoge kans hebben om al in een FKG of DKG te zijn ingedeeld (deze kans is vijf keer groter dan voor een gemiddelde verzekerde). Hierdoor krijgen deze verzekerden dus al hogere vereveningsbijdragen. Het feitelijke verlies op deze verzekerden voor een verzekeraar is dus vaak aanzienlijk kleiner dan de HKV-drempel van 12 500 euro. Bovendien komen chronische ziekten veel voor bij ouderen wat veronderstelt dat het bij chronische aandoeningen veelal om verzekerden gaat waarvoor op grond van leeftijd al een vergoeding van 2 000 tot 3 000 euro geldt. Ook dit verkleint het potentiële verlies voor een verzekeraar op deze groep verzekerden.

#### *Verbetering en verfijning van het huidige vereveningssysteem*

Het voorgaande laat onverlet dat het ex-ante vereveningssysteem nog in ontwikkeling is. Hieronder schets ik een aantal aspecten dat daarbij een rol speelt.

Zoals hiervoor al aan de orde is geweest, wordt in de huidige FKG-systematiek niet expliciet rekening gehouden met bepaalde zeldzame aandoeningen in meerdere aparte FKG's, aangezien één van de criteria voor de FKG en DKG indeling is dat de prevalentie van de aandoeningen in theorie boven een bepaalde vastgestelde grenswaarde uit moet komen. Hiervan is geen sprake bij zeldzame aandoeningen. Een mogelijke oplossing voor dit probleem is om meerdere zeldzame aandoeningen geclusterd onder te brengen in een aparte FKG voor zeldzame dure aandoeningen.

Het onderzoek «Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering» van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) voor de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie leidt tot zes aanbevelingen voor verbeteringen van het ex-ante risicovereveningsmodel. Ik ben reeds, in samenwerking met zorgverzekeraar Agis, bezig met een onderzoek naar de relatie tussen het risicovereveningssysteem en meerjarige zeer hoge kosten. Verder deel ik de mening van de EUR dat gegevens en inzichten die beschikbaar komen bij de gefaseerde overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg én de invoering van een vrijwillig eigen risico, gebruikt moeten worden in de verdere ontwikkeling van het risicovereveningssysteem.

De vraag op welke wijze rekening kan worden gehouden met zeldzame chronische aandoeningen met hoge (voorspelbare) zorgkosten in het vereveningsmodel, zal worden meegenomen in het onderzoeksprogramma 2006 van de werkgroep onderzoek risicoverevening. In samenwerking met wetenschappers en zorgverzekeraars zal allereerst nauwkeurig in kaart moeten worden gebracht om welke aandoeningen het precies gaat. Voorts zal moeten worden onderzocht of deze aandoeningen kunnen worden ingepast in de bestaande FKG- en DKG-systematiek van het vereveningsmodel en op welke wijze dit wenselijk is.

## 7 Gelijk speelveld

*Over de gelijkheid van het speelveld bij maatschappelijke ondernemingen en ondernemingen met winstoogmerk*

Bij de stemmingen over de Zvw op 21 december 2004 aanvaardde uw Kamer de motie van de leden Omtzigt (CDA) en Bakker (D66) waarin de regering wordt verzocht vóór de behandeling van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-wet Zvw) met een voorstel te komen waarmee een gelijk speelveld wordt gecreëerd tussen maatschappelijke ondernemingen en ondernemingen met winstoogmerk.<sup>1</sup>

Bijlage 2<sup>2</sup> bevat een uitgebreide reactie op deze motie. Hieronder volgt een beknopte samenvatting daarvan.

Bij het gelijke speelveld is het niet de bedoeling om alle huidige ziektekostenverzekeraars die als zorgverzekeraar willen doorgaan volledig gelijk te schakelen. Wèl dienen zij levensvatbaar aan de introductie van het nieuwe zorgstelsel te kunnen beginnen.

Daarvoor is niet doorslaggevend of het gaat om maatschappelijke ondernemingen of ondernemingen die met winstoogmerk opereren. Het opereren met een winstoogmerk door zorgverzekeraars heeft namelijk zowel voor- als nadelen. Een belangrijk voordeel is dat zorgverzekeraars die streven naar uitkeerbare winst gemakkelijker risicodragend kapitaal kunnen aantrekken. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars met winstoogmerk vennootschapsbelasting verschuldigd zijn (tenzij de behaalde winst wordt aangewend voor instellingen ten bate van de volksgezondheid). De vooren nadelen van het opereren met winstoogmerk wijzen niet zonder meer in de richting van het een of het ander. Dit blijkt ook uit de gemaakte keuzen terzake van de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars: ongeveer 2/3 van de particuliere ziektekostenverzekeraars opereert met winstoogmerk en circa 1/3 opereert zonder winstoogmerk.<sup>3</sup> Omdat het onderscheid tussen maatschappelijke ondernemingen en op winst gerichte ondernemingen dus minder relevant is, is bezien of bij de inwerkingtreding van de Zvw sprake is van een gelijk speelveld tussen voormalige ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars.

### *Relatie borging publieke belangen en gelijk speelveld*

De introductie van marktprikkels in het zorgstelsel vereist dat de overheid de randvoorwaarden vastlegt en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op systeemniveau bewaakt. De borging van deze belangen is in de context van de beoogde concurrentie immers niet vanzelfsprekend. Er zal in meer of mindere mate regulering en toezicht nodig zijn. Bij zorgverzekeraars is vooral de regulering gericht op financiële toegankelijkheid en doelmatigheid van belang. De regelgeving bij en het toezicht op kwaliteit zijn immers primair gekoppeld aan de zorgaanbieders.<sup>4</sup>

Om een voor alle Nederlanders gelijke toegang tot de gezondheidszorg te kunnen waarborgen voorziet de Zvw in een aantal plichten voor zorgverzekeraars.<sup>5</sup> Het wettelijk voorgeschreven verzekerde pakket, de acceptatieplicht, de verplichting om voor één polis dezelfde nominale premie in rekening te brengen ongeacht de kenmerken van de verzekerden en de verplichte deelname aan het risicovereveningsfonds zijn de belangrijkste. Deze verplichtingen zijn niet alleen van belang voor de (financiële) toegankelijkheid, maar ook voor de doelmatigheid. De genoemde wettelijke plichten stimuleren zorgverzekeraars immers tot het doelmatig contracteren, organiseren en verlenen van zorg. Omdat de

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 29 763 nr. 53.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>3</sup> Ziekenfondsen zijn verplicht om zonder winstoogmerk te opereren.

<sup>4</sup> Dit laat uiteraard onverlet dat indien zorgverzekeraars polissen met gecontracteerde zorg aanbieden, zij bij hun contracteerbeleid de kwaliteit van de geleverde zorg door zorgaanbieders laten meewegen.

<sup>5</sup> Het begrip toegankelijkheid wordt hier belicht vanuit de verzekeringskant van het zorgstelsel. Er is ook nog een toegankelijkheidsdimensie vanuit het aanbod (voldoende beschikbaarheid). Van deze dimensie van toegankelijkheid wordt hier geabstraheerd.



genoemde verplichtingen voor alle zorgverzekeraars in gelijke mate gelden, is in dit opzicht sprake van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars.

#### *Startpositie zorgverzekeraars bij inwerkingtreding van de Zvw*

Het voorgaande laat onverlet dat de uitgangspositie van de huidige ziekenfondsen en particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars op onderdelen van elkaar verschillen. Het gaat daarbij achtereenvolgens om de omvang van het aantal verzekerden, landelijke versus regionale marktoriëntatie, wel of niet deel uitmaken van een multi-brancheorganisatie, wel of geen ervaring met zorginkoop, verschil in distributiekanaal, specialisatie in collectieve contracten, de mate van solvabiliteit en het risicoprofiel van het verzekerdenbestand.

Bij de beantwoording van de vraag of deze verschillen van invloed zijn op het gelijke speelveld is steeds een van de onderstaande aspecten van belang:

- Biedt de Zvw zorgverzekeraars de mogelijkheid om eigen keuzes te maken ten aanzien van de wijze waarop zij de Zvw willen uitvoeren? Indien deze vraag bevestigend kan worden beantwoord, dan is het betreffende onderwerp niet van belang voor het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars.
- Vormen de verplichtingen uit de Zvw een belemmering voor zorgverzekeraars om de Zvw op succesvolle wijze uit te voeren? Indien deze vraag bevestigend kan worden beantwoord, dan is het betreffende onderwerp wel van invloed op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars.

De verschillen ten aanzien van de omvang van het aantal verzekerden, landelijke versus regionale marktoriëntatie, wel of niet deel uitmaken van een multi-brancheorganisatie, wel of geen ervaring met zorginkoop, verschil in distributiekanaal en specialisatie in collectieve contracten zijn niet van invloed op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars. Bij deze aspecten biedt de Zvw zorgverzekeraars namelijk de mogelijkheid om eigen keuzes te maken.

De verschillen ten aanzien van de mate van solvabiliteit en het risicoprofiel van het verzekerdenbestand zouden in principe wel van invloed kunnen zijn op het gelijke speelveld. De verschillen in solvabiliteit zouden tot een ongelijk speelveld kunnen leiden omdat voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars wier solvabiliteit hoger is dan wettelijk vereist, lagere premies voor polissen in rekening kunnen brengen dan voormalige ziekenfondsen. In dat geval zal De Nederlandsche Bank (DNB) de betrokken verzekeraars wijzen op de insolventierisico's van een dergelijke handelwijze. Naar verwachting zullen zorgverzekeraars een dusdanig premiebeleid voeren, dat dit niet ten koste gaat van de voor de lange termijn noodzakelijke reserves. Bovendien geldt dat veel particuliere verzekeraars in een concern met andere verzekeraars en/of banken zijn gelieerd aan ziekenfondsen. Vanwege het groepstoezicht van de DNB zijn financiële sterke onderdelen van concerns (in dit geval de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars) verplicht om de financiële minder sterke onderdelen van het betreffende concern (bijvoorbeeld de voormalige ziekenfondsen) te ondersteunen. Verder ziet de Nederlandse Mededingingsautoriteit (Nma) er op toe dat zorgverzekeraars geen misbruik maken van een eventuele economische machtspositie. Huidige (en toekomstige) verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerdenbestand kunnen zorgverzekeraars in een ongunstige positie plaatsen. Om dit te voorkomen, heeft het kabinet besloten om een risicoverevenings-

systeem toe te passen. Hierdoor worden bestaande en toekomstige verschillen in het risicoprofiel van de verzekerden verevend.

De conclusie is dan ook gerechtvaardigd dat de Zvw zo is opgezet dat alle type zorgverzekeraars bij de inwerkingtreding van de Zvw een nagenoeg gelijk speelveld betreden.

### **8 Gevolgen van de Zvw en de Wzt voor de administratieve lasten van burgers en bedrijfsleven en de uitvoeringskosten van de overheid**

Bij de stemmingen over de Zvw op 21 december 2004 aanvaardde uw Kamer de motie van de leden Schippers (VVD), Omtzigt (CDA) en Bakker (D66) over de reductie van administratieve lasten.<sup>1</sup> De motie verzocht aan te geven wat de administratieve lasten zijn voor burgers, verzekeraars en de overheid in het huidige en het nieuwe stelsel.

In bijlage 3<sup>2</sup> komt de integrale reactie op deze motie aan de orde. Hieronder volgt een beknopte samenvatting daarvan.

Volgens de door het kabinet gekozen definitie gaat het bij administratieve lasten om de kosten van burgers en bedrijven om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. Administratieve lasten voor zorgaanbieders en verzekeraars worden uitgedrukt in euro's per jaar, voor burgers in uren of minuten tijdsbesteding per jaar. Voor de in de motie aangegeven administratieve lasten van de overheid zijn de kosten van uitvoeringsorganen genomen.

De gemiddelde administratieve lasten voor *burgers* uitgedrukt in de jaarlijkse tijdsbesteding nemen door de invoering van de Zvw per burger volgens de definitie voor administratieve lasten per saldo af met 22 procent. Deze vermindering is een saldo van deels lagere en deels hogere lasten. Het wegvallen van het in- en uitschrijven voor ziekenfonds en particuliere verzekering door de loongrens in de huidige Zfw zorgt voor een belangrijke verlaging, evenals het verdwijnen van de verplichting om een wijziging van werkgever door te geven aan de zorgverzekeraar. Een verhoging van lasten treedt op doordat in de Zvw alle verzekerden jaarlijks een polis krijgen toegezonden door de verzekeraar en doordat verzekerden deze polis zullen doornemen en archiveren. Per persoon is de tijdsbesteding hiervoor echter naar verwachting beperkt.

Los van deze administratieve lasten in enge zin treedt er naar verwachting ook een verbetering in tijdsbesteding op voor degenen die nu een particuliere polis hebben (waaronder de polissen op grond van de Wet toegang zorgverzekeringen 1998 [WTZ]). Deze verzekerden ontvangen en betalen nu veelal zelf de facturen van zorgverleners en declareren deze vervolgens bij hun verzekeraar'. Formeel (volgens de definitie) zijn dat geen administratieve lasten, maar burgers zullen dat wel als zodanig ervaren. De verwachting is dat de meeste verzekeraars en de zorgaanbieders zullen afspreken dat bij de invoering van de Zvw, zorgaanbieders facturen voor houders van restitutiepolissen zullen sturen naar de verzekeraar van betrokkenen, en niet naar de verzekerde zelf. De verzekeraar betaalt vervolgens de factuur aan de zorgaanbieder, bericht de verzekerde periodiek over de uitgevoerde betalingen en int zo nodig bij de verzekerde het eventuele eigen risico. Particuliere verzekerden kunnen straks kiezen voor een naturapolis, waardoor ze sowieso niet met facturen te maken krijgen. Kiezen ze voor een restitutiepolis dan zal de «afhandelingslast» rond facturen lager zijn dan nu het geval is.

<sup>1</sup> Tweede Kamer, 2004–2005, 29 763, nr. 55.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Eenmalige lasten zijn er bij de introductie van de Zvw in 2006, doordat alle burgers een verzekeringsovereenkomst moeten afsluiten bij een van de verzekeraars. Verzekeraars zullen dit proces zo soepel mogelijk laten verlopen door verzekerden een aanbod voor te leggen voor de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering dat zoveel mogelijk aansluit bij de dekking van hun huidige verzekering. Deze eenmalige tijdsbesteding (kennismaken van verandering in verzekering en de aangeboden polis en het accepteren van het aanbod door bijvoorbeeld het ondertekenen en verzenden van de acceptgiro) wordt geschat op 1 uur per burger.<sup>1</sup> De wet op de Zorgtoeslag zorgt voor een stijging van de administratieve lasten voor burgers. De aanvraagprocedure is evenwel laagdrempelig en het formulier wordt in begrijpelijke taal gesteld en toegelicht. De dienst Toeslagen van de Belastingdienst zal aan zoveel mogelijk huishoudens uit de doelgroep een formulier toezenden, waarop al zoveel mogelijk gegevens zijn ingevuld. Het betrokken huishouden zal dit formulier beoordelen, zo nodig aanvullen of wijzigen en vervolgens insturen. Daarnaast zal een deel van de doelgroep zelf een formulier moeten aanvragen, invullen en insturen. De lasten zullen dus tussen huishoudens zeer uiteenlopen, maar de gemiddelde last van de eerste aanvraag voor 2006 schatten we op ruim 25 minuten per huishouden. De lasten in latere jaren zijn lager doordat de dienst Toeslagen in meer gevallen een compleet ingevuld aanvraagformulier zal toezenden en er meer digitale uitwisseling van formulieren zal zijn.

De administratieve lasten voor *zorgverzekeraars* (en deels bij zorgaanbieders) nemen aanzienlijk af doordat de Zvw veel minder regels bevat dan de Zfw: de reductie bedraagt 80%, ofwel € 384 miljoen. Een deel van deze reductie heeft betrekking op informatie met een gemengde functie (dat wil zeggen dat deze informatie ook noodzakelijk is voor de eigen bedrijfsprocessen), waardoor de werkelijke kostenvermindering lager uit zal vallen. Ook bij de verzekeraars zijn er eenmalige lasten vanwege de inschrijving van verzekerden voor de nieuwe verzekering. Naar verwachting zijn deze eenmalige lasten te overzien, omdat verzekeraars nu ook al elk jaar een voorstel voor de nieuwe premie of polis aan hun verzekerden doen (ziekenfondsen voor de aanvullende verzekering en particuliere verzekeraars voor de particuliere polis).

De uitvoeringskosten voor de *overheid* nemen toe met € 66 miljoen. Tegenover kostenverminderingen door de afschaffing van de WTZ en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ) en integratie van premie- en belastinginning staan toenames van kosten doordat voor meer verzekerden een procentuele premie moet worden geïnd en als gevolg van de invoering van de zorgtoeslag.

## **9 Mogelijkheden PGB in de Zvw**

Bij de stemmingen over de Zvw op 21 december 2004 aanvaardde uw Kamer de motie van de leden Schippers (VVD), Smilde (CDA) en Bakker (D66) waarin de regering is verzocht te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van opname van de mogelijkheid om te kiezen voor een PGB in de Zvw en daarover uw Kamer te informeren gelijktijdig met de indiening van de I&A-wet Zvw.<sup>2</sup>

In reactie hierop deel ik mede dat de Staatssecretaris en ik de keuzemogelijkheden van de verzekerden hoog in het vaandel hebben. Zowel bij de Zvw als bij de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) staat die mogelijkheid voorop.

De Zvw gaat er vanuit dat de zorgverzekeraar als het ware naar de gunsten van de verzekerden zal moeten dingen. De zorgverzekeraar heeft binnen de Zvw maximale vrijheid om aan de wensen van verzekerden

<sup>1</sup> Dit betreft de zogeheten «negatieve optie». Deze optie, die de voorkeur van verzekeraars heeft, wordt thans nog nader uitgewerkt.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 56.

tegemeet te komen. De functiegericht omschreven prestaties, de keuze tussen zorg in natura en restitutie, het niveau van serviceverlening en de hoogte van de premie zijn instrumenten die de zorgverzekeraar kan gebruiken om verzekerden te werven. Daarmee is ook het verschil met de AWBZ duidelijk. De AWBZ kent geen concurrerende zorgverzekeraars die risico lopen over de wijze waarop zij de verzekerden benaderen. De AWBZ geeft verzekerden geen keuze tussen restitutie en in natura. Restitutie is niet toegestaan. De uitvoering is in handen van zorgkantoren die met aanbieders afspraken moeten maken over de zorg waarop ten laste van de AWBZ aanspraak bestaat. De verzekerde mag zich dan ook alleen tot gecontracteerde instellingen<sup>1</sup> wenden. Om in de AWBZ tegemoet te kunnen komen aan het uitgangspunt dat de verzekerde centraal staat, is het PGB ingevoerd. Langs deze weg is in de AWBZ bereikt dat de verzekerde niet louter afhankelijk is van het door het zorgkantoor ingekochte zorgaanbod. Een PGB is in de AWBZ overigens niet voor alle zorg mogelijk gemaakt. Er geldt geen PGB voor behandeling en verblijf, anders dan logeeropvang.

De restitutiemogelijkheid in de Zvw en het PGB in de AWBZ zijn er beide op gericht om verzekerden zoveel mogelijk keuzevrijheid te bieden. Daarom zal de gevraagde inventarisatie van voor- en nadelen van een PGB in de Zvw worden gemaakt aan de hand van een vergelijking tussen deze restitutiemogelijkheid in de Zvw en het PGB in de AWBZ. Deze vergelijking leert het volgende. In de eerste plaats gaat het PGB in de AWBZ uit van een vergoeding van 75% van de kosten. Kiest de verzekerde in de Zvw voor een volledige restitutiepolis, dan kan hij naar elke aanbieder gaan die Zvw-zorg levert en worden de kosten volledig vergoed. Heeft de verzekerde gekozen voor een naturapolis en gaat hij naar een aanbieder die niet gecontracteerd is, dan kan in zijn zorgpolis staan dat de kosten niet volledig worden vergoed. Dat is dan niet anders bij het PGB in de AWBZ dat immers ook niet uitgaat van volledige vergoeding van de gemaakte kosten. Het recht op restitutie biedt dus dezelfde mogelijkheden als het PGB in de AWBZ waarbij de vergoeding bij een restitutiepolis in ieder geval hoger is dan bij het PGB in de AWBZ. Ten tweede krijgt de verzekerde bij het PGB in de AWBZ tevoren een voorschot om zorg in te kopen. Bij de restitutie in de Zvw heeft de verzekerde pas recht op vergoeding nadat hij kosten heeft gemaakt. Ook voor financieel minder draagkrachtige verzekerden is dat echter geen probleem omdat het nu al vaak zo is dat de aanbieder, bij een restitutiepolis, hetzij de rekening rechtstreeks naar de verzekeraar stuurt dan wel dat de verzekerde de rekening meteen doorstuurt naar de verzekeraar die vervolgens de aanbieder betaalt. Dit laat onverlet dat de Zvw niet verbiedt dat de zorgverzekeraar de verzekerden een voorschot verstrekt indien de verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgverlener wil wenden. Wat de betaling van de kosten van genoten zorg betreft, biedt de Zvw materieel dus dezelfde of meer mogelijkheden als een PGB in de AWBZ.

Naar mijn mening geeft de mogelijkheid van restitutie de verzekerde voldoende vrijheid om de aanbieder naar zijn keuze te nemen. Het invoeren van een PGB in de Zvw voegt dan ook niets toe, maar zou alleen maar leiden tot nieuwe bureaucratische regels. De Zvw kan dus volledig tegemoet komen aan de wensen van degenen die pleiten voor het invoeren van het PGB in de Zvw. De voor- en nadelen van de invoering van een PGB in de Zvw afwegend kom ik dan ook tot de conclusie dat de Zvw zodanige mogelijkheden aan de verzekerde geeft dat deze daarmee volledig in staat is zelf de voor hem noodzakelijke zorg te kiezen.

---

<sup>1</sup> Tot 1 januari 2007 ook nog tot gecontracteerde psychiaters en gecontracteerde zenuwartsen.

## 10 Consequenties knip in de GGZ voor PGB's

Tijdens het Algemeen Overleg van 14 december 2004<sup>1</sup> over het PGB in de AWBZ en de plenaire behandeling van de Zvw op 15 december 2004<sup>2</sup> hebben de Staatssecretaris en ik met uw Kamer gesproken over de gevolgen van de overheveling GGZ voor PGB-houders GGZ. Wij hebben aangegeven dat het uitgangspunt is dat alle zorg die niet onder geneeskundige zorg valt en die nu in de AWBZ door een PGB wordt gefinancierd, in de AWBZ blijft zodat het PGB een volwaardige rol in de AWBZ kan blijven spelen. Wij hebben meegedeeld dat wij voor de zomer de consequenties daarvan precies in kaart zullen brengen.

Om een goed antwoord hierop te krijgen, heb ik het CVZ de voorgenomen wijzigingen van het Besluit zorgaanpak AWBZ (BZA) voorgelegd. Ik heb het CVZ gevraagd een oordeel te geven of deze wijzigingen voldoende zijn voor de afbakening met betrekking tot de geneeskundige-GGZ op grond van de Zvw.

Verder heb ik het CVZ gevraagd de gevolgen van de overheveling van de op geneezing gerichte zorg naar de Zvw voor PGB-houders in kaart te brengen door middel van een kwantitatieve analyse van de volgende vragen:

- a. voor welke zorgfuncties zijn PGB-houders GGZ geïndiceerd;
- b. voor welke zorgfuncties kopen zij zorg in;
- c. welke effecten heeft de overheveling op het PGB voor deze PGB-houders.

Het CVZ heeft op 31 maart 2005 gerapporteerd<sup>3</sup>. Een afschrift van dit rapport treft u bijgaand aan.<sup>4</sup> Kort samengevat bevat het CVZ-rapport en de aanbiedingsbrief de volgende aspecten:

- In de aanbiedingsbrief vraagt het CVZ zich af of de overheveling per 1 januari 2006 wel haalbaar is. In het rapport stelt het CVZ dat de invoering van de overheveling krap is. Zoals ik de Kamer op 13 april 2005 heb laten weten, zal de overheveling van de GGZ gefaseerd plaatsvinden.<sup>5</sup>
- Het CVZ constateert dat de voorgestelde wijzigingen in het BZA, op enkele kanttekeningen na, voldoende zijn voor de afbakening met de geneeskundige zorg in de Zvw. In hoofdstuk 6 van zijn rapport spreekt het CVZ zelfs van een in beginsel goede afbakening. Bijlage 4<sup>6</sup> bij deze brief bevat een overzicht van de gemaakte opmerkingen van het CVZ en van de wijze waarop ik daar mee wil omgaan. Het op de Zvw gebaseerde concept-Besluit zorgverzekering behoeft geen aanpassing.
- Het CVZ constateert dat de overheveling van de op geneezing gerichte zorg naar de Zvw gevolgen heeft voor die PGB-houders GGZ die een PGB voor activerende begeleiding krijgen. Deze mensen kunnen gewoon zorg blijven krijgen maar de activerende begeleiding niet meer via een PGB inkopen. Veel van hen houden overigens een (lager) PGB voor andere zorg. Hieronder zal ik deze gevolgen nader toelichten aan de hand van de hiervoor geformuleerde vragen.

### *Indicatie PGB-houders en voor welke zorgfuncties kopen zij zorg in*

Het CVZ verwacht dat er eind 2005 16 000 PGB-houders GGZ zijn geïndiceerd (op een totaal van 80 000 PGB-houders).

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2004/05, 25 657 en 26 631, nr. 31.

<sup>2</sup> Handelingen II 35-2342.

<sup>3</sup> 14 Rapport CVZ, nr. 213.

<sup>4</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 72.

<sup>6</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

**Tabel: geïndiceerde functies voor budgethouders met als grondslag psychiatrische aandoening**

|   |     |
|---|-----|
| Huishoudelijke verzorging   | 10% |
| Persoonlijke verzorging   | 5%  |
| Verpleging  | 2%  |
| Ondersteunende begeleiding, individueel                                     | 87% |
| Ondersteunende begeleiding, in groepsverband bestaande uit zorg in dagdelen | 31% |
| Activerende begeleiding, individueel  | 30% |
| Activerende begeleiding, in groepsverband bestaande uit zorg in dagdelen    | 5%  |
| Verblijf, tijdelijk   | 31% |

Het CVZ stelt dat de PGB-houders met als grondslag psychiatrische aandoening vooral zijn geïndiceerd voor ondersteunende begeleiding (87% individueel en 31% in groepsverband). Daarnaast zijn deze PGB-houders vaak geïndiceerd voor individuele activerende begeleiding (30%) en tijdelijk verblijf (31%). Dit tijdelijke verblijf bestaat veelal uit logeren. Verpleging en activerende begeleiding met als grondslag psychiatrische aandoening vallen met ingang van 1 januari 2007 onder de Zvw-prestaties. Hiervoor is dus met ingang van die datum geen PGB meer mogelijk. Dit heeft de volgende reden. Uit het rapport van het CVZ blijkt dat de activerende begeleiding bij de GGZ niet te onderscheiden is van behandeling. Voor behandeling geldt ook in de AWBZ geen PGB, omdat de aard van de zorg zich, uit het oogpunt van kwaliteit, niet leent voor zelf inkopen. Dat geldt dus ook voor de daarvan niet te onderscheiden activerende begeleiding. Samen vallen deze dus per 1 januari 2007 onder het begrip «geneeskundige zorg» waarvoor geen PGB geldt.

#### *Gevolgen voor PGB-houders*

Zoals hiervoor al aan de orde kwam, zullen er eind 2005 ongeveer 16 000 PGB-houders GGZ zijn, op ruwweg 80 000 PGB-houders. Het CVZ constateert dat er voor ongeveer 5 000 personen gevolgen zullen zijn als de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zvw wordt overgeheveld (30 á 35% van de PGB-houders GGZ heeft een indicatie voor activerende begeleiding). Deze personen verliezen hun PGB voor activerende begeleiding uit de AWBZ. Het CVZ stelt dat restitutie in de Zvw mogelijk is. Dit betekent dat voor deze verzekerden met de Zvw een passende oplossing mogelijk is, zoals hiervoor reeds is toegelicht.

#### *Conclusie*

Uit het rapport van het CVZ blijkt dat alle zorg die niet onder geneeskundige zorg valt en die nu in de AWBZ via een PGB worden gefinancierd, in de AWBZ blijven. Voor die zorg blijft ook na 1 januari 2007 een PGB op grond van de AWBZ mogelijk. Aan deze toezegging aan de Kamer wordt dus met de aanpassingen van het BZA zoals die aan het CVZ zijn voorgelegd, voldaan. Tevens is met het vorenstaande aan de toezegging voldaan om de gevolgen precies in kaart te brengen.

### **11 Afwikkeling van de MOOZ-omslagbijdrage**

De MOOZ-omslagbijdrage is een verplichte solidariteitsbijdrage van particulier verzekerden aan de ziekenfondsverzekering. Deze omslagbijdrage dient ter financiering van de meerkosten in de ziekenfondsverzekering als gevolg van het in verhouding grote aantal ouderen dat ziekenfondsverzekerd is.

De MOOZ-omslagbijdrage ijlt na. Dit wil zeggen dat de MOOZ-omslagbijdrage die particulier verzekerden over een bepaald jaar betalen,

dient ter financiering van de meerkosten in de ziekenfondsverzekering in het voorgaande jaar. De meerkosten over 2005, zouden dus in 2006 moeten worden opgebracht. Door de beoogde inwerkingtreding van de Zvw per 1 januari 2006 (en dus het wegvallen van het onderscheid in particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden) rijst de vraag hoe de meerkosten in de ziekenfondsverzekering in 2005 gefinancierd worden. Het kabinet heeft ter oplossing van dit vraagstuk een aantal opties verkend.

Allereerst is gekeken naar de mogelijkheid om de MOOZ-omslagbijdrage uitsluitend bij ex-particulier verzekerden te heffen. Dit zou echter tot aanzienlijke administratieve lasten leiden. Daarnaast is het zeer de vraag of de uitvoerders van de Zvw die toch al met heel veel veranderingen worden geconfronteerd, wel in staat zouden zijn om dit uit te voeren. Tot slot zouden er ongewenste incidentele inkomenseffecten voor ex-particulier verzekerden optreden.

Daarnaast is de mogelijkheid gezien om de MOOZ-omslagbijdrage op te leggen aan alle verzekerden voor de Zvw. Ook deze optie zou tot aanzienlijke administratieve lasten leiden. Daarnaast is in deze optie sprake van het rondpompen van geld. Een groot deel van de huishoudens zou deze heffing immers terugkrijgen via de zorgtoeslag.

Vanwege uitvoeringstechnische bezwaren en koopkrachtoverwegingen heeft het kabinet er voor gekozen om de MOOZ-omslagbijdrage over 2005 niet te heffen. Hierdoor verslechtert over 2005 incidenteel het exploitatietekort van de Algemene Kas van de Zfw (dat relevant is voor het EMU-saldo) met 0,6 miljard. Dit effect is meegenomen in de ramingen van de Voorjaarsnota en zal niet worden gedekt door hogere premies voor de ziekenfondsverzekering (de premies 2005 staan immers vast en in 2006 wordt er geen ziekenfondspremie meer geheven).

## **12 Het opschorten van de zorgverzekering gedurende detentie**

De volgende verduidelijking van de periode van opschorten van de zorgverzekering bij detentie (art. 24 Zvw) bied ik u mede namens de Minister van Justitie aan.

In het wetsvoorstel Zvw is in artikel 24 opgenomen dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege zijn opgeschort gedurende de periode waarover Onze Minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan een verzekerde.

Verder is in dat artikel opgenomen dat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar aanvang en einde van de periode van de detentie meldt.

Voor personen ten aanzien van wie de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel in een inrichting plaatsvindt, berust de verantwoordelijkheid van de verzorging, waaronder de medische verzorging, bij de Minister van Justitie. Dit is geregeld in de Penitentiaire beginselenwet (art. 42), de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (art. 47) en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (art. 41).

Naast het feit dat de verantwoordelijkheid van de (medische) verzorging voor gedetineerden bij de Minister van Justitie is neergelegd, is verder relevant dat gedetineerde verzekerden over het algemeen in de praktijk geen gebruik kunnen maken van de rechten uit de zorgverzekering aangezien zij niet de vrijheid hebben om naar de zorgaanbieders te gaan die onder een zorgverzekering vallen. Daarom is in de Zvw geregeld dat de zorgverzekering gedurende de periode van detentie van rechtswege is opgeschort. Omdat de zorgverzekering van rechtswege is opgeschort,

draagt de verzekeraar gedurende deze periode ook geen financieel risico ten aanzien van deze verzekerde.

Het opschorten van de rechten en plichten uit de zorgverzekering geldt niet voor personen die niet (langer) in een justitiële inrichting verblijven maar wiens sanctie extramuraal ten uitvoer wordt gelegd volgend op, of ter vervanging van detentie in inrichtingen.

De verzekerde zelf of de verzekeringnemer voor hem moet de dag van aanvang van de periode van detentie aan de zorgverzekeraar melden. De zorgverzekeraar weet dan dat de zorgverzekering is opgeschort. De verzekerde gedetineerde is dan geen premie voor de zorgverzekering verschuldigd. Overigens heeft hij dan geen recht op zorgtoeslag zo is in de Wet op de Zorgtoeslag geregeld (art. 1, eerste lid, onder c). Na melding van de dag van einde van detentie in een inrichting «herleeft» de zorgverzekering en zal de verzekerde weer premie moeten betalen. Voordeel van het «slapend houden» van de zorgverzekering is dat de verzekerde na einde detentie geen nieuwe zorgverzekering hoeft te sluiten.