

Vergaderjaar 2004–2005

29 763

Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)

Nr. 8

NOTA VAN WIJZIGING

Ontvangen 16 november 2004

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 14 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding «1.» geplaatst.

2. Er worden twee leden toegevoegd, luidende:

2. De vraag of een jeugdige als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg wegens een psychiatrische aandoening behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst, wordt met overeenkomstige toepassing van de bij en krachtens artikel 9b, vierde en vijfde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten gestelde regels, beantwoord door een stichting als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg respectievelijk een arts of andere behandelaar van de jeugdige.

3. In de regels, bedoeld in het tweede lid, kunnen voor de in dat lid bedoelde indicatie afzonderlijke regels worden gesteld en kunnen vormen van zorg of andere diensten worden aangewezen waarvoor het tweede lid niet geldt.

B

Artikel 17, tweede lid, wordt vervangen door:

2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.

C

Artikel 23 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het eerste en tweede lid tot tweede en derde lid wordt een lid toegevoegd, luidende:

1. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

2. In het tweede lid wordt «worden bij de beantwoording van de vraag» vervangen door: worden bij de berekening van de no-claimteruggave en de beantwoording van de vraag.

3. In het derde lid wordt «het eerste lid» vervangen door: het tweede lid.

D

Artikel 35 wordt als volgt gewijzigd:

1. De eerste drie leden worden vervangen door:

1. Het College zorgverzekeringen draagt zorg voor het inrichten en in stand houden van een administratie, waarin van iedere verzekerde wordt opgenomen:

a. het sociaal-fiscaalnummer;

b. de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde verzekerd is;

c. de persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de berekening van aan de zorgverzekeraar toekomende bijdragen als bedoeld in de artikelen 32 tot en met 34.

2. De zorgverzekeraar meldt het College zorgverzekeringen, onder vermelding van de ingangsdatum ervan, iedere door hem gesloten zorgverzekering, alsmede, indien de zorgverzekering is geëindigd, de datum waarop deze eindigde.

3. Onder vernummering van het vierde en vijfde lid tot derde en vierde lid, wordt in het vierde lid «derde lid» telkens vervangen door: eerste lid.

E

In artikel 38, eerste lid, wordt «1 maart» vervangen door: 1 juli.

F

In artikel 85, tweede lid, wordt «in de polisadministratie als bedoeld in de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen» vervangen door: in zijn administratie.

G

In artikel 92, derde lid, wordt «vertrouwelijk» vervangen door: vertrouwelijke.

H

In artikel 94, eerste lid, wordt «35, eerste en tweede lid» vervangen door «35, tweede lid», vervalt «67, tweede lid,», wordt «88, eerste, tweede en vierde lid», vervangen door «88, eerste, tweede en vijfde lid», en wordt «95, vierde lid» vervangen door: 95, vijfde lid.

I

Artikel 95, tweede lid, wordt vervangen door:

2. In afwijking van het eerste lid:

- a. wordt geen boete opgelegd indien de verzekerde op de eerste dag van de kalendermaand, volgende op de maand waarop de zorgverzekering ingaat, jonger dan achttien jaar was;
- b. wordt de boete indien artikel 2, derde lid, van toepassing is, opgelegd aan de curator, de bewindvoerder of de mentor.

J

In artikel 98, eerste lid, wordt «35, eerste en tweede lid» vervangen door «35, tweede lid» en vervalt «67, tweede lid».

K

In artikel 114 wordt «of 99» vervangen door: of, indien de beschikking tot een verzekeraar is gericht, 99.

Toelichting

Onderdeel A

Op dit moment is de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg (ggz) verzekerd op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Bij de inwerkingtreding van de Wet op de jeugdzorg zullen jeugdigen in de zin van die wet als zij een psychiatrische aandoening of beperking, een gedragsprobleem of een psychosociaal probleem hebben, slechts voor daarmee verband houdende AWBZ-zorg (waaronder een ggz-behandeling) in aanmerking komen indien zij een indicatiebesluit van het in hun woonprovincie werkzame bureau jeugdzorg hebben. Hiervoor is gekozen omdat de bureaus jeugdzorg een brede kijk op de gezins-situatie van de jeugdige hebben (of, na een aanvraag van een indicatiebesluit, dienen op te bouwen) en in dat verband zouden kunnen constateren dat andere zorg dan ggz, met name zorg op grond van de Wet op de jeugdzorg, voor een jeugdige meer of mede aangewezen is. De eis van een indicatiebesluit als voorwaarde voor AWBZ-zorg geldt echter niet, indien een huisarts of een behandelaar naar wie de huisarts heeft doorverwezen (bijvoorbeeld een psychiater of psycholoog), een redelijk vermoeden heeft dat de jeugdige een (tamelijk) ernstige psychische stoornis heeft en dat hij niet aangewezen zal zijn op zorg in de zin van de Wet op de jeugdzorg of de Beginselenwet justitiële inrichtingen. In dat geval kan de ggz-zorg derhalve direct beginnen. Wel dient het bureau jeugdzorg hiervan op de hoogte te worden gesteld. Een en ander zal, na inwerkingtreding van de Wet op de jeugdzorg, geregeld zijn in artikel 9b, vierde en vijfde lid, AWBZ, en in het mede op die artikelen te baseren Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg. In laatstgenoemd besluit is trouwens ook uitgewerkt, wat onder een (tamelijk) ernstige psychische stoornis wordt verstaan.

Zoals in de memorie van toelichting op voorliggend wetsvoorstel is aangegeven, zal de ambulante ggz alsmede het eerste jaar van de klinische ggz tot het op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te verzekeren pakket gaan behoren. Dit geldt ook voor aan jeugdigen te verlenen ggz. Aangezien de wens tot inschakeling van de bureaus jeugdzorg onverminderd geldt, wordt voorgesteld aan artikel 14 Zvw een tweede lid toe te voegen, krachtens welke de bij en krachtens de AWBZ gestelde regels – die daar nodig blijven voor het geval een jeugdige langer dan een jaar in een ggz-instelling moet worden opgenomen – van

overeenkomstige toepassing zijn op de beoordeling van de vraag of een jeugdige behoefte heeft aan krachtens zijn zorgverzekering verzekerde ggz. Het indicatiebesluit van het bureau jeugdzorg dan wel het oordeel van de huisarts of de behandelaar naar wie die huisarts heeft verwezen, inhoudende dat behoefte bestaat aan een bepaalde vorm van (verzekerde) ggz, geldt zowel als noodzakelijke als voldoende voorwaarde voor die ggz. Dat betekent enerzijds dat zonder zo'n oordeel die zorg niet voor rekening van de zorgverzekering mag worden verleend, anderzijds dat met zo'n indicatie de zorgverzekeraar moet aannemen dat de jeugdige op basis van zorginhoudelijke criteria op de geïndiceerde zorg is aangewezen. Anders dan voor de andere vormen van krachtens deze wet te verzekeren zorg of andere diensten of voor de ggz voor volwassenen, mag de zorgverzekeraar derhalve bijvoorbeeld niet ook nog eisen, dat de jeugdige eerst zijn toestemming moet hebben. De vraag of zo'n toestemming gegeven of geweigerd zou moeten worden, zou immers op basis van zorginhoudelijke criteria door een (verzekerings)arts moeten worden beantwoord, terwijl het tweede lid van artikel 14 dit antwoord nu juist voorbehoudt aan het bureau jeugdzorg dan wel, voor de zwaardere stoornissen, aan de huisarts of een behandelaar naar wie de huisarts heeft doorverwezen.

Opdat de zorgverzekeraar bij de zorgtoekenning aan jeugdigen die een indicatiebesluit van het bureau jeugdzorg behoeven, invloed behoudt en derhalve zijn uit de Zvw voortvloeiende verantwoordelijkheid waar kan maken, zal worden gezien of het door het bureau jeugdzorg af te geven indicatiebesluit zoals dat in 2005 zal gelden, aanpassing behoeft. Het voorgestelde derde lid van artikel 14 geeft de mogelijkheid voor dergelijke aanpassingen. Ook geeft het derde lid de mogelijkheid om bepaalde vormen van Zvw-zorg of andere Zvw-diensten, van de in het tweede lid geregelde indicatiestelling uit te zonderen.

Onderdeel B

In artikel 17, tweede lid, in de versie van het wetsvoorstel zoals dit bij Uw Kamer is ingediend, is geregeld dat de zorgverzekeraar voor varianten van de zorgverzekering die wat betreft de verzekerde prestaties van elkaar verschillen, verschillende premiegrondslagen mogen vaststellen. Daarmee komt niet duidelijk genoeg tot uitdrukking, dat ook verschillen in keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders tot verschillen in premiegrondslag mogen leiden. Zo mag voor een zorgverzekeringsvariant krachtens welke de verzekerde – afgezien van de mogelijkheid van artikel 13 Zvw – slechts naar een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders («preferred providers») mag, een andere premie worden vastgesteld dan voor een variant krachtens welke de verzekerde naar vele gecontracteerde aanbieders mag. Door middel van wijziging van artikel 17, tweede lid, – welke wijziging ik in de nota naar aanleiding van het verslag onder «artikel 17» heb aangekondigd – wordt alsnog expliciet geregeld dat ook bij verschillen in keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders verschillende premiegrondslagen mogen worden gehanteerd.

Onderdeel C

Artikel 23 gaat over de verhouding tussen de verschillende eigen betalingen die op grond van de Zvw mogelijk zijn onderling, en in verhouding tot de no-claimteruggave. Wat betreft de eigen betalingen gaat het om zorggebonden eigen bijdragen als bedoeld in artikel 11, derde lid, Zvw, om het deel van de rekening dat op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw voor rekening van de verzekerde blijft, en om een eventueel vrijwillig eigen risico.

Het is mogelijk dat voor zorg of een andere verzekerde dienst, genoten in het ene jaar, pas in het volgende jaar de rekening wordt gepresenteerd. Dan kan, vooral met het oog op de hoogte van de no-claimteruggave en de vraag of een eigen risico wordt overschreden, de vraag opkomen aan welk jaar deze kosten moeten worden toegerekend: aan het jaar waarin de zorg genoten is, of aan het jaar waarin de zorgaanbieder de rekening zond? In het nieuwe eerste lid van artikel 23 dat in onderdeel C wordt voorgesteld, wordt geregeld dat de kosten worden toegerekend aan het jaar waarin de zorg genoten is. Dat past ook het best bij het verzekeringsrecht, omdat toerekening aan het jaar waarin de rekening wordt uitgeschreven, in een geval waarin de verzekerde per 1 januari van zorgverzekeraar wisselt zou betekenen dat de nieuwe verzekeraar kosten voor zijn rekening zou moeten nemen voor een risico dat reeds voor het afsluiten van de nieuwe verzekering gelopen is.

Uiteraard is het óók mogelijk, dat zorg «over de jaarwisseling heenloopt». Dat wil zeggen, dat zowel in het ene, als in het andere kalenderjaar zorg wordt genoten, en dat een in het tweede kalenderjaar uitgeschreven rekening tevens betrekking heeft op in het eerste jaar genoten zorg. Dit kan met name het geval zijn bij zorg die in de vorm van diagnose behandeling combinaties (dbc's) geleverd wordt. Daarvoor geldt namelijk, dat een zorgaanbieder de zorg pas na beëindiging van dbc declareert of, indien de zorg langer dan een jaar zal duren, na een jaar (waarna een nieuwe dbc zal worden geopend om de zorg te continueren). Net zoals dit bij tweede nota van wijziging op het wetsvoorstel ter invoering van de no-claimteruggave in de Ziekenfondswet (Zfw; Kamerstukken II 2004/05, 29 483, nr. 11) voor het no-claimartikel in de Zfw is gebeurd, wordt in het tweede deel van het voorgestelde eerste lid van artikel 23 geregeld, dat in dit geval de zorg wordt toegerekend aan het jaar waarin de zorg waarop de rekening betrekking heeft, is aangevangen. Anders dan in de Zfw, wordt dit echter niet in het no-claimartikel (art. 22) van de Zvw geregeld, maar in artikel 23. De reden daarvoor is, dat deze systematiek – dus het toerekenen van de kosten van zorg aan het jaar waarin de zorg aanving – ook dient te gelden voor de eigen betalingen.

De wijziging van het (nieuwe) tweede lid van artikel 23 zorgt ervoor dat zorggebonden bijdragen en kosten die op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw voor rekening van de verzekerde blijven, buiten de berekening van de no-claimteruggave worden gehouden. Dit is niet meer dan logisch: heeft de verzekerde een deel van de kosten voor zijn rekening genomen, dan dient dat deel niet ook nog tot een verlaging van zijn no-claimteruggave te leiden (zie ook artikel 18a, derde lid, tweede volzin van de Zfw zoals deze na invoering van eerdergenoemd no-claimwetsvoorstel zal komen te luiden). Het was aanvankelijk de bedoeling het niet meetellen van de hier bedoelde eigen bijdragen bij de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 22 Zvw op te nemen. Bij nader inzien is er, nu de verhouding tussen bovengenoemde eigen betalingen en het vrijwillig eigen risico wél bij de wet wordt geregeld – te weten in artikel 23, tweede lid, Zvw – geen reden om de reikwijdte van dat lid niet uit te breiden tot de verhouding tussen deze eigen betalingen en de no claimteruggave.

Onderdeel D

De wijzigingen van artikel 35 zijn van ondergeschikte aard. In het eerste lid krijgt het College zorgverzekeringen (CVZ) expliciet de opdracht een verzekerdenadministratie in te richten en in stand te houden. In het oorspronkelijke artikel was dat impliciet geregeld in het derde lid.

Voorts zijn het eerste en tweede lid van het oorspronkelijke artikel samengevoegd tot één lid, en is de verplichting van de zorgverzekeraar

om het CVZ een afschrift te zenden van ieder bewijs van het einde van een verzekering, vervangen door de plicht het CVZ van het einde van iedere verzekering op de hoogte te stellen. Het voordeel van de nieuwe redactie is, dat deze toelaat dat zo'n melding elektronisch geschiedt.

Onderdeel E

In het wetsvoorstel is bepaald dat zorgverzekeraar de volgende verantwoordingsstukken aan het College toezicht (CTZ) dienen te zenden:

- a. uiterlijk 1 maart: een uitvoeringsverslag (art. 38 Zvw);
- b. uiterlijk zes maanden na afloop van het boekjaar: jaarrekening en jaarverslag zoals voorgeschreven in het Burgerlijk Wetboek (BW; art. 37, eerste lid, Zvw, zie echter ook art. 37, tweede lid voor groepsdochters met een concernvrijstelling).

De datum voor het verzenden van afschriften van de jaarrekening en het jaarverslag aan het CTZ (1 juli) sluit aan bij de BW-termijn voor het opstellen van de jaarstukken in het BW. Dat voor het uitvoeringsverslag een eerder in het jaar liggende datum is gekozen, hing samen met het feit dat de in het uitvoeringsverslag op te nemen informatie van belang werd geacht voor de verantwoording aan het parlement in het kader van «Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording» (vbtb; ieder jaar in mei) en met het oog op de inhoudelijke koppeling met de op grond van artikel 89 per 1 maart te leveren financiële gegevens (nodig voor het EMU-saldo, de verevening en de budgetcyclus, en daarmee tevens voor vbtb).

Uit overleg met zorgverzekeraars is inmiddels echter gebleken, dat de verschillende rapportagemomenten voor jaarrekening/jaarverslag enerzijds en uitvoeringsverslag anderzijds, niet goed aansluiten op de normale bedrijfsvoering, en derhalve extra administratieve lasten veroorzaken. Aangezien het uitvoeringsverslag en de jaarstukken BW alle bedoeld zijn om openbare verantwoording af te leggen aan belanghebbers van de zorgverzekeraar, is besloten de uiterste opleverdatum voor het uitvoeringsverslag gelijk te stellen aan de uiterste opleverdatum voor de jaarstukken BW, te weten 1 juli. Aldus zal het voor een zorgverzekeraar gemakkelijker worden de alle stukken gelijktijdig op te leveren. Voorts wordt het hiermee gemakkelijker om – op basis van vrijwilligheid – te komen tot integratie van de stukken tot één maatschappelijke verantwoording.

Voor zover uitvoeringsinformatie met het oog op de budgetcyclus, de verevening en vbtb per eerder in het jaar geleverd moet worden, zal slechts die informatie eerder opgevraagd worden, en wel op grond van artikel 89 Zvw.

Onderdeel F

Met dit onderdeel wordt een foutje in artikel 85, tweede lid, Zvw hersteld. De zorgverzekeraar neemt gegevens (waaronder het sofi-nummer) uiteraard niet op in de polisadministratie zoals bedoeld in de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, maar in zijn eigen administratie.

Onderdeel G

Waar het in artikel 92, derde lid, Zvw om gaat, is niet dat de daar genoemde instanties elkaar vertrouwelijk gegevens omtrent afzonderlijke verzekeraars mogen verschaffen (dat zij de gegevens tegenover derden geheim moeten houden volgt immers al uit het eerste lid), maar dat ze elkaar de vertrouwelijke gegevens over die verzekeraars mogen

verschaffen. Dit laatste in afwijking van het eerste lid, dat, als gezegd, uitgaat van geheimhouding van dergelijke gegevens.

Onderdelen H en J

De artikelen 94, eerste lid en 98, eerste lid, verwijzen naar enkele artikelen die na ommekomst van het advies van de Raad van State op de Zvw nog gewijzigd zijn. Vergeten is, de verwijzingen in de artikelen 94 en 98 mee te wijzigen. Dit gebeurt in deze onderdelen alsnog.

Onderdeel I

In hoofdstuk V van de nota naar aanleiding van het verslag heb ik aangegeven dat ik artikel 95 in die zin zou verhelderen, dat ik zou regelen dat voor het te laat verzekeren van kinderen jonger dan achttien jaar geen boete zou kunnen worden opgelegd. Dit geschiedt door middel van onderdeel I. In aansluiting op artikel 16, tweede lid, Zvw en daarmee op de systematiek van de wijze waarop de zorgtoeslag zal worden uitgekeerd en de risicovereveningssystematiek, is er daarbij voor gekozen niet bepalend te laten zijn of de verzekerde op de dag waarop de verzekering alsnog inging achttien was, maar of de verzekerde op de eerste dag van de kalendermaand volgende op de maand waarin die verzekering alsnog inging achttien was.

Onderdeel K

Artikel 114 Zvw strekt ertoe de behandeling van alle bestuursrechtelijke beroepen van verzekeraars tegen beschikkingen van het CTZ bij de rechtbank Rotterdam te concentreren. De boete op grond van artikel 99 Zvw kan echter ook aan anderen dan verzekeraars worden opgelegd. Daarom wordt voorgesteld artikel 114 zo te wijzigen, dat de verplichting de rechtbank Rotterdam voor een bestuurlijk geschil over een op grond van artikel 99 opgelegde boete te benaderen, slechts voor verzekeraars geldt. Voor alle andere personen of instanties die op grond van artikel 99 Zvw een boete hebben gekregen, geldt artikel 8:7, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht.

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