

Vergaderjaar 2004–2005

29 763

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

Nr. 92

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 25 mei 2005

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 april 2005 betreffende de gefaseerde invoering overheveling van DBC's in de GGZ en overige invoeringsaspecten van de Zorgverzekeringswet (29 763, nr. 72).

De op 29 april 2005 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 24 mei 2005 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Blok

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA) en Koşer Kaya (D66).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Vacature (algemeen), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), de Ruiter (SP), Ormel (CDA), van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA) en Bakker (D66).

Vragen CDA-fractie

1

Kan worden toegelicht op welke inhoudelijke gronden is gekozen voor overheveling van de extramurale GGZ en het eerste jaar intramurale GGZ in het kader van de overheveling van de kortdurende op genezing gerichte GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006?

Kerntaak van de GGZ is het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen. In de GGZ gaat het grotendeels om op genezing gerichte zorg. De GGZ heeft dezelfde missie als de somatische gezondheidszorg: het behandelen van ziekten en het zoveel mogelijk beperken van de schadelijke effecten van die ziekten. Het ligt naar mijn mening dan ook voor de hand om de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg op dezelfde leest te schoeien als de algemene gezondheidszorg. Door overheveling van de extramurale en het eerste jaar intramurale GGZ naar de Zvw, wil ik de aansturing en financiering van de curatieve geestelijke GGZ ontschotten met de somatische gezondheidszorg. Dit bevordert niet alleen de zorginhoudelijke samenhang in de curatieve zorg maar kan op termijn ook leiden tot doelmatigheidswinst. Na overheveling zijn het immers niet meer de zorgkantoren maar de risicodragende zorgverzekeraars die integraal verantwoordelijk zijn voor de gehele curatieve zorg. De afbakening van de over te hevelen delen sluit aan bij de zorgbreed geldende afbakening tussen de Zvw en AWBZ. Dit betekent dat geneeskundige zorg (bij zowel psychische als somatische stoornissen) vanuit de Zvw wordt bekostigd. Niet-geneeskundige zorg en intramurale zorg na het eerste jaar worden vanuit de AWBZ bekostigd. Deze overheveling geeft op dit moment het optimale evenwicht tussen inhoudelijke uitwerking van het begrip «op genezing gerichte zorg» en uitvoerbaarheid. Met deze keuze worden de uitgangspunten die nu gelden in de curatieve somatische zorg ook gehanteerd voor de (curatieve) GGZ.

2

Is tijdens de kabinetsbespreking van de motie Buijs (27 855, nr. 12) de voorwaarde van een eigen bijdrage gesteld? Op grond van welke argumenten kiest het kabinet thans voor een eigen bijdrage? Hoe hoog is de eigen bijdrage? Is vergeten deze eigen bijdrage in het Besluit zorgverzekering op te nemen of is pas na het uitkomen van het Besluit door het kabinet besloten een eigen bijdrage voor deze zorg te introduceren? Hoe verhoudt de nog in het ontwerp Besluit zorgverzekering op te nemen eigen bijdrage regeling voor de eerstelijnspsychologie zich tot het eigen risico en de no-claim teruggaveregelings in de Zvw? Hoe verhoudt zich dit tot op de toekomstige overheveling naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)?

Ja, tijdens de kabinetsbespreking van de motie Buijs is de voorwaarde van een eigen bijdrage gesteld. Op dit moment geldt reeds voor psychotherapie in de tweede lijn een eigen bijdrage. Doelstelling van het instrument eigen bijdrage is een remmend effect op de zorgconsumptie en een grotere eigen financiële verantwoordelijkheid.

In lijn daarmee wordt ook voor de eerstelijnspsycholoog een eigen bijdrage ingesteld.

Deze eigen bijdrage is kleiner (€ 10,- per bezoek van de cliënt) dan die voor de psychotherapie in de tweedelijns zodat er een prikkel is voor cliënten om eerst hulp te zoeken in de eerstelijns en niet onnodig gebruik te maken van de gespecialiseerde tweedelijns.

In het Ontwerpbesluit zorgverzekering zoals dat op 11 maart 2005 aan de Eerste en Tweede Kamer is overgelegd was deze eigen bijdrage niet opgenomen (TK 2004/05, 29 763, nr. 70). Deze omissie is inmiddels gecorri-

geerd. De kosten van de eerstelijnspsychologie die ten laste komen van de Zvw tellen mee bij het eigen risico en de no-claim. De geneeskundige GGZ wordt niet naar de Wet maatschappelijke ondersteuning overgeheveld.

3

Kan worden omschreven welke zorg precies wordt bedoeld wanneer wordt gesproken over continuering van de status aparte voor de over te hevelen GGZ-zorg in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

De continuering van de status aparte voor de over te hevelen GGZ-zorg heeft betrekking op het feit dat er binnen de AWBZ nu al uitzonderingen gelden voor de over te hevelen GGZ-zorg (voor de ontwikkeling van functiegerichte bekostiging, indicatiestelling door het CIZ en AWBZ-brede zorgregistratie). Met de over te hevelen GGZ-zorg wordt de geneeskundige extramurale GGZ en het eerste jaar geneeskundige intramurale GGZ bedoeld. Deze delen van de AWBZ zijn moeilijk onder te brengen in de regelgeving en bekostiging van de ontschotte AWBZ die zich primair richt op langdurige, continue zorg. Aangezien de over te hevelen GGZ-zorg op korte termijn onderdeel is van de Zvw worden hiervoor bijvoorbeeld DBCs als bekostigingssystematiek ontwikkeld (en niet functiegerichte bekostiging). Uiteraard zijn de delen van de GGZ die in de AWBZ blijven, de intramurale geneeskundige GGZ na het eerste jaar en de niet-geneeskundige GGZ, onderdeel van de verdere vereenvoudiging van regelgeving en bekostiging van de ontschotte AWBZ.

4

Vanaf welk moment wordt voor de over te hevelen delen van de GGZ-zorg de functiegerichte omschrijving van kracht?

De GGZ valt op dit moment en ook in 2006 onder de functiegerichte omschrijving van de AWBZ. De geneeskundige GGZ-aanspraken in het Zvw-besluit treden per 1 januari 2007 in werking.

5

Waarom wordt de overheveling van de acht zittingen eerstelijnspsychologie pas voor 1 januari 2007 voorzien? Wat zijn de consequenties van dit besluit voor het jaar 2006?

De onderbrenging van de eerstelijnspsychologie in de Zvw loopt synchroon met de overheveling van de tweedelijns GGZ vanuit de AWBZ naar de Zvw, vandaar de keuze voor de datum van 1 januari 2007. Voor het jaar 2006 betekent dit handhaving van de huidige bekostiging van de eerstelijnspsychologie via de aanvullende verzekering.

6

Het kabinet wil bezien of verder overheveling van kortdurende AWBZ-aanspraken naar de Zvw mogelijk en wenselijk is, zo lezen we in de Nadere Toelichting. De Kamer heeft in de motie Buijs (27 855, nr. 12) uitgesproken die overheveling wel wenselijk te vinden. Kan worden toegelicht op welke wijze de motie Buijs wordt uitgevoerd en op welk tijdstip?

De motie Buijs over de wenselijkheid van overheveling van alle op genezing gerichte zorg uit de AWBZ wordt ingepast bij het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) naar de organisatie van de «romp» AWBZ. In dat onderzoek staat de vraag centraal hoe (delen van de) AWBZ het meest doelmatig kunnen worden georganiseerd. Het recente CVZ-signaleмент «tijdens de verbouwing moet de verkoop doorgaan», wordt daarbij betrokken inclusief het daarin aangekondigde onderzoek naar de implicaties van een tijdknip van één jaar. Op basis van de uitkomsten van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek kan het kabinet een beslissing

nemen over verdere mogelijke overheveling van delen van de «romp» AWBZ naar de standaardverzekering. In de loop van dit jaar worden de resultaten van het IBO-onderzoek verwacht. De staatssecretaris zal vervolgens de Kamer daarover berichten.

7

Kunt u aangeven hoe in de periode van 1 januari 2006 tot en met 1 mei 2006 wordt omgegaan met een door een verzekerde ingeroepen zorgaanbod en de daaraan gekoppelde ziektekosten? Is er enig zicht op de nadere afspraken die door zorgverzekeraars zullen worden gemaakt om eventuele onduidelijkheid bij verzekeringsplichtigen weg te nemen? Bent u van plan de Kamer hierover nader te berichten? Zo ja, wanneer?

De voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de heer Wiegel, heeft in zijn brieven van 9 december 2004 en 12 april 2005 aangegeven dat ten behoeve van een soepele overgang naar het nieuwe zorgstelsel zorgverzekeraars hun verzekerden een non-select, integraal aanbod doen voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering, dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking. Dit aanbod ontvangt de verzekerde uiterlijk half december. Verzekerden kunnen tot 1 maart aangeven aan de verzekeraar dat zij niet instemmen met het aanbod. Tot 1 mei kunnen verzekeringsplichtigen een zorgverzekering afsluiten, met terugwerkende kracht tot 1 januari en zonder boete vanwege te laat verzekeren. Daarmee komen eventuele zorgkosten en premie-inkomsten ten laste c.q. ten gunste van de verzekeraar waarvoor de verzekerde kiest.

Een belangrijke kwestie die nog nadere beschouwing behoeft, is of verzekerden (ziekenfondsverzekerden, particulier verzekerden en deelnemers aan de publiekrechtelijke ambtelijke regelingen) die het aanbod van hun verzekeraar nog niet voor 1 januari 2006 hebben geaccepteerd en die het ook niet hebben afgewezen, met ingang van 1 januari 2006 geacht dienen te worden te zijn verzekerd volgens het aanbod en bij de in het aanbod aangewezen zorgverzekeraar. Daarbij zouden deze «niet-reageerders» dan nog wel een termijn van twee maanden krijgen om deze zorgverzekering alsnog te ontbinden (waarna ze vervolgens weer tot 1 mei 2006 hebben om een andere zorgverzekering te sluiten). Een dergelijke optie heeft de voorkeur van de verzekeraars. In zijn brief van 12 april geeft de voorzitter van ZN op hoofdlijnen aan hoe in dat geval zal worden omgegaan met premies en schades in de periode totdat de uiteindelijke keuze van de verzekeringsplichtige vast staat. Op dit moment bestudeer ik tezamen met ZN de juridische en technische mogelijkheden daartoe. Ook andere mogelijkheden, zoals een van rechtswege verzekering voor niet-reageerders vanaf 1 maart, in plaats van vanaf 1 januari 2006, betrek ik daarbij.

8

Kunt u toelichten waarom een nadere concretisering van de overheveling van de GGZ, mede aan de hand van het CVZ-advies over dit onderwerp, geen invloed heeft op de afbakening zoals vastgelegd in het Besluit zorgverzekering?

In het Ontwerpbesluit zorgverzekering is de over te hevelen GGZ goed omschreven door de functie geneeskundige zorg. In de toekomst wordt de geneeskundige zorg (bij zowel psychische als somatische stoornissen) vanuit de Zvw bekostigd. Het CVZ is gevraagd om te kijken of het Besluit zorgaanspraken AWBZ op een juiste manier wordt gewijzigd en of de voorgestelde wijzigingen voldoende zijn voor de afbakening met betrekking tot de geneeskundige zorg op grond van de Zvw. Op 31 maart jl. heeft het CVZ zijn rapport uitgebracht. Het CVZ heeft aangegeven dat de voorgenomen wijzigingen in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ aansluiten bij het Ontwerpbesluit zorgverzekering en dat daarmee de afbakening goed is.

Maakt thuiszorg, dat direct samenhangt met (vervroegd ontslag na) een behandeling in het ziekenhuis, deel uit van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Zijn er verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft opnameduur voor dezelfde DBC's? Zo ja, Hoe beoordeelt u die verschillen zowel vanuit het perspectief van de ziekenhuizen als vanuit de cliënt? Bent u van mening dat er sprake kan zijn van overheveling vanuit de Zvw naar de AWBZ?

De thuiszorg maakt geen deel uit van de Diagnose Behandelingcombinatie (DBC) bij ziekenhuizen. De thuiszorg is op dit moment onderdeel van het AWBZ-pakket. Er is dus geen sprake van overheveling van de Zvw naar de AWBZ. Er is ook geen afwenteling op de AWBZ. Er is immers geen indicatie meer voor ziekenhuiszorg, maar wel, als het indicatieorgaan dat heeft vastgesteld, een indicatie voor AWBZ-zorg. Er kunnen per DBC verschillen zijn tussen de zorgprofielen van ziekenhuizen. Ook de gemiddelde opnameduur kan tussen ziekenhuizen verschillen. Het is aan de medisch specialist om per patiënt te beslissen wanneer ontslag uit het ziekenhuis verantwoord is. De tariefsbepaling van de DBC is echter gebaseerd op de gemiddelde opnameduur.

Vragen PvdA-fractie

Bent u van mening dat behandelaars aan de hand van de GGZ-typeringslijst objectief kunnen indelen naar product?

Met betrekking tot de DBC-systematiek moet de behandelaar, net als in de huidige systematiek het geval is, de zorg indiceren en een behandelplan opstellen. Deze zorgindicatie noemen we in DBC termen de zorgtypering. Daarnaast moet de behandelaar op basis van het behandelplan de daadwerkelijk verleende activiteiten en verrichtingen (het zorgprofiel) registreren.

De DBC-code wordt vervolgens automatisch (door middel van een ICT-toepassing) bepaald door koppeling van de zorgtypering en het zorgprofiel. De behandelaar sluit de DBC af als de behandeling is afgerond. De behandelaar moet in staat zijn om objectief de zorgvraag van de patiënt te typeren en de verrichte activiteiten te registreren. Hiervoor wordt van de behandelaar niets meer vereist dan hij nu ook al moet doen in het kader van de dossiervorming van zijn cliënten.

Ter illustratie volgen hieronder enkele voorbeelden van de zorgtypering die de behandelaar moet vastleggen:

- identificatiegegevens (bijvoorbeeld: naam en patiëntnummer)
- zorgtype, dit is de aanleiding van de zorg (bijvoorbeeld: reguliere zorg, acute opname)
- zorgvraag, hier kunnen complicerende factoren worden opgenomen die naar verwachting invloed hebben op de zorgzwaarte worden opgenomen (bijvoorbeeld suicidaliteit, taal en/of cultuurproblemen, wilsonbekwaamheid).
- diagnose op basis van DSM IV (een internationaal erkende classificatiesystematiek voor de GGZ).

Hoe wilt u waarborgen dat behandelaars objectief tot een indicatie van een GGZ-product komen?

De behandelaar moet in staat zijn om objectief de zorgvraag van de patiënt te typeren en de verrichte activiteiten te registreren. Hiervoor wordt van de behandelaar niets meer vereist dan hij nu ook al moet doen in het kader van zijn professionaliteit en de dossiervorming van zijn

cliënten. Om te borgen dat de behandelaar de zorg op een objectieve manier indiceert en een behandelplan opstelt, is de DBC systematiek op de volgende manier ontwikkeld:

De DBC wordt afgeleid uit de basisregistratie van een behandelaar. Daarnaast is in de AO/IC (administratieve organisatie en interne controle) een aantal spelregels opgenomen. Deze spelregels hebben betrekking op de wijze waarop geregistreerd dient te worden, de functiescheiding binnen de instelling en de wijze waarop de validatie (via een elektronische toepassing) plaatsvindt.

Bovenstaande stappen worden ook vastgelegd in beleidsregels en nadere regels van het CTG.

12

Hoe kunt u de zorgaanbieders in de GGZ garanderen dat de invoering van DBC's in 2007 niet zal leiden tot grote achterstanden in de betaling van declaraties?

In 2007 is de overheveling van delen van de GGZ van de AWBZ naar de Zvw afgerond. De zorgverzekeraars zullen op dat moment verantwoordelijk zijn voor de tijdige betaling van de declaraties van GGZ-aanbieders. Per 1 januari 2007 zal sprake zijn van een overgang van bevoorschotting door zorgkantoren (vooraf) naar betaling van declaraties van afgesloten DBCs door zorgverzekeraars (achteraf).

Om mogelijke liquiditeitsproblemen te voorkomen, kan er voor worden gekozen om aanbieders de mogelijkheid te geven, een renteheffing in rekening te brengen aan zorgverzekeraars die niet bevoorschotten. Bij de DBC-invoering van ziekenhuizen blijkt dit een goede stimulans te zijn voor zorgverzekeraars om te bevoorschotten.

13

Deelt u de zorg dat zorgaanbieders in de verleiding kunnen komen om de complexiteit van de aandoeningen hoog in te schalen?

De toekomstige situatie verschilt daarin niet ten opzichte van de huidige situatie. Daarbij wordt van de behandelaar verwacht dat deze vanuit zijn professionaliteit als behandelaar te werk gaat. Om er voor te zorgen dat op een juiste manier wordt geregistreerd, zijn in de DBC systematiek in ieder geval een aantal maatregelen genomen (zie antwoord op vraag 11). Uit de validatie zal steeds blijken of de uitgevoerde activiteiten passen bij de gestelde diagnose.

Daarnaast geldt dat de geregistreerde informatie ook gebruikt wordt voor de interne bedrijfsvoering van instellingen. De instelling kan de resultaten van behandelaars met elkaar vergelijken om zo de zorg doelmatiger te kunnen organiseren.

De verzekeraars zullen de declaraties ook controleren. Het zal een verzekeraar zeker opvallen wanneer een instelling meer dure DBCs declareert dan gemiddeld.

14

Kunt u de contouren schetsen van een vereveningssysteem die ongewenste risicoselectie door verzekeraars voorkomt en tegelijkertijd verzekeraars prikkelt om efficiënt kwalitatief goede zorg in te kopen? Denkt u dat deze doelen verenigbaar zijn?

Het huidige verdeelmodel dat ten grondslag ligt aan de Zfw-verstrekkingenbudgettering vormt de basis voor de risicoverevening in de Zvw. Om de prikkel tot doelmatig handelen te effectueren zonder dat dit leidt tot risicoselectie is zowel in de huidige Zfw als in de nieuwe Zvw gekozen voor een systeem van ex-ante risicoverevening. Kenmerkend hierin is dat

niet de verschillen in gerealiseerde kosten worden gecompenseerd maar dat alleen compensatie plaatsvindt voor de verschillen in kosten die samenhangen met risico's van de verzekerden op basis van gezondheidskenmerken. Hiertoe wordt de relatie tussen gezondheidskenmerken en kosten zo goed mogelijk berekend. De gezondheidskenmerken dienen als basis voor de bijdrage die een zorgverzekeraar krijgt uit het zorgverzekeringssysteem. Daarnaast is, binnen de vormgeving van het risicovereveningssysteem, op enkele punten sprake van het achteraf aanpassen van vooraf vastgestelde vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars via ex-post compensatiemechanismen.

Doordat door risicoverevening de karakteristieken van de verzekerdenpopulatie niet langer bepalend zijn voor het uiteindelijke financiële resultaat van de zorgverzekeraar en ook de mogelijkheden om premies te differentiëren zijn teruggebracht, neemt voor de zorgverzekeraar het belang toe van andere instrumenten waarmee hij zijn optreden in de markt kan operationaliseren, zoals de doelmatigheid van zorginkoop en de efficiëntie van uitvoering van de verzekering. Hiermee ontstaat een extra prikkel voor zorgverzekeraars om zich in te spannen om kwalitatief goede zorg tegen een redelijke prijs in te kopen om een doelmatig bedrijf te voeren. Zodoende kan hij de premie voor zijn verzekering concurrerend houden.

Het risicovereveningssysteem is gebaseerd op parameters die kenmerkend zijn voor de gezondheidstoestand van de verzekerde en vormen daardoor een goede ramingsgrondslag voor de te verwachten zorgkosten. Het betreft de parameters de leeftijd, het geslacht, de regio (gebaseerd op ondermeer sociaal economische kenmerken), de aard van het inkomen en belangrijke objectief meetbare gezondheidskenmerken van de verzekerden. De parameters voor de gezondheidskenmerken zijn: het aantal verzekerden naar Farmacie Kosten Groepen (FKG's: een gezondheidsvariabele gebaseerd op medicijngebruik in het verleden) en het aantal verzekerden naar Diagnose Kosten Groepen (DKG's: een gezondheidsvariabele gebaseerd op ziekenhuisopnamen in het verleden). De vereveningsbijdrage voor een zorgverzekeraar hangt dus af van het aantal verzekerden en hun risicoprofiel.

De mate waarin zorgverzekeraars de kosten van hun verzekerden kunnen beïnvloeden verschilt sterk per prestatie. Daarom verschilt het financiële risico dat zorgverzekeraars lopen per kostensoort. Er worden drie deelbedragen onderscheiden, namelijk: variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vaste kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van overige prestaties.

Om verschillen tussen werkelijke kosten en de vereveningsbijdragen te verkleinen bestaan er drie verschillende ex-post compensatiemechanismen. Elk deelbedrag wordt op een andere wijze achteraf gecompenseerd. Met de verbetering van het vereveningssysteem en een toename van de mogelijkheden om kosten te beïnvloeden, is de afgelopen jaren het feitelijk financiële risico dat ziekenfondsen liepen in een aantal stappen vergroot door de afbouw van de ex-post compensatiemechanismen.

Ik denk dat beide doelen, te weten het voorkomen van ongewenste risicoselectie door zorgverzekeraars en het prikkelen van zorgverzekeraars om efficiënt kwalitatief goede zorg in te kopen, zeker verenigbaar zijn. Meer dan tien jaar risicoverevening in de Zfw heeft dit bewezen. Ik ben wel van mening dat geprobeerd moet worden het vereveningssysteem verder te ontwikkelen en te verbeteren. Ik neem signalen van risicoselectie vanwege mogelijke hiaten in het vereveningssysteem uiterst serieus en zal zo nodig en mogelijk het systeem daarop aanpassen.

15

Wat zijn de ervaringen tot nu toe met het gebruik van DBC's in de vier koplopergroepen? Geven deze ervaringen aanleiding om de planning van de invoering van DBC's bij te stellen?

De ervaringen van de eerste vier koplopergroepen zijn zodanig dat het DBC-registratiemodel onlangs als concept is vastgesteld. Dit betekent dat het registratiemodel niet meer aangepast zal worden tot 1-7-2006. De ervaringen van de koplopers met het registratiemodel waren namelijk zodanig dat de koplopers in de laatste evaluatieronde nog maar weinig opmerkingen hadden bij het DBC-registratiemodel en de spelregels. Anderzijds hebben de koplopers tot op heden nog onvoldoende DBCs gesloten om de DBC-productstructuur op te kunnen baseren. Om die reden hebben we de afgelopen tijd extra maatregelen genomen bijvoorbeeld om de koplopers ervan te doordringen dat het van groot belang is dat ze de geopende DBCs ook afsluiten zodra de behandeling is afgelopen.

Deze extra maatregelen hebben ertoe geleid dat er relatief meer DBCs worden afgesloten. Echter, het vaststellen van de productstructuur is niet noodzakelijk voor de verplichte DBC-registratie in de eerste fase van de invoering van DBCs in de GGZ. Dit is pas relevant voor de tweede fase, waarin de inkoop en de declaratie zullen plaatsvinden op basis van DBCs. Ik heb dan ook geen reden om de planning van de DBC-invoering bij te stellen.

16

Welke maatregelen overweegt u ten aanzien van het aanvullende pakket? Hoe voorkomt u mobiliteitsproblemen door het aanvullende pakket?

De overheveling van de geneeskundige GGZ vindt pakket- en budget-neutraal plaats vanuit de AWBZ naar de Zvw. Overheveling van delen van de GGZ vanuit de AWBZ naar het derde compartiment (aanvullende verzekering) is niet aan de orde. Door de acceptatieplicht kan iedereen zich verzekeren voor het Zvw-pakket, dat verder de omvang heeft van het Zfw-pakket zoals dat eind 2005 luidt.

Over aanvullende verzekeringen is met ZN afgesproken dat door de zorgverzekeraar waar de verzekerde thans is ingeschreven bij inwerkingtreding van de Zvw een non-select, integraal aanbod wordt gedaan voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering, dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking. Met het oog op de gewenste keuzevrijheid van de verzekerde zal daarbij expliciet worden aangegeven dat de verzekerde gerechtigd is een keuze te maken voor andere verzekeringsproducten dan wel voor een andere zorgverzekeraar. In het overleg met de Tweede Kamer over de Zvw op 15 december 2004 heb ik in lijn met de brief van ZN over dit onderwerp (brief van 9 december 2004) aangegeven dat als verzekerden niet reageren zij worden geacht in te stemmen met dat aanbod. Dit aanbod van de zorgverzekeraars bewerkstelligt dat iedereen die een aanvullende verzekering heeft die ook na invoering van de Zvw kan hebben. Voor verdere informatie over dit onderwerp verwijs ik u naar de nadere memorie van antwoord over de Zvw die ik recent aan de Eerste Kamer heb toegezonden.

Verder is in de Zvw een (bij amendement ingevoegd) artikel opgenomen dat bepaalt dat een zorgverzekeraar de aanvullende verzekering niet mag beëindigen als een verzekerde zijn zorgverzekering opzegt. Hiermee worden mobiliteitsproblemen door het aanvullende pakket voorkomen.

17

Hoe denkt u verzekerden duidelijk te maken wat de invloed is van de functiegerichte omschrijvingen? Ziet u hierin een verantwoordelijkheid voor uw ministerie?

Zodra de wet door de Eerste Kamer is aanvaard, zal ik de burgers door middel van een publiekscampagne informeren over de betekenis van de Zvw en daarbij geregelde prestaties. Daarin zal ik de burgers ook op de hoogte stellen van de mogelijkheden die het functiegerichte systeem hen biedt.

18

Wanneer verwacht u meer duidelijkheid over het al dan niet aanmerken als staatssteun van de wettelijke reserves bij voormalige ziekenfondsen?

Op 3 mei jl. heeft de Europese Commissie uitspraak gedaan in de notificatie van onder andere het behoud van wettelijke reserves. De Commissie geeft aan dat voor deze maatregel in het kader van de invoering van de Zvw geldt dat er sprake is van gerechtvaardigde staatssteun. Hierover heb ik op 3 mei jl. ter informatie een brief verstuurd aan beide Kamers (TK 2004/05, 29 763, nr. 76).

19, 20 en 21

Naar aanleiding van de mededelingen over de Wet op de zorgtoeslag (blz. 4) constateren de leden van de PvdA-fractie dat het kabinet bij de aanvankelijk gekozen percentages van 6,5% en 4% meende (29 762, nr. 6, nota naar aanleiding van het verslag) dat «de inkomenseffecten bij de invoering van de Zvw zo klein mogelijk zijn en om de solidariteit in het zorgstelsel zo goed mogelijk te waarborgen». Nu geldt dat met de percentages 5 en 5 en 3,5 en 5 «recht wordt gedaan aan de draagkracht van huishoudens en een betere compensatie voor zorgkosten wordt bereikt». Kunt u zich voorstellen dat Kamerleden een zekere mate van ontstemming ervaren, indien ze worden afgescheept met zulke globale zinnen die in schril contrast staan met de uitputtende vragen die zijn gesteld over de inkomensgevolgen tijdens de schriftelijke en mondelinge behandeling van de Wet op de zorgtoeslag? Bent u bereid het oordeel van de «notadokter» van uw ministerie te vragen over bovengeformuleerde zinnen en dat oordeel naar de Kamer te zenden?

Bent u bereid gedetailleerd aan te geven waarom de nu gekozen percentages zijn gewijzigd? Wie of wat heeft u daartoe aangezet? Welke nieuwe cijfers en berekeningen hebben daarbij een rol gespeeld? Wat is het hoofdargument en kunt u dat toelichten aan de hand van cijfers over inkomensgevolgen en verschuivingen tussen groepen huishoudens, bijvoorbeeld tussen alleenverdieners, tweeverdieners en alleenstaanden? Kunt u uitvoerig aangeven wat de inkomensgevolgen op huishoudniveau zijn van deze nieuwe voorstellen ten opzichte van de oude en ten opzichte van de premielast onder de Ziekenfondswet? Wilt u daarbij uitgaan van alle (ook bijzondere) groepen huishoudens en inkomensniveau's (ook inkomens onder het wettelijk minimumloon) zoals ze zijn gevraagd door de PvdA-fractie tijdens de behandeling van de Wet op de zorgtoeslag in de Kamer (zowel in de schriftelijke fase als tijdens het wetgevingsoverleg en de plenaire behandeling)?

Tijdens het debat in de Kamer over de Wet op Zorgtoeslag heb ik de Kamer toegezegd zo snel mogelijk duidelijkheid te geven over de definitieve hoogte van de percentages in het licht van het koopkrachtbeeld voor 2006. Ik ben blij dat ik de Kamer de toegezegde duidelijkheid kan geven. Het kabinet heeft haar besluit mede gebaseerd op het inkomensbeeld dat het Centraal Planbureau (CPB) heeft gemaakt voor het Centraal Economisch Plan (CEP). Tevens is gehoor gegeven aan de wens om de zorgtoeslag een meer herkenbaar karakter te geven. Over het integrale koopkrachtbeeld voor 2006 wordt u bij de Prinsjesdagstukken geïnformeerd.

22

Kunt u toelichten wat de macrogevolgen zijn van de voorgestelde wijziging? Hoeveel huishoudens komen momenteel in aanmerking voor een zorgtoeslag onder de ziekenfondsgrens, boven de ziekenfondsgrens; hoeveel geld is gemoeid met de zorgtoeslag voor huishoudens onder de ziekenfondsgrens, boven de ziekenfondsgrens en hoe is de verdeling van de macrolast van de zorgtoeslag kosten over de inkomensdecielen?

De extra budgettaire gevolgen voor de zorgtoeslag bedragen € 0,6 mld. Dit geld is door een herschikking binnen het compensatiepakket gevonden.

Het aantal huishoudens dat in aanmerking komt voor de zorgtoeslag blijft circa 6 mln. Ook het aantal huishoudens onder en boven de Ziekenfondsgrens met recht op de zorgtoeslag wijkt niet significant af van informatie die ik de Kamer eerder heb verschaft.

23

Is het waar dat alfahulpen en andere genoemde bijzondere groepen, een nultarief krijgen waarbij ze ten opzichte van de oude voorstellen, een netto-voordeel krijgen toegekend? Hoe groot is dat voordeel? Is de interpretatie juist dat dit voordeel alleen geldt voor diegenen die in 2004 tot deze groepen werden gerekend en nieuwe alfahulpen e.d. er niet voor in aanmerking komen? Zo ja, kan worden toegelicht waarom het kennelijk nodig geachte nultarief alleen voor «oude gevallen» geldt en niet voor nieuwe?

In de Zvw is opgenomen dat over bepaalde bestanddelen van het bijdrage-inkomen (waarover inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven) een afwijkend percentage kan worden vastgesteld. Alfa-hulpen en andere bijzondere groepen kunnen in aanmerking komen voor een nultarief. Het kabinet is van mening dat zonder nadere maatregelen voor deze bijzondere doelgroepen een te groot negatief inkomenseffect zou ontstaan bij de invoering van de Zvw. De grondslag voor de inkomensafhankelijke bijdrage van de Zvw is namelijk breder dan voor de procentuele premie van de Zfw. De procentuele Zfw-premie wordt slechts over een beperkt aantal inkomensbestanddelen geheven. Voor de Zvw telt al het inkomen in box 1 (exclusief de inkomsten uit eigen woning, het resultaat uit het ter beschikking stellen van vermogensbestanddelen en de persoonsgebonden aftrekposten) mee voor de inkomensafhankelijke bijdrage. Gevolg hiervan zou zijn dat alfa-hulpen en andere bijzondere groepen na 1 januari 2006 wel een inkomensafhankelijke bijdrage moeten betalen, terwijl dat inkomen voor die datum in het algemeen niet werd belast met een procentuele premieheffing voor de Zfw. Omdat deze groepen geen tegemoetkoming ontvangen van een werkgever of uitkeringsinstantie, zouden zich voor deze groepen grote inkomenseffecten kunnen voordoen. Om dit te voorkomen heeft het kabinet besloten een nultarief in te stellen voor inkomensbestanddelen die thans buiten de heffing van de procentuele Zfw-premie blijven. Voorwaarde daarbij is wel dat het inkomen ook in 2005 moet zijn genoten (alleen in die gevallen doet zich het genoemde ongewenste inkomenseffect voor) en dat het totale inkomen lager is dan de huidige Zfw-grens.

24

Kan worden aangegeven wat de inkomensgevolgen zijn van de nieuwe systematiek voor groepen ambtenaren en studenten?

Voor ambtenaren en studenten zijn compensatiebedragen beschikbaar gesteld die ervoor zorgen dat hun inkomenseffecten niet slechter zijn dan voor andere groepen. Over de precieze uitwerking kan ik geen mededeling

doen. Voor ambtenaren geldt dat dit onderdeel is van het arbeidsvoorwaardenoverleg en daar kan ik niet op vooruit lopen.

Voor studenten worden de compensatiemiddelen van € 33 mln. verwerkt in de aanvullende beurs van de studiefinanciering, zodat het gemiddelde inkomenseffect voor studenten met een studentenstandaardpakketpolis niet slechter is dan dat voor alleenstaanden op sociaal minimum.

25

Acht u het denkbaar dat in augustus 2005 de percentages opnieuw worden gewijzigd?

Nee.

Vragen SP-fractie

26

Bent u van mening dat een gefaseerde overheveling nodeloos ingewikkeld is? Kan worden toegelicht waarom de hele overheveling niet gewoon op 1 januari 2007 plaatsvindt?

De gefaseerde invoering van de overheveling is bedoeld om op een zorgvuldige wijze de overheveling te laten plaatsvinden. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor inzicht opbouwen in welke mate hun verzekerden gebruik maken van GGZ-zorg. GGZ-zorgaanbieders kunnen zich voorbereiden op de declaraties op individueel verzekerdeniveau en het hanteren van DBCs.

27

Kan worden toegelicht waarom de constructie van betaling vanuit het Zorgverzekeringsfonds met storting aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) gebruikt moet worden?

Partijen zijn eensgezind in hun inzet om de GGZ in het Zvw-domein onder te brengen. Voorop staat dat de overheveling zorgvuldig plaatsvindt, praktisch werkbaar is en dat de verzekeraars met vertrouwen hun rol kunnen vervullen. Hierom is besloten om de overheveling van delen van de GGZ van de AWBZ naar de Zvw gefaseerd in te voeren. Door de financiering nu al via de Zvw te regelen wordt een belangrijke stap in de overheveling gezet. Hiermee krijgt de fasering daadwerkelijk betekenis en draagt het Kabinet bij aan een zo groot mogelijke zekerheid en voortvarendheid voor de GGZ. Een bijkomend voordeel is dat de budgettaire en inkomensgevolgen in een keer meegenomen kunnen worden. De burger wordt daardoor in 2007 niet nog een keer met een «kleine stelselwijziging» geconfronteerd.

28

Volgens het onderzoek van Pricewaterhouse Coopers (PWC) dreigt administratieve chaos op 1 januari 2006. Volgens het onderzoek ontstaan bij 8 van de 22 onderzochte verzekeraars grote risico's voor de uitvoerbaarheid voor 5 miljoen verzekerden. Kunt u deze cijfers bevestigen? Hoe zijn deze cijfers te rijmen met de verklaring van Zorgverzekeraars Nederland dat de Zvw vanaf 1 januari 2006 kan worden uitgevoerd?

In antwoord hierop wijs ik graag op de afspraken die mijn departement heeft gemaakt met ZN naar aanleiding van de rapportage van PriceWaterhouseCoopers (PWC). Deze afspraken zijn verwoord in de brief van de voorzitter van ZN van 12 april jl. en mijn brief aan de Eerste en Tweede Kamer van 13 april jl. (TK 2004/05, 29 763, nr. 72). Kortweg betreffen deze afspraken de gefaseerde invoering van de GGZ, de data waarop zorgverzekeraars inzicht hebben in de inhoud van het pakket, het budget per

zorgverzekeraar uit het Zfw-fonds en het opschuiven van de datum waarop verzekerden uiterlijk een aanbod van hun huidige zorgverzekeraar ontvangen. Met deze afspraken bestaat er naar het oordeel van zowel zorgverzekeraars als mijn departement voldoende waarborg voor een verantwoorde invoering van de Zvw per 1 januari 2006.

29

Kan worden toegelicht op welke wijze de mogelijkheid van aspirant-verzekerden om zich tot 1 mei te verzekeren in de praktijk gaat uitwerken? Hoe zit het met ziektekosten gemaakt tussen 1 januari en het moment van verzekeren?

Onderstaand antwoord is ook opgenomen in antwoord op vraag 7. De voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de heer Wiegel, heeft in zijn brieven van 9 december 2004 en 12 april 2005 aangegeven dat ten behoeve van een soepele overgang naar het nieuwe zorgstelsel zorgverzekeraars hun verzekerden een non-select, integraal aanbod doen voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering, dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking. Dit aanbod ontvangt de verzekerde uiterlijk half december. Verzekerden kunnen tot 1 maart aangeven aan de verzekeraar dat zij niet instemmen met het aanbod. Tot 1 mei kunnen verzekeringsplichtigen een zorgverzekering afsluiten, met terugwerkende kracht tot 1 januari en zonder boete vanwege te laat verzekeren. Daarmee komen eventuele zorgkosten en premie-inkomsten ten laste c.q. ten gunste van de verzekeraar waarvoor de verzekerde kiest.

Een belangrijke kwestie die nog nadere beschouwing behoeft, is of verzekerden (ziekenfondsverzekerden, particulier verzekerden en deelnemers aan de publiekrechtelijke ambtelijke regelingen) die het aanbod van hun verzekeraar nog niet voor 1 januari 2006 hebben geaccepteerd en die het ook niet hebben afgewezen, met ingang van 1 januari 2006 geacht dienen te worden te zijn verzekerd volgens het aanbod en bij de in het aanbod aangewezen zorgverzekeraar. Daarbij zouden deze «niet-reageerders» dan nog wel een termijn van twee maanden krijgen om deze zorgverzekering alsnog te ontbinden (waarna ze vervolgens weer tot 1 mei 2006 hebben om een andere zorgverzekering te sluiten). Een dergelijke optie heeft de voorkeur van de verzekeraars. In zijn brief van 12 april geeft de voorzitter van ZN op hoofdlijnen aan hoe in dat geval zal worden omgegaan met premies en schades in de periode totdat de uiteindelijke keuze van de verzekeringsplichtige vast staat. Op dit moment bestudeer ik tezamen met ZN de juridische en technische mogelijkheden daartoe. Ook andere mogelijkheden, zoals een van rechtswege verzekering voor niet-reageerders vanaf 1 maart, in plaats van vanaf 1 januari 2006, betrek ik daarbij.

30

Wat moet er nog gebeuren voordat de budgetbrief aan zorgverzekeraars op 15 september 2005 verstuurd kan worden?

Op dit moment loopt nog een groot aantal trajecten om uiteindelijk te komen tot de bekendmaking van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars op 15 september door het College van zorgverzekeringen. Allereerst lopen er nog ruim tien onderzoeken naar verbeteringen van het vereveningsmodel en de operationalisering van de verschillende criteria voor de huidige particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. Voorbeelden van onderzoek naar de verbetering van het model zijn onderhoud FKG's. In dit onderzoek wordt onderzocht of het aantal FKG's kan worden uitgebreid met een aantal nieuwe FKG's voor bijvoorbeeld diabetes type II en rugklachten. Een ander voorbeeld is een onderzoek naar de gevolgen van de DBC-invoering op de schadelast van de verschillende zorgverzekeraars. Voorts wordt onderzocht op welke wijze DKG's, het regio-criterium en aard van het inkomen kunnen worden

geoperationaliseerd. Naast deze onderzoeken wordt het beoogde model voor 2006 meerdere malen getoetst op de uiteindelijke aansluiting van de vereveningsbijdrage op de kosten, zowel op het niveau van verzekerden, als op het niveau van zorgverzekeraars en van de huidige drie verzekeringssectoren. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de kwaliteit van het beoogde vereveningsmodel 2006. Eind juni zijn al deze onderzoeken afgerond en zal de minister in een bestuurlijk overleg met de zorgverzekeraars het vereveningsmodel 2006 vaststellen.

Het vereveningsmodel 2006 zal dan neerslaan in een ministeriële regeling. In deze regeling zal ook de inzet van de verschillende ex-post compensatiemechanismen (hogekostenverevening, generieke verevening en nacalculatie) worden bepaald alsmede de wijze waarop bijvoorbeeld in de risicoverevening rekening wordt gehouden met de no-claim teruggave regeling en het vrijwillig eigen risico. Als laatste wordt in de regeling ook het macro prestatie bedrag en de nominale rekenpremie vastgesteld. Op basis van de ministeriële regeling zal het College voor zorgverzekeringen vervolgens vóór medio september haar beleidsregels vaststellen, waarin alle uitvoeringsaspecten worden vastgelegd.

De berekening van de vereveningsbijdragen baseert het College voor zorgverzekeringen op de meest actuele gegevens van de individuele zorgverzekeraars. De komende maanden zullen alle zorgverzekeraars hiervoor gegevens aan het College aanleveren, bijvoorbeeld ten behoeve van een raming van het aantal verzekerden in 2006 per risicoklasse.

31

Zijn de zaken die volgens het spoorboekje klaar zouden moeten zijn dat ook daadwerkelijk? Zo neen, wat nog niet en wanneer verwacht u dat wel?

De planning van de activiteiten, zoals weergegeven in het spoorboekje voor de eerste fase van de invoering van DBCs in de GGZ loopt op schema. De onderdelen die volgens het spoorboekje gereed moeten zijn, zijn ook daadwerkelijk gereed.

Vragen D66-fractie

32

Waarom zullen per 1 januari 2006 de kosten worden gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds, terwijl organisatie, inkoop en declaratie nog via de zorgkantoren loopt? Is het niet beter om de financiering als laatste in de gefaseerde invoering in te voeren?

Partijen zijn eensgezind in hun inzet om de GGZ in het Zvw-domein onder te brengen. Voorop staat dat de overheveling zorgvuldig plaatsvindt, praktisch werkbaar is en dat de verzekeraars met vertrouwen hun rol kunnen vervullen. Hierom is besloten om de overheveling van delen van de GGZ van de AWBZ naar de Zvw gefaseerd in te voeren. Door de financiering nu al via de Zvw te regelen wordt een belangrijke stap in de overheveling gezet. Hiermee krijgt de fasering daadwerkelijk betekenis en draagt het Kabinet bij aan een zo groot mogelijke zekerheid en voortvarendheid voor de GGZ. Een bijkomend voordeel is dat de budgettaire en inkomensgevolgen in een keer meegenomen kunnen worden. De burger wordt daardoor in 2007 niet nog een keer met een «kleine stelselwijziging» geconfronteerd.

33

Welke DBC's bestaan er voor de GGZ-aanbieders? Zijn de aanbieders hiervan op de hoogte?

Uitgangspunt voor de DBC-systematiek in de GGZ is dat er maximaal 60 medisch herkenbare en kostenhomogene hoofdgroepen van DBCs mogen zijn op basis waarvan zorgverzekeraars met GGZ-aanbieders (in het eindmodel) onderhandelen over de prijs, kwaliteit en het volume. In juni 2003 heeft de landelijke werkgroep voor DBC-Ontwikkeling 63 medisch herkenbare hoofdgroepen van DBCs gedefinieerd. Vervolgens zijn diverse koplopergroepen gestart met het registreren van de zorgtypering en het zorgprofiel. In november 2005 zal de eerste versie van de DBC-productstructuur vastgesteld worden. Op dat moment is pas duidelijk welke exacte DBCs er op dat moment onderscheiden worden. Echter voor de eerste fase van de DBC-invoering in de GGZ, de verplichte registratie, is de DBC-productstructuur niet nodig. De DBC productstructuur is pas relevant in de tweede fase van de invoering wanneer de inkoop plaats zal vinden op basis van DBCs.

34

Waarom worden er slechts acht zittingen vergoed in plaats van de door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) voorgestelde tien zittingen in 2003?

Uitgangspunt is dat maximaal 8 zittingen voor eerstelijnspsychologische zorg in het Zvw-pakket wordt opgenomen. De verwachting is dat deze maximering zal leiden tot een gemiddelde van 6 gedeclareerde zittingen. Daarmee is een heldere afbakening tussen eerste en tweede lijn (bij maximaal 10 zittingen ontstaat al meer overlap met tweede lijn). Tevens is er een goed compromis bereikt tussen enerzijds adequaat kunnen behandelen in de eerste lijn en anderszijds beheersbaarheid in het Zvw-pakket.

35

Kunt u een duidelijk beeld geven over de precieze verdeling van de GGZ-voorzieningen over de drie financiële kaders?

Niet de voorziening is bepalend voor de verdeling over de financiële kaders, maar de aard van de zorgverlening. Het zorgaanbod van de GGZ-voorzieningen kan divers zijn. Daarom is het niet mogelijk de precieze verdeling van de voorzieningen over de genoemde kaders aan te geven. Het is wel mogelijk om aan te geven welke functies onder de verschillende kaders vallen. Hiervoor verwijs ik naar het antwoord bij vraag 40.

36

Gaan onderdelen van de GGZ verloren? Zo ja, welke?

De overheveling van de geneeskundige GGZ vindt pakket- en budget-neutraal plaats. Er zullen dus geen onderdelen van de GGZ verloren gaan als gevolg van deze overheveling.

37

Welke GGZ-zorg komt in de aanvullende verzekering terecht en op basis waarvan wordt een afweging gemaakt?

De overheveling van de geneeskundige GGZ vindt pakket- en budget-neutraal plaats vanuit de AWBZ naar de Zvw. Overheveling van delen van de GGZ vanuit de AWBZ naar het derde compartiment (aanvullende verzekering) is niet aan de orde.

38

Hoe wordt het mensen die gebruik willen maken van de GGZ duidelijk waar ze moeten zijn voor goede zorg?

Voorop staat dat iemand die zorg nodig heeft, moet kunnen rekenen op kwalitatief goede, tijdige en veilige zorg. De aanbieder van zorg moet daarvoor instaan, hetgeen ook wordt bevorderd door de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet Big) en de Kwaliteitswet zorginstellingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg speelt een belangrijke rol bij de kwaliteitsbewaking.

Bij de levering van zorg gebaseerd op een polis die voorziet in niet-gecontracteerde zorg moet ervan worden uitgegaan dat de verzekerde ook zelf oplet dat hij zich voor zijn zorg wendt tot een daartoe gekwalificeerde beroepsbeoefenaar of instelling.

Om tot een goede keuze te komen, zal daarom objectieve consumenten-informatie over de GGZ en verslavingszorg beschikbaar komen via de portal www.kiesbeter.nl. Nu staan daar de zorgverzekeraars op en de ziekenhuizen. De GGZ, thuiszorg, verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg volgen in de planning zoals die door het RIVM wordt gemaakt. De GGZ-zorgaanbieders zelf geven ook, via intermediairs (verwijzers, o.a. huisartsen) informatie aan (potentiële) patiënten via internet, folders en mondelinge toelichting.

Als een verzekerde op zijn zorgverzekeraar een beroep doet om te bemiddelen ten behoeve van het verkrijgen van zorg, mag van de zorgverzekeraar worden verwacht dat deze hem niet stuurt naar een hulpverlener die kwalitatief ondeugdelijke zorg levert. Een zorgverzekeraar moet daarop letten.

Verder heeft de zorgverzekeraar door de zorginkoop voor gecontracteerde zorg een directe rol bij de kwaliteit van die zorg. Dat betekent dat het inkopen van zorg meer inhoudt dan het afspreken van alleen een prijs. Bij kwaliteit gaat het ook om veiligheid, bereikbaarheid, tijdigheid, en de noodzaak van voortdurende innovatie van de zorg. Die aspecten van kwaliteit zijn te waarborgen door een systeem van voortdurende bewaking van kwaliteitsverbetering en sluit zodoende aan op de werking van de al geldende kwaliteitswetgeving. Voor de zorgverzekeraar als inkoper ligt er ook een belang. Door zorg in te kopen die hoog scoort op bovengenoemde kwaliteitsaspecten, kan hij zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars, zeker als die kiezen voor niet gecontracteerde zorg en het zoeken naar gekwalificeerde zorgaanbieders overlaten aan hun verzekerden.

Bij de AWBZ zijn het de zorgkantoren die moeten letten op de kwaliteit van zorg die ze inkopen. Daarbij moet het gaan om kwalitatief verantwoorde zorg. Voor wat betreft de AWBZ-zorg staat in het «Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren» (Stcrt. 30 december 2004, nr. 253/P. 35) dat het zorgkantoor verzekerden zodanig en tijdig zal informeren over het gecontracteerde zorgaanbod, dat een verzekerde een afweging en een keuze kan maken uit het gecontracteerde zorgaanbod. Dit convenant geldt ook voor de GGZ-zorg en is ondertekend door de Staatssecretaris, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor zorgverzekeringen.

39

Kan het voorkomen dat door invoering van de Zvw een groot aantal mensen met psychische klachten onverzekerd zal rondlopen omdat deze individueel moet worden aangevraagd en het mogelijk is dat de verzekering wordt beëindigd als de nominale premie niet op tijd is betaald?

Bij de Zvw geldt dat iedereen die in Nederland woont of in het buitenland woont en in Nederland werkt (aan de loonbelasting is onderworpen) (AWBZ-verzekerde) wettelijk verplicht is een zorgverzekering te sluiten. Bij de Zvw geldt een acceptatieplicht. Het kan zijn dat mensen toch geen

zorgverzekering sluiten. Het is ook mogelijk dat een zorgverzekeraar de verzekering beëindigt als een verzekerde de nominale premie niet op tijd betaalt.

Na behandeling van de Zvw in de Eerste Kamer zal ik een uitgebreide voorlichtingscampagne starten om de bevolking op de hoogte te stellen van de verplichting tot het (laten) sluiten van een zorgverzekering. Met goede voorlichting moeten burgers die verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen. Naast de algemene voorlichting aan verzekerden zal gerichte voorlichting er toe moeten leiden dat ook mensen die niet goed in staat zijn hun eigen belangen te behartigen, zoals sommige mensen met psychische klachten, een zorgverzekering sluiten of dat iemand anders dat voor die mensen doet. De Zvw biedt namelijk laatstgenoemde mogelijkheid. Dat biedt bijvoorbeeld een familielid of iedere ander die zich om iemand met psychische problemen bekommert, de mogelijkheid om voor die persoon een zorgverzekering te sluiten. Deze mogelijkheid en goede voorlichting moeten er voor zorgen dat het onverzekerd zijn van mensen met psychische klachten tot een minimum wordt beperkt. Als een onverzekerde met psychische klachten alsnog te laat een zorgverzekering afsluit is in de Zvw geregeld dat als zo iemand het niet afsluiten van een verzekering niet te verwijten is, hij geen boete krijgt opgelegd. Of het niet afsluiten van een zorgverzekering al of niet verwijtbaar is wordt per geval bekeken.

40

Wat is de precieze omvang van het basispakket op grond van de GGZ?

De geneeskundige GGZ zal met ingang van 1 januari 2007 onderdeel uitmaken van de Zvw. In schema ziet dit er als volgt uit:

Zorgverzekeringswet	AWBZ
Geneeskundige GGZ	Intramurale geneeskundige GGZ na het eerste jaar en niet-geneeskundige GGZ
Zvw-functie: – geneeskundige zorg	AWBZ-functies: – verblijf na het eerste jaar (incl. alle AWBZ-functies)
De volgende AWBZ-functies gaan naar Zvw: – behandeling – activerende begeleiding – verpleging (toedienen geneesmiddelen) (met grondslag psychiatrische aandoening)	– huishoudelijke verzorging (per 1 juli 2006 naar WMO) – persoonlijke verzorging – ondersteunende begeleiding (met grondslag psychiatrische aandoening) – verpleging (met grondslag somatische aandoening)
Zvw gaat voor op AWBZ	(is in combinatie mogelijk met AWBZ-functie verblijf)

De forensische zorg (zorg die door een strafrechter wordt opgelegd) wordt niet mee overgeheveld naar de Zvw in verband met het niet verzekerbare karakter van deze zorg. Het antwoord op de vraag of forensische zorg op termijn ook in de AWBZ zal blijven zal worden gegeven in de brief aan de Kamer waarin de reactie van het kabinet op de motie van het Eerste kamerlid Van de Beeten (EK 2003/04, 28 979, E) wordt gegeven. De motie Van de Beeten verzoekt de regering om in haar beleid voor 2005 te voorzien in samenhang tussen de curatieve en penitentiaire voorzieningen. De brief met het standpunt van het kabinet hierover is in juni te verwachten.

41, 42 en 43

Waarom is alleen voor de eerstelijnspsychologen een eigen bijdrage ingesteld?

Hoe groot schat u het gevaar in dat de verwijzer met het oog op de eigen bijdrage voor de eerstelijnspsycholoog niet zal verwijzen naar de relatief goedkope eerstelijnspsycholoog, maar naar het aanbod zonder eigen bijdrage zoals een psychiater?

Bent u van mening dat door de eigen bijdrage voor enkel de eerstelijnspsycholoog de eerstelijnspsycholoog niet in staat zal zijn te concurreren op prijs en kwaliteit met andere GGZ-zorgverleners, waardoor een deel van de beoogde marktwerking teniet wordt gedaan?

Op dit moment geldt voor psychotherapie in de tweede lijn een eigen bijdrage. In lijn daarmee wordt ook voor de eerstelijnspsycholoog een eigen bijdrage ingesteld. Deze eigen bijdrage is kleiner dan die voor de psychotherapie in de tweedelijns zodat er een prikkel is voor cliënten om eerst hulp te zoeken in de eerstelijns en niet onnodig gebruik te maken van de gespecialiseerde tweedelijns. Het risico van onterechte verwijzingen naar de tweedelijns wordt zodoende ook kleiner. Evenmin is er sprake van een achterstelling van de eerstelijnspsycholoog ten opzichte van andere vrijgevestigde hulpverleners.