

Vergaderjaar 2006–2007

31 094

Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico

Nr. 7

NOTA VAN WIJZIGING

Ontvangen 3 september 2007

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel I, onderdeel F, komt te luiden:

F

Artikel 20 komt te luiden:

Artikel 20

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen of waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.

2. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

B

Het in artikel I, onderdeel N, voorgestelde artikel 118a van de Zorgverzekeringswet wordt als volgt gewijzigd:

a. In het eerste lid wordt «het daaropvolgende jaar» vervangen door: dat kalenderjaar.

b. In het derde lid vervalt: dan wel een bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen instantie.

c. In het vierde lid, onderdeel a, vervalt: in ieder geval.

C

Artikel II komt te luiden:

ARTIKEL II

De Wet op de zorgtoeslag wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 3 komt te luiden:

Artikel 3

1. De standaardpremie voor een persoon als bedoeld in artikel 69 van de Zorgverzekeringswet is, in afwijking van artikel 4, gelijk aan het met toepassing van dat artikel bepaalde bedrag, vermenigvuldigd met het getal dat wordt berekend uit de verhouding tussen de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale zorgverzekeringen in het woonland van deze persoon, en de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale zorgverzekeringen in Nederland.

2. Bij ministeriële regeling wordt jaarlijks uiterlijk in november per land het in het eerste lid bedoelde verhoudingsgetal vastgesteld.

B

Artikel 4 komt te luiden:

Artikel 4

Onze Minister stelt uiterlijk 15 dagen voorafgaande aan het berekeningsjaar bij regeling de standaardpremie voor het berekeningsjaar vast die wordt gevormd door de geraamde gemiddelde premie voor een verzekerde voor een zorgverzekering in het berekeningsjaar te vermeerderen met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting in dat jaar betaalt ingevolge artikel 18a van de Zorgverzekeringswet, met dien verstande dat bij het geraamde gemiddelde bedrag verzekerden die recht hebben op een uitkering als bedoeld in artikel 118a van de Zorgverzekeringswet niet worden meegerekend.

D

Artikel V komt te luiden:

ARTIKEL V

Artikel 6.18 van de Wet inkomstenbelasting 2001 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel b, wordt «bedoeld in artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag» vervangen door: bedoeld in de artikelen 3 en 4 van de Wet op de zorgtoeslag.

2. Na het negende lid wordt een lid toegevoegd, luidende:

10. Voor zover uitgaven ten laste komen van een verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 18a van de Zorgverzekeringswet, worden zij niet in aanmerking genomen.

Artikel XII komt te luiden:

ARTIKEL XII

Deze wet treedt in werking met ingang van 1 januari 2008, met dien verstande dat artikel II, onderdeel A, en artikel V, punt 1, in werking treden met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin zij worden geplaatst en terugwerken tot en met 1 januari 2007.

Toelichting

Onderdeel A

In het verslag van de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2006/07, 31 094, nr. 5, p. 19) wordt door de CDA-fractie door middel van een rekenvoorbeeld aangetoond dat het voorgestelde artikel 20 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te beperkt is geformuleerd. In overeenstemming met de huidige tekst van artikel 20 Zvw wordt in het wetsvoorstel voorgesteld dat bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) kan worden bepaald dat bepaalde vormen van zorg of overige diensten tot een bepaald bedrag buiten het verplichte of vrijwillige eigen risico vallen. Het is echter niet wenselijk en ook niet de bedoeling geweest om bij AMvB het bedrag dat buiten het eigen risico valt, te noemen. Het vaststellen van een dergelijk bedrag zou er toe leiden dat een verzekerde bij dezelfde vorm van zorg bij het ene ziekenhuis zijn verplicht eigen risico helemaal kwijt is, terwijl bij het andere ziekenhuis het niet ten laste van het verplichte eigen risico zou gaan. Dit is voor de transparantie van verzekerden onwenselijk, aangezien een verzekerde niet van te voren weet wat een behandeling zal kosten. Ter verduidelijking geef ik hierbij een rekenvoorbeeld. In ziekenhuis A kost een behandeling € 3000, terwijl in ziekenhuis B dezelfde behandeling € 3250 kost. Als een AMvB nu bepaalt dat voor deze behandeling € 3000 *buiten* het eigen risico valt, hoeft een patiënt in ziekenhuis A geen verplicht eigen risico te betalen is en een patiënt in ziekenhuis B in één keer zijn verplicht eigen risico kwijt. Aangezien dit niet wenselijk is, is de formulering van de bepaling aangepast.

In het verslag van de Tweede Kamer is gebleken dat er onduidelijkheid bestaat over de vraag of artikel 20 van de Zvw het toestaat dat zorgverzekeraars zelf kunnen bepalen welke vormen van zorg of overige diensten niet onder het vrijwillige eigen risico vallen. Nu artikel 20 toch diende te worden aangepast, is van de gelegenheid gebruik gemaakt om expliciet aan te geven dat de zorgverzekeraar dit zelf kan bepalen. Het past in de gedachte van de Zvw om de keuze wat er wel en niet onder het vrijwillige eigen risico valt aan de zorgverzekeraars zelf over te laten. Dit kan voor de zorgverzekeraar leiden tot een vermindering van administratieve lasten en kan voor de verzekerde de duidelijkheid vergroten. Zo kan de zorgverzekeraar besluiten vormen van zorg die de wetgever bij AMvB buiten het verplichte eigen risico heeft gesteld, ook van het vrijwillige eigen risico uit te zonderen. De uitzonderingen op het vrijwillige eigen risico moeten wel voor alle verzekerden op dezelfde soort polis (met een vrijwillig eigen risico) gelden. De verzekeraar moet de vormen van zorg die hij van het vrijwillige eigen risico uitzondert dan ook in zijn modelovereenkomsten en daarmee in de zorgpolissen – of ten minste in de zorgpolissen van verzekerden met een vrijwillig eigen risico – opnemen.

Wel is nog steeds de mogelijkheid opgenomen om bij AMvB vormen van zorg of overige diensten aan te wijzen waarvan de kosten buiten het

(vrijwillige) eigen risico vallen. Deze mogelijkheid is bij de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet toegevoegd aan de Zvw. De aanleiding hiervoor was het inschrijvingstarief van de huisarts buiten het (vrijwillige) eigen risico te laten, om te voorkomen dat verzekerden met een vrijwillig eigen risico zich pas bij een huisarts zouden inschrijven op het moment dat ze daadwerkelijk zorg nodig hebben. Dit is gerealiseerd in artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering. Tevens werd de mogelijkheid gecreëerd om dit voor andere vormen van zorg ook mogelijk te maken (Kamerstukken II, 2004/05, 30 124, nr. 3, p. 29 e.v.). Tot op heden is geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

Onderdeel B

– artikel 118a, eerste lid, Zvw

De leden van de SGP-fractie hebben in het verslag de vraag gesteld waarom er in het eerste lid van het voorgestelde artikel 118a Zvw voor is gekozen mensen met meerjarige, onvermijdbare kosten te compenseren met het bedrag dat naar verwachting *het volgende* jaar zal worden betaald. Het ligt inderdaad meer voor de hand om rekening te houden met het geraamde bedrag dat betrekking heeft op het jaar waarover de compensatie zal worden terugbetaald. Dat wordt met voorliggende wijziging van het wetsvoorstel gerealiseerd.

– artikel 118a, derde lid, Zvw

Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) heeft in de bijlage van de brief van 16 juli 2007 met kenmerk z2007-00930 aangegeven dat in het voorgestelde artikel 118a Zvw niet limitatief is aangegeven welke instanties verplicht worden om persoonsgegevens te verstrekken. In het voorgestelde artikel was de mogelijkheid opengelaten om bij AMvB te bepalen dat, naast zorgverzekeraars, tevens andere instanties gegevens dienen te verstrekken aan het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Ziektekosten B.V. (CAK-BZ). Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is vermeld, was deze delegatiebepaling slechts opgenomen, omdat de meest geschikte wijze voor het CAK-BZ om de bank- en girorekeningnummers van de betrokken verzekerden te krijgen, op dat moment nog niet duidelijk was. Inmiddels is gebleken dat zorgverzekeraars in staat zijn de bank- of girorekeningnummers ten behoeve van de uitkering van de compensatie van de betrokkenen aan het CAK-BZ te verstrekken. Om deze reden wordt de aanbeveling van het CBP opgevolgd, om de in het derde lid gecreëerde mogelijkheid bij AMvB een andere instantie aan te wijzen, te schrappen.

– artikel 118a, vierde lid, Zvw

In het vierde lid van artikel 118a Zvw is geregeld dat bij ministeriële regeling wordt bepaald welke gegevens de zorgverzekeraars *in ieder geval* aan het CAK dienen te verstrekken. Het zal gaan om de volgende gegevens: het gegeven dat een verzekerde tot de voor de uitkering relevante FKG-groepen behoort, het sociaal-fiscaalnummer of het burgerservicenummer en het bank- of girorekeningnummer.

Het CBP geeft in de bijlage van de brief van 16 juli 2007 met het kenmerk z2007-00930 aan dat de formulering «in ieder geval» ruimte laat voor het aanleveren van meer gegevens dan bij ministeriële regeling wordt bepaald, en dat dit ongewenst is. Deze formulering is gebruikt om de redactie van dit artikellid consistent te doen zijn met het bestaande artikel 87, zesde lid, onderdeel a, van de Zvw. Niet is beoogd om zorgverzekeraars in het kader van de compensatie te verplichten tot verstrekking van meer gegevens dan bij ministeriële regeling is bepaald. De formulering «in ieder geval» wordt daarom bij deze nota van wijziging geschrapt.

Onderdeel C

In de nota van wijziging op het wetsvoorstel tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en nadere maatregelen zorgverzekering; Kamerstukken II, 2006/07, 30 918, nr. 9) is een voorstel tot wijziging van artikel 3 van de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) gedaan (artikel III, onderdeel B, van de nota van wijziging). Bedoeling van het voorstel was duidelijk te maken dat de toepassing van de woonlandfactor slechts geldt voor personen als bedoeld in artikel 69 Zvw (de zogenoemde verdragsgerechtigden) en dus niet van toepassing is op in het buitenland wonende personen die onder de verzekeringsplicht van de Zvw vallen. Dit voorstel is deel gaan uitmaken van het gewijzigde voorstel van wet (30 918 A).

De in het oorspronkelijke wetsvoorstel voorgestelde wijziging (30 918, nr. 2, artikel III, wijziging van artikel 4 van de Wzt) is in de nota van wijziging opgenomen in artikel 3 van de Wzt. Abusievelijk is een fout geslopen bij het herformuleren van dit nieuwe artikel. In plaats van het toepassen van de woonlandfactor op de standaardpremie is in het wetsvoorstel zoals dat na de nota van wijziging is komen te luiden, geregeld dat de woonlandfactor wordt toegepast op de standaardpremie minus de normpremie. Zoals in de toelichting op die nota van wijziging is aangegeven, is het nooit de bedoeling geweest een inhoudelijke wijziging op dit artikel (30 918, nr. 2, artikel III) aan te brengen. Helaas is dit wel gebeurd. In de brief van 17 juli 2007 (30 918, nr. 23) heb ik de Tweede Kamer hiervan op de hoogte gebracht en toegezegd deze fout zo snel mogelijk te herstellen door middel van wetswijziging. Met onderhavige nota van wijziging voldoe ik hieraan, door het voorgestelde artikel II te vervangen door een nieuw artikel II. Opgemerkt wordt dat geen wijziging is aangebracht in het in artikel II van het oorspronkelijke wetsvoorstel voorgestelde artikel 4 Wzt.

Onderdeel D

De in artikel V, punt 1, opgenomen wijziging betreft een technische aanpassing. Voorgesteld wordt de in artikel 6.18, eerste lid, onderdeel b, van de Wet inkomstenbelasting 2001 opgenomen verwijzing naar artikel 4 Wzt te vervangen door een verwijzing naar de artikelen 3 en 4 Wzt.

In artikel V, punt 2, is het aan artikel 6.18 van de Wet inkomstenbelasting 2001 toe te voegen tiende lid opgenomen, dat ook al in het oorspronkelijke artikel V was opgenomen.

Onderdeel E

Aangezien de inwerkingtreding van artikel II, onderdeel A, en artikel V, punt 1, zo spoedig mogelijk en met terugwerkende kracht dient te geschieden, wordt bij deze nota van wijziging tevens de inwerkingtreding-bepaling van het wetsvoorstel (artikel XII) aangepast.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink