

Vergaderjaar 2012–2013

**33 507**

## **Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet teneinde daarin enkele verbeteringen aan te brengen, alsmede technische reparaties in diverse wetten (Veegwet VWS 2013)**

**Nr. 6**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 16 mei 2013

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel van wet houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet teneinde daarin enkele verbeteringen aan te brengen, alsmede om technische reparaties in diverse andere wetten aan te brengen (Veegwet VWS 2012).

In deze nota naar aanleiding van het verslag beantwoord ik de gestelde vragen, waarbij ik zoveel mogelijk de volgorde van het verslag volg. De nota gaat vergezeld van een nota van wijziging, waarin nog één klein, met de zorgverzekeraarsfinanciering samenhangend, punt is verwerkt en waarin daarnaast nog enkele technische misslagen in diverse wetten worden hersteld. Tevens wordt, nu 2012 inmiddels voorbij is, in de nota van wijziging voorgesteld om de citeertitel van voorliggend wetsvoorstel te wijzigen in «Veegwet VWS 2013».

### **ALGEMEEN**

#### ***Catastroferisico***

De leden van de fractie van de **VVD** vragen wanneer er sprake is van een catastrofe.

In de huidige regelgeving wordt de term «catastrofe» niet genoemd. Wel biedt artikel 33, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) de minister van VWS de mogelijkheid om, indien bepaalde omstandigheden zich voordoen, extra middelen aan zorgverzekeraars ter beschikking te stellen. Als omstandigheden worden in dat artikel genoemd: een kernexplosie of een natuurramp, of een andere buitengewone gebeurtenis die niet tot het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars kan worden gerekend.

De voorgestelde wetswijziging leidt er toe dat de term «catastrofe» wèl in de Zvw wordt genoemd, namelijk in artikel 33, eerste lid, onder a. Er is conform deze nieuwe bepaling sprake van een catastrofe in het geval van

een natuurramp, pandemie, kernexplosie of een bij ministeriële regeling aan te wijzen andere buitengewone gebeurtenis.

De fractieleden van de **VVD** vragen of de regering de rampen in Volendam (2001), Enschede (2000) en de Q-koorts-epidemie (2007–2010) als voorbeelden beschouwt van catastrofes waarop artikel 33 lid 2 Zvw van toepassing zal zijn.

De genoemde rampen vallen niet onder de definitie van de catastrofe zoals opgenomen in artikel 33, eerste lid, onder a, Zvw. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de minister in een ministeriële regeling nog buitengewone gebeurtenissen kan benoemen die wél onder de definitie vallen. De minister zal echter terughoudend met deze bevoegdheid omgaan en in die lijn ligt het niet voor de hand dat zij deze gebeurtenissen onder de definitie zou brengen. Hoewel de genoemde gebeurtenissen voor de (nabestaanden van) betrokkenen een persoonlijke catastrofe kunnen zijn, zijn zij namelijk in ieder geval qua zorgkosten te beperkt van omvang om de in artikel 33, tweede lid, genoemde drempel voor de extra zorgverzekeraarsfinanciering, waar wij het hier over hebben, te overschrijden. Het bij ministeriële regeling aanwijzen van een ramp als catastrofe, heeft slechts zin indien te verwachten is dat de drempel van het tweede lid overschreden zal worden.

De leden van de **VVD**-fractie vragen waarom in dit wetsvoorstel is gekozen voor een drempel op basis van de omvang van een zorgverzekeraar in plaats van de omvang van een catastrofe. Het catastroferisico behoort in principe tot de risico's die een zorgverzekeraar zelf moet dragen. Normaal zou een zorgverzekeraar dit risico herverzekeren. De herverzekeraar zou de hoogte van de herverzekeringspremie koppelen aan de omvang van de zorgverzekeraar. Immers, de omvang van het risico dat de herverzekeraar loopt, wordt bepaald door de omvang van de zorgverzekeraar. Overigens zou een grote zorgverzekeraar weliswaar een hogere (absolute) premie moeten betalen, maar hij heeft ook meer verzekerden waarover hij de premie kan omslaan. Echter, door het (vrijwel) ontbreken van een herverzekeringmarkt voor zorgkosten, is herverzekeren niet, of niet tegen aanvaardbare kosten, mogelijk. Daarom neemt de overheid de rol van herverzekeraar op zich; de extra bijdrage wordt uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) gefinancierd. De drempel die de overheid hanteert, vormt de scheidslijn tussen een catastrofe met een schadeomvang die binnen de draagkracht van een zorgverzekeraar valt en door hem zelf kan worden opgevangen, en een catastrofe met een schadeomvang die niet door een zorgverzekeraar zelf kan worden opgevangen zonder extreme premiestijging en daarmee zijn voortbestaan in gevaar kan brengen. Er wordt derhalve wel degelijk rekening gehouden met de omvang van de (zorgkosten ten gevolge van de) catastrofe, in die zin dat de overheid slechts inspringt indien de drempel wordt overschreden. Dat de drempel per zorgverzekeraar verschilt, is het gevolg van het feit dat een bepaald bedrag aan ten gevolge van een catastrofe optredende zorgkosten voor een grote verzekeraar nauwelijks voelbaar hoeft te zijn (en daarmee door hem zelf gedragen dient te worden) terwijl dat bedrag een kleine verzekeraar zonder overheidsbijdrage in ernstige problemen zou kunnen brengen. Bij de bepaling van de hoogte van de drempel is aangesloten bij de systematiek die bij herverzekeren gangbaar is.

De leden van de **VVD**-fractie vragen waarom is gekozen voor een termijn van twee kalenderjaren («het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar»), ook met het oog op het mogelijk langdurige beroep dat patiënten ten gevolge van een catastrofe zullen doen op de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Er is gekozen voor een termijn van twee kalenderjaren om te voorkomen dat de kosten van een catastrofe nog jarenlang, met het oog op de afrekening van de extra bijdrage, afzonderlijk moeten worden geadmineistreerd. Het is ook niet nodig om kosten die pas in het derde of latere jaren opkomen, nog in de extra bijdrage te betrekken. Ze zijn immers inmiddels voorzienbaar geworden, en dan lopen deze kosten via de normale vereveningscriteria mee in de reguliere vereveningsbijdrage waar de zorgverzekeraar recht op heeft.

De leden van de **VVD**-fractie hebben aangegeven dat in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel staat dat de drempel van 4% gebaseerd is op statistisch onderzoek van De Nederlandsche Bank (DNB). Zij vragen hoe in dit statistisch onderzoek de zorgkosten ten gevolge van een catastrofe zijn bepaald en, of in dit statistisch onderzoek de zorgkosten ten gevolge van de catastrofes in Volendam (2001) en Enschede (2000) zijn meegenomen.

De hoogte van de drempel is gekoppeld aan de spreiding in de schadelast die onder normale omstandigheden van jaar tot jaar bij zorgverzekeraars optreedt. Deze spreiding of afwijking wordt de standaarddeviatie genoemd. De standaarddeviatie (uitgedrukt als percentage van de vereveningsbijdrage) vormt het ijkpunt voor de bepaling van de hoogte van de drempel. Afwijkingen in schadelast die kleiner zijn dan de standaarddeviatie worden geacht binnen de draagkracht van een zorgverzekeraar te vallen. Zonder een catastrofe kan de schadelast dergelijke afwijkingen van jaar tot jaar vertonen. Afwijkingen in de schadelast die groter zijn dan de standaarddeviatie komen in aanmerking voor een extra bijdrage mits deze voortkomen uit een aanwijsbare catastrofe.

DNB heeft onderzocht hoe hoog de drempel zou moeten zijn. Door een statistische analyse uit te voeren heeft DNB de standaarddeviatie geschat. De door DNB verzamelde schadelastgegevens van 24 risicodragers (zorgverzekeraars) zijn hiervoor gebruikt. De schadegegevens hadden betrekking op de vereveningsjaren 2006 tot en met 2011. DNB heeft in het onderzoek twee varianten meegenomen:

- 1) de gebruikte gegevens over de schadelast voor een vereveningsjaar zijn telkens per ultimo van hetzelfde boekjaar, dus zonder actualisering van uitloop;
- 2) de gebruikte gegevens over de schadelast voor een vereveningsjaar zijn telkens geactualiseerd naar de stand van zaken per ultimo boekjaar 2011.

De statistische schatting voor de standaarddeviatie onder variant 1 komt uit op 4,9% en onder variant 2 op 6,0%.

Dit zou eigenlijk betekenen dat de drempel op 4,9% kan worden vastgesteld. Gezien de onzekerheidsmarge van deze schattingen heeft DNB voorzichtigheidshalve geadviseerd om dit percentage naar beneden af te ronden en de drempel vast te stellen op 4% van de gemiddelde vereveningsbijdrage vermenigvuldigd met het aantal verzekerden bij de zorgverzekeraar. Aangezien de risicovereveningsbijdrage ongeveer de helft bedraagt van de schadelast van een zorgverzekeraar (de andere helft komt binnen uit de nominale premies die de zorgverzekeraar aan volwassen verzekerden in rekening brengt), komt dit gemiddeld overeen met 2% van de normale schadelast op jaarbasis.

Bij de bepaling van de hoogte van de drempel speelden de hoogte van de catastrofekosten (van Volendam en Enschede) geen rol.

De leden van de **VVD**-fractie vragen om overlegging van het onderzoek van DNB. Het onderzoek is op ambtelijk niveau uitgevoerd en heeft niet tot een formeel of integraal document geleid dat ik kan overleggen. Desalniettemin denk ik dat de gegeven beschrijving van het onderzoek en de uitkomst daarvan, voldoende inzicht geven over de wijze waarop de hoogte van de drempel is vastgesteld en dat daarmee derhalve materieel gezien aan het verzoek is voldaan.

De leden van de **VVD**-fractie hebben aangegeven dat de laatste catastrofes waarvoor extra bijdragen zijn toegekend de brand in Volendam (2001) en de vuurwerkramp in Enschede (2000) zijn. De leden vragen hoe hoog de zorgkosten waren ten gevolge van beide catastrofes, hoe hoog de extra bijdrage was aan de zorgverzekeraars voor beide catastrofes, hoe hoog de drempels geweest zouden zijn in 2000 en 2001, en of de zorgverzekeraars in 2000 en 2001 ook een extra bijdrage zouden hebben ontvangen indien rekening was gehouden met de drempel van 4%.

Toen de vuurwerkramp in Enschede (2000) en de brand in Volendam (2001) plaatsvonden was de Ziekenfondswet nog van kracht. Voor de kosten als gevolg van de vuurwerkramp in Enschede in 2000 is geen extra bijdrage op basis van de Ziekenfondswet toegekend aan de getroffen ziekenfondsen. Na de brand in Volendam een jaar later, was dit wel het geval. De regelgeving werd toen eenmalig voor 2001 en latere jaren aangepast, zodat het mogelijk werd de betrokken ziekenfondsen over deze jaren voor zeer hoge kosten als gevolg van de brand volledig te compenseren. Als drempel werd gehanteerd een jaarlijks kostenniveau per verzekerde van € 4.538 (f. 10.000) voor 2001 en van € 22.689 (f. 50.000) voor 2002 en latere jaren. De kosten van deze verzekerden werden, mits zij rechtstreeks bij de brand betrokken waren geweest, volledig vergoed. Het betrof ruim 100 verzekerden die bijna uitsluitend verzekerd waren bij ziekenfonds PWZ (onderdeel van Achmea). De schade van PWZ voor deze verzekerden was in 2001 en 2002 € 5 miljoen respectievelijk € 0,5 miljoen. Dit was in 2001 1,84% van hun totale jaarschade en in 2002 (na fusie met zorgverzekeraar Groene Land) 0,04%. Deze schades heeft zorgverzekeraar

PWZ volledig vergoed gekregen. Gezien deze schades, zou deze zorgverzekeraar, indien rekening was gehouden met de drempel van 4% van de vereveningsbijdrage (dat wil zeggen 2% van de schadelast) geen extra bijdrage hebben ontvangen.

Hoe hoog de totale zorgkosten «sec» waren ten gevolge van vuurwerkramp en de brand is op basis van de beschikbare data niet vast te stellen.

De leden van de **VVD**-fractie vragen hoe het besluit van 16 december 2011 om de financiële gevolgen van een catastrofe voor zorgverzekeraars af te zwakken (wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage, Stb. 2011, 654, hierna: Besluit), zich verhoudt tot het introduceren van deze drempel van 4%. In de nota van toelichting bij het door de leden van de **VVD**-fractie aangehaalde Besluit, wordt een wijziging van artikel 33 Zvw aangekondigd om de gevolgen van het Besluit op te vangen. Voorliggende wijziging van artikel 33 Zvw behelst deze wijziging. Zoals in het Besluit is aangekondigd, wordt geregeld dat zorgverzekeraars in het geval van een – voor hen dure – catastrofe de zekerheid hebben dat zij ook daadwerkelijk een bijdrage ontvangen voor de extra kosten. De negatieve invloed van deze kosten op het financiële resultaat kan daarmee worden gereduceerd. Het is redelijk dat deze zekerheid alleen wordt geboden voor catastrofekosten die de draagkracht van de zorgverzekeraars te boven gaan. De drempel hiervoor is vastgesteld op 4% van de vereveningsbijdrage.

De drempel van 4% is opgenomen in een wijziging van artikel 33 van de Zvw. Een belangrijke reden voor deze wijziging is de inwerkingtreding van Richtlijn 2009/138/EG betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II; PbEU 2009, L 335) en de daarop te baseren Uitvoeringsverordening. Deze nieuwe regelgeving zal er toe leiden dat de Nederlandse zorgverzekeraars extra solvabiliteit moeten aanhouden voor het catastroferisico. Om deze verhoging van de solvabiliteitseis – en daarmee premiestijging – te dempen, vindt de regering het wenselijk het catastroferisico voor Nederlandse zorgverzekeraars te verlagen. Borging hiervan vindt plaats door wijziging van artikel 33 van de Zvw: het catastroferisico wordt voor een aanzienlijk deel afgewenteld op het Zorgverzekeringsfonds.

De leden van de **VVD**-fractie vragen waarom de drempel van 4% is opgenomen in een wet en niet in een besluit. Juist omdat opname van de drempel in een formele wet, zowel voor de zorgverzekeraars als voor de financiële toezichthouders, meer zekerheid biedt dan opname in een algemene maatregel van bestuur zoals het Besluit zorgverzekering, is besloten het drempelpercentage in artikel 33 Zvw zelf te regelen.

De leden van de **VVD**-fractie vragen of deze bepaling uit de Veegwet VWS 2012 ook gevolgen heeft voor de solvabiliteitseisen die DNB stelt aan zorgverzekeraars, en daarmee voor de hoogte van de premie voor de verzekerde. Aangezien de implementatietermijn voor de Richtlijn Solvabiliteit II inmiddels is verlengd en ook de Uitvoeringsverordening dientengevolge voorlopig nog niet in werking zal treden, zal de verhoging van de solvabiliteitseis die uit dit EU-recht voortvloeit, voorlopig niet aan de orde zijn. Dit betekent dat op dit moment nog de op grond van de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldende solvabiliteitsregels gelden. Tot 1 januari 2012 was in de risicoverevening sprake van macro-nacalculatie. Dit instrument zorgde er voor dat onverwachte kosten (zoals de kosten ten gevolge van een catastrofe) voor zorgverzekeraars werden meegenomen in de (reguliere) vereveningsbijdrage. In de macro-nacalculatie was in wezen het catastroferisico verwerkt. Hiermee werden de risico's voor de zorgverzekeraars gedrukt. Op laatstgenoemde datum is de macro-nacalculatie afgeschaft en daarmee namen de risico's voor zorgverzekeraars toe. De (op grond van de Wft geldende) solvabiliteitseis werd daarom verhoogd. Echter, om een onnodige extra verhoging van de solvabiliteitseisen en daarmee van de nominale premies te voorkomen, is in de nota van toelichting bij het Besluit waarmee de macro-nacalculatie werd afgeschaft (het Besluit van 16 december 2011, Stb. 2011, 654) aangegeven dat er een nieuw catastrofeartikel zou worden opgesteld, waarmee dit catastroferisico langs andere weg dan de macro-nacalculatie zou worden gemitigeerd. Voorliggend artikel 33 Zvw bevat die wijziging. Vooruitlopend hierop heeft de Minister van Financiën, die de hoogte van de solvabiliteitseis vaststelt, bij de vaststelling van de solvabiliteitseis 2012 rekening gehouden met de invoering van dit nieuwe catastrofeartikel. Dit heeft een drukkend effect gehad: zonder het vooruitzicht op dit nieuwe artikel zou de solvabiliteitseis over 2012 hoger zijn vastgesteld en de premie waarschijnlijk ook hoger zijn uitgevallen.

### **Verantwoording**

De leden van de **PvdA**-fractie merken op dat op basis van de oude bepalingen het College voor zorgverzekeringen (CVZ) vóór 15 maart van het jaar t+1 een jaarrekening van de fondsen «Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten» (AFBZ) en het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) moest opstellen, deze door een accountant laten certificeren en ter goedkeuring aan de regering voorleggen. Doordat de gecertificeerde jaarstukken van zorgverzekeraars pas op 1 juni van het jaar t+1 gereed zijn, en de

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) haar review daarop pas op 1 november afrondt, zou de verantwoording van het CVZ, indien zij deze daadwerkelijk voor maart van t+1 zou afronden, voor een groot gedeelte zijn gebaseerd op ongecertificeerde data. Het wetsvoorstel regelt nu met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2008 dat de verantwoording pas voor 31 december van het jaar t+1 moet worden gegeven.

Deze leden vragen hoe de verantwoording de afgelopen jaren is gegaan en wanneer de regering de afgelopen jaren de verantwoording heeft ontvangen. Het CVZ heeft het Financieel jaarverslag Fondsen (FJF), met daarin de jaarrekeningen van het Zvf en het AFBZ, de afgelopen jaren op de volgende momenten uitgebracht:

FJF 2008: 17 december 2009

FJF 2009: 15 december 2010

FJF 2010: 21 december 2011

FJF 2011: 19 december 2012

In geen van de gevallen is het FJF derhalve vóór 15 maart van t+1 vastgesteld, maar in alle gevallen is deze wel vóór 31 december van t+1 vastgesteld.

De leden van de **PvdA**-fractie merken op dat zij vaker hebben gemeld dat ze groot belang hechten aan een tijdige beschikbaarheid van de juiste cijfers over zorguitgaven. In dit kader wijzen zij ook naar het rapport van de Algemene Rekenkamer (ARK) uit november 2011, waarin de ARK concludeert dat de regering van VWS over weinig inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven beschikt, en dat zij niet afdoende mogelijkheden heeft om deze *tijdig* te beheersen. De leden vinden het positief dat is gekeken naar een mogelijkheid om de verantwoording accurater en op basis van de daadwerkelijke cijfers te laten plaatsvinden. Zij betreuren het echter dat de datum van verantwoording door het CVZ zo ver naar voren wordt geschoven. Het zou beter zijn als de actuele cijfers meegenomen zouden kunnen worden in de aanpassing van de begroting voor het jaar t+2. De leden vragen welke mogelijkheid er is om de gecertificeerde verantwoording door zorgverzekeraar over het jaar t eerder gereed te laten zijn dan op 1 juni van het jaar t+1.

Zorgverzekeraars zijn in de huidige situatie niet in staat om in een eerder stadium verantwoordingen te leveren, tenzij een grote onzekerheid in de cijfers wordt geaccepteerd. Zij dienen in de schadeopgave van een jaar ook de kosten van diagnosebehandelingcombinaties (dbc's) mee te nemen die geopend zijn in het betreffende jaar, maar nog vele maanden in het volgende jaar doorlopen. Een groot deel van de declaraties van dbc's ontvangen zij daarom pas ver na de jaargrens.

Zorgverzekeraars dienen naast de gecertificeerde informatie ook niet-gecertificeerde cijfers op kwartaalbasis te leveren aan het CVZ. Dit gebeurt vrij kort na afloop van het betreffende kwartaal. Die cijfers ontvangt VWS ook. Dat zijn veel actuelere cijfers dan die in het (gecertificeerde) jaarverslag staan. De zorgverzekeraars blijken daarin een redelijk goede inschatting te kunnen maken van de kosten van veel onderdelen van de zorg. De onderdelen die middels dbc's declareren vormen hierop, om eerder genoemde reden, een uitzondering.

De begroting wordt voor de meeste zorgsectoren gebaseerd op de meest actuele schadecijfers die VWS via het CVZ van zorgverzekeraars ontvangt. Voor de zorgsectoren waarbij gedeclareerd wordt op basis van dbc's gebruikt VWS deels cijfers uit andere bronnen (onder andere NZa) en cijfers van oudere jaren. De actuele cijfers staan niet in de gecertificeerde verantwoording van het CVZ of de gecertificeerde verantwoordingen van de zorgverzekeraars.

## **Catastroferisico**

De leden van de **PvdA**-fractie merken op dat in de Veegwet 2012 wordt geregeld dat zorgverzekeraars een financiële tegemoetkoming krijgen als er een catastrofe plaatsvindt die gepaard gaat met hoge medische kosten. De leden van de fractie van de PvdA hebben een aantal vragen bij deze maatregel.

Voor de antwoorden op deze vragen verwijs ik naar de antwoorden die ik hierboven op gelijkkluidende vragen van de leden van de fractie van de VVD heb gegeven.

In antwoord op de vraag van de leden van de **PvdA**-fractie naar de reden voor de drempel, kan ik daaraan nog het volgende toevoegen. Het catastrofeartikel fungeert als een financieel vangnet voor zorgverzekeraars. Echter, het is niet de bedoeling om alle schades ten gevolge van een catastrofe te vergoeden. Catastrofeschades behoren immers tot het normale bedrijfsrisico dat een zorgverzekeraar loopt. De drempel moet voorkomen dat er al te vaak een beroep wordt gedaan op een extra bijdrage. Het vormt in feite de scheidslijn tussen catastrofes van relatief bescheiden omvang en catastrofes waar het vangnet voor bedoeld is. Op basis van statistisch onderzoek van DNB is de drempel op 4% vastgesteld.

De leden van de **CDA**-fractie hebben enkele vragen over het wetsvoorstel. De regering noemt een aantal feiten over de eindafrekening uit 2005. De leden van de CDA-fractie merken op dat er is vergeten om bepaalde kosten mee te nemen in de eindafrekening uit 2005. De leden vragen wat de budgettaire gevolgen zijn van deze voorgestelde wetswijziging.

De voorgestelde wetswijziging maakt het mogelijk dat de declaraties van ziekenhuizen over 2002 tot en met 2005 die over het hoofd waren gezien, alsnog mee worden genomen in de risicoverevening. Per saldo levert dit een bate op van € 11 miljoen voor de schatkist. Dit bedrag is al in de VWS-begroting opgenomen.

De leden van de **CDA**-fractie merken op dat in het wetsvoorstel wordt aangegeven dat het de staatskas geld kan kosten maar ook kan opleveren. De leden vragen om een uitgebreide toelichting hoe dit dan in zijn werk gaat.

Op het moment dat de toelichting bij dit artikel werd opgesteld was het CVZ nog bezig om de omvang van de financiële gevolgen van het wetsvoorstel te berekenen. Het was op dat moment nog niet duidelijk of er een bate of last voor de schatkist zou ontstaan. Inmiddels is deze berekening afgerond en is het gevolg voor de schatkist vastgesteld: een last van € 24,4 miljoen. In dit bedrag is de bate van € 11 miljoen verwerkt. Ook het bedrag van € 24,4 is al in de VWS-begroting opgenomen.

De leden van de **CDA**-fractie vragen op hoeveel jaren deze wetswijziging betrekking heeft en hoe het zit met de precedentwerking als de regering nu deze stap heroverweegt.

De in dat artikel voorgestelde nieuwe artikelen van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet zullen betrekking hebben op opbrengstverrekeningsresultaten met betrekking tot de jaren 2002 tot en met 2005. Het gaat dus om vier jaren.

Juist doordat de voorgestelde wijzigingen in een wet in formele zin worden neergelegd, zal de precedentwerking beperkt zijn.

## ARTIKELSGEWIJS

### ***Onderdeel G en artikel II, onderdeel K***

De leden van de **SP**-fractie hebben een aantal vragen over het systeem van de risicoverevening die ik hieronder tezamen zal beantwoorden. Als eerste vragen zij welke hiaten er in het systeem van de risicoverevening zitten. De leden van de SP-fractie merken vervolgens op dat zorgverzekeraars vooraf geen voorspelbare winsten of verliezen mogen maken op aanwijsbare groepen verzekerden en zij vragen of dit in de praktijk ook niet gebeurt. Voorts vragen de leden van de SP-fractie of de indruk juist is dat studenten wel een groep is waarop zorgverzekeraars risicoselectie kunnen toepassen, omdat deze groep in het gebruikte model niet optimaal verwerkt is. Ook vragen zij of zorgverzekeraars zich om deze redenen bij het verkopen van verzekeringen sterk richten op deze groep. In aansluiting hierop vragen de leden of er ook andere groepen verzekerden zijn aan te wijzen waarbij het model van de risicoverevening niet goed werkt, en wat de gevolgen daarvan zijn. Tenslotte vragen de leden van de SP-fractie wat de regering gaat doen om dergelijke vormen van risicoselectie in de toekomst onmogelijk te maken.

In 2012 heeft de commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (ook wel: commissie Don) advies uitgebracht over de vraag of het risicovereveningssysteem van de Zvw aan zijn beleidsdoel voldoet, te weten het compenseren voor gezondheidsverschillen in verzekerdenportefeuilles en het daardoor creëren van een gelijk speelveld voor verzekeraars. Ik heb uw Kamer met mijn brief van 8 november 2011 (Kamerstukken II 2011/2012, 29 689, nr. 363) hierover geïnformeerd. Op 7 juni 2012 heb ik uw Kamer het rapport van de commissie Don toegestuurd (Kamerstukken II 2011/2012, 29 689, nr. 391), en op 28 juni 2012 heb ik uw Kamer mijn standpunt over dit rapport en de aanbevelingen toegestuurd (Kamerstukken II 2011/2012, 29 689, nr. 405). Ik wil hier de constatering door de commissie dat er geen doelbewuste strategieën van verzekeraars zijn om tot risicoselectie over te gaan, herhalen. In mijn reactie op het advies van de commissie Don heb ik aangegeven dat de constatering van de commissie dat er groepen verzekerden zijn, waaronder studenten, waarop voorspelbaar verlies of winst wordt geleden, mij niet heeft verbaasd. Ik heb ook aangegeven dat ik, door de continue aandacht die ik heb voor de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt en voor verbetering van het risicovereveningssysteem, het risico op het daadwerkelijk onderscheiden van dergelijke groepen verzekerden en dus op risicoselectie klein acht. Mede naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie Don geeft de NZa in haar toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw vanaf 2012 extra aandacht aan de naleving van de acceptatieplicht, de toepassingen van risicoselectie en doelgroepcollectiviteiten. Zo zullen zorgverzekeraars zich vanaf 2012 in hun uitvoeringsverslag moeten gaan verantwoorden over de doelgroepcollectiviteiten die zij aanbieden. Ook monitort de NZa meer in het algemeen de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt (waaronder de mobiliteit en het overstapgedrag van verzekerden). In een Algemeen Overleg met uw Kamer op 3 juli 2012 heb ik mijn reactie op het advies van de commissie Don nog nader toegelicht. Tijdens dat Algemeen Overleg heb ik aangegeven hoe ik de aanbevelingen van de commissie Don concreet oppak en op welke manier ik het risicovereveningsmodel wil verbeteren. In dat kader heb ik toen de verwachting uitgesproken het vereveningsmodel 2014 uit te kunnen breiden met een vereveningscriterium «student». Ik ben op dit moment aan het onderzoeken of «student» een geschikt criterium is om op te nemen in het risicovereveningssysteem, zoals ik ook had toegezegd in mijn reactie op het advies op de commissie. Ik zal u hierover nader berichten bij de brief



die ik u in het voorjaar zal sturen over de vormgeving van het (ex ante) risicovereveningsmodel.

Bij de verdere ontwikkeling van het risicovereveningsmodel houd ik rekening met signalen uit het veld. Elk jaar maak ik opnieuw de afweging op welke punten het vereveningsmodel verbeterd of aangepast kan worden. Naast het feit dat verzekeraars op bepaalde groepen verzekerden voorspelbare winsten of verliezen lijden, weegt ook de mogelijkheid die verzekeraars hebben om die groepen te identificeren mee in de beslissing om het model aan te passen. Het komend jaar verwacht ik naast het opnemen van «student» als vereveningsklasse het vereveningsmodel ook aan te kunnen passen met een vereveningscriterium dat gebaseerd is op GGZ-diagnose-informatie en een vereveningscriterium dat gebaseerd is op het gebruik van hulpmiddelen.

### **Onderdelen C, D en E, subonderdeel 2**

De leden van de **SP**-fractie merken op dat de inwerkingtreding van Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 over de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf en de toekomstige inwerkingtreding van een daarop gebaseerde uitvoeringsverordening ervoor zorgen dat schadeverzekeraars en zorgverzekeraars met het oog op catastroferisico's extra solvabiliteit dienen aan te houden. De zorgverzekeraars hebben al miljarden op de plank liggen. In al eerder gegeven antwoorden op Kamervragen (2012Z05309) gaf de regering aan dat zorgverzekeraars in 2011 € 1,6 miljard hogere solvabiliteitsreserves hebben dan voorgescreven staat. Volgens de leden van de SP-fractie is dit premiegeld dat niet uitgegeven wordt aan de zorg. De leden van de SP-fractie vragen hoeveel extra solvabiliteitsreserves zorgverzekeraars volgens deze richtlijn moeten aanhouden.

Over de exacte invulling van de Europese regelgeving Solvabiliteit II wordt nog onderhandeld. De verhoging van de solvabiliteitseis die uit dit EU-recht voortvloeit, is dan ook nog niet aan de orde. Bij de bepaling van de hoogte van de solvabiliteitseis onder Solvabiliteit II zal het catastroferisico een significante plek innemen. Vooruitlopend hierop wordt met de wetswijziging beoogd om dit risico voor een belangrijk deel te mitigeren. Zoals ook al in de memorie van toelichting bij voorliggend wetsvoorstel is aangegeven, vloeit de wenselijkheid van deze wetswijziging namelijk niet alleen voort uit het toekomstige Europese recht, maar ook uit het afschaffen, per 1 januari 2012, van de macronacalculatie.

DNB schat in dat de voorgestelde wijziging van artikel 33 van de Zvw de verhoging van de solvabiliteitseis die op termijn uit het Europese recht zal voortvloeien fors zal reduceren.

Voor de antwoorden op de vragen van de leden van de **SP**-fractie met betrekking tot het catastroferisico en de gekozen drempel, verwijs ik naar mijn antwoorden op de gelijklopende vragen van de VVD-fractie hierboven.

De leden van de **SP**-fractie vragen of de regering zich in voldoende mate realiseert dat het doorvoeren van een drempel van 4 procent een extra verhoging van de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars betekent en kan leiden tot een daarmee corresponderende premieverhoging. En zij vragen of de regering deze wetswijziging zodanig urgent acht, mede gelet op de gevolgen voor de premie en dus de portemonnee van de mensen.

Zoals ik al op eerdere gelijksoortige vragen van de fractie van de VVD heb geantwoord is vooruitlopend op deze wetswijziging de verhoging van de

solvabiliteitseis over 2012 juist gedempt. Als de wetswijziging nu niet door zou gaan, zou de solvabiliteitseis mogelijk alsnog verhoogd worden en zullen de premies mogelijk ook stijgen.

### **Onderdeel E, subonderdeel 1**

De leden van de **SP**-fractie merken op dat de regering aangeeft dat de invoering van de dbc's/dot's (dbc's op weg naar transparantie) er toe heeft geleid dat de doorlooptijd in declaraties is toegenomen. De leden van de SP-fractie merken op dat de dbc/dot-structuur naar veel bureaucratie leidt. De leden vragen toe te lichten in hoeverre de bureaucratie is toegenomen door deze overgang.

Voordat er dbc's werden geregistreerd werden er administratieve handelingen gedaan ten behoeve van Functiegerichte Budgettering (FB). Hiervoor werden FB-parameters geregistreerd in de zogenaamde basisregistratie. Bij veel ziekenhuizen was de basisregistratie in gebreke. De verbeterslag die nodig was voor het dbc-systeem heeft veel inspanning vereist, maar heeft ook gezorgd voor meer transparantie in het zorgproces, waardoor het sturen op kwaliteit en kosten beter mogelijk is geworden.

Er is een onderscheid te maken tussen incidentele en structurele inspanningen ten behoeve van het administratieve proces. De overgang van de budgetsystematiek naar prestatiebekostiging op basis van dbc's heeft flinke inspanningen vereist van het veld. De structurele inspanningen liggen veel lager. Medisch specialisten registreren wat ze doen en het computersysteem zorgt voor verdere afhandeling. Het door het veld geïnitieerde project dot is één van de voorwaarden om de administratieve lasten te verlagen. Zo is het veld druk bezig met de eenmalige registratie aan de bron voor meerdere doeleinden.

De leden van de **SP**-fractie vragen wat de uitkomsten zijn van het onderzoek dat de regering heeft laten doen door een onafhankelijk organisatieadviesbureau, naar de vraag of versnelling van dit declaratieproces slechts beperkt mogelijk is.

Uit het onderzoek naar versnellingsmogelijkheden voor het vaststellingstraject risicoverevening (als bijlage bijgevoegd) blijkt dat, gegeven de toenmalige financieringsstructuur van ziekenhuizen (budgetsystematiek en oude dbc's), er geen mogelijkheden waren om de doorlooptijd van het vaststellingstraject aanzienlijk te verkorten. Ook is gebleken dat de opbrengstverrekening niet tot een langere doorlooptijd leidt.

De doorlooptijd (declaratieproces) van de dbc's is de bepalende factor in de duur van het vaststellingstraject. Om te onderzoeken wat het effect van een forse inkorting van de doorlooptijd van dbc's is, heeft het onderzoeksbureau beschreven wat het effect op het vaststellingstraject risicoverevening is, indien de tijd dat dbc's openstaan ingekort wordt van 365 dagen naar 90 dagen. Bij een doorlooptijd van 90 dagen is een versnelling van het vaststellingstraject voor de risicoverevening van 1 jaar mogelijk.

Doordat de doorlooptijd van het vaststellingstraject meer dan 3 jaar bedraagt, verkeren verzekeraars langer in onzekerheid over hun uiteindelijke vereveningsbijdrage en dus over hun financiële resultaat dan bij invoering van de Zvw was voorzien. Het onderzoeksbureau constateert dat de samenloop van dbc-declaraties, ziekenhuisfinanciering en risicoverevening leidt tot een complexe afhankelijkheid en adviseert om integraal, vanuit verschillende beleidsterreinen maatregelen te inventariseren die beogen de complexiteit van de risicoverevening te verminderen.

De overgang van de budgetsystematiek naar prestatiebekostiging op basis van dot-zorgproducten heeft geen effect gehad op de lengte van het declaratieproces. De uitkomsten van dit onderzoek zijn daardoor ook van toepassing op de huidige financieringssituatie. Een nieuw onderzoek naar de doorlooptijd van de risicoverevening acht ik daarom niet nodig. Wel heb ik een stuurgroep ingesteld die voorstellen ontwikkelt om de informatie over de zorguitgaven nu juist te versnellen. Bovendien heb ik de NZa gevraagd te onderzoeken of het verkorten van de doorlooptijd van dbc's mogelijk is. Daarmee kom ik tegemoet aan de aanbeveling uit het genoemde onderzoek.

De leden van de **SP**-fractie vragen of dit onderzoek aan de Kamer kan worden overlegd. Dit rapport wordt samen met deze nota naar aanleiding van het verslag overlegd<sup>1</sup>.

### **Onderdeel F**

De leden van de **SP**-fractie willen graag weten hoe het komt dat de bijdragevervangende belasting voor mensen met gemoedsbezwaren tegen de overige sociale verzekeringen niet geregeld was.

Anders dan deze leden aannemen, is – met ingang van 1 januari 2013, toen de Wet uniformering loonbegrip in werking trad – nu juist wèl de bijdragevervangende belasting voor mensen met gemoedsbezwaren tegen andere sociale verzekeringen dan de AWBZ geregeld (zie artikel 57, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet). Wat echter per ongeluk niet is geregeld, was waar de Belastingdienst deze bijdragevervangende belasting, nadat zij deze ontvangen had, in moest storten. In artikel I, onderdeel F, van voorliggend wetsvoorstel wordt geregeld dat deze in het Zorgverzekeringsfonds moet worden gestort. Dat is, zoals ook blijkt uit de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel dat tot de Wet uniformering loonbegrip heeft geleid (Kamerstukken II 2009/2010, 32 131, nr. 3, p. 32), ook altijd de bedoeling geweest. Voor een verdere toelichting hierop verwijs ik de leden van de SP-fractie gaarne naar het desbetreffende deel van die memorie van toelichting.

De vraag van de leden van de **SP**-fractie heeft er overigens wel toe geleid dat een foutje in de toelichting op artikel II, onderdeel F, bij voorliggend wetsvoorstel aan het licht is gekomen. Anders dan in de toelichting staat, gaat het hier namelijk niet om bijdragevervangende belasting van werkgevers met gemoedsbezwaren, maar om de bijdragevervangende belasting van Zvw-verzekeringplichtigen met gemoedsbezwaren.

### **Onderdeel I**

De leden van de **SP**-fractie willen graag weten waarom in artikel 69, zevende lid, onderdeel a, Zvw, de term «grensarbeiders» wordt gewijzigd in «verzekeringplichtigen».

Soms hebben mensen die een (Nederlandse) zorgverzekering moeten sluiten, gezinsleden die wonen in een andere EU-lidstaat, EER-staat dan wel in een (ander) land waarmee Nederland een socialezekerheidsverdrag heeft gesloten. In dat geval hebben die gezinsleden recht op het zorgpakket van hun woonland, voor rekening van Nederland. Dat is in het EU-recht en in die verdragen bepaald. Bij en krachtens artikel 69 Zvw is geregeld dat deze gezinsleden voor die «verdragsbescherming» een bijdrage verschuldigd zijn. De strekking van de voorgestelde wijziging in artikel 69, zevende lid, onderdeel a, Zvw is, dat bij ministeriële regeling

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

kan worden bepaald dat pensioenfondsen en werkgevers de bijdragen voor de gezinsleden moeten inhouden op het pensioen of het loon van degene in de familie die wél verzekeringsplichtig is. In de meeste gevallen betreft dit grensarbeiders. Dat wil zeggen om mensen die in het buitenland (dat zal dan meestal Duitsland of België zijn) wonen maar in Nederland werken en ten minste een maal per week naar hun woonland terugkeren. Er blijken echter ook andere verzekeringsplichtigen dan grensarbeiders te zijn, die in het buitenland wonende gezinsleden hebben die onder de verdragsbescherming vallen. Pagina 12 van de memorie van toelichting bij voorliggend wetsvoorstel bevat daar een tweetal voorbeelden van. Om ook de bijdrage die zij verschuldigd zijn, op het inkomen van het verzekeringsplichtige familielid in te kunnen houden, wordt het begrip «grensarbeider» vervangen door het bredere «verzekeringsplichtige».

### **Artikel III (I&A-wet Zvw), Onderdeel B**

De leden van de **SP**-fractie merken op dat de NZa tot de ontdekking is gekomen dat gegevens die het CVZ had gekregen om een eindafrekening te maken onvolledig zijn. De leden vragen zich af hoe het mogelijk is dat een aantal ingediende declaraties van ziekenhuizen in 2002–2005 over het hoofd zijn gezien.

Ook vragen de leden of er declaraties voor andere zorgsectoren, zoals de langdurige zorg, ggz en de eerstelijnszorg, over het hoofd zijn gezien. De leden vragen een uitgebreide toelichting hierover, en hoe dit in de toekomst voorkomen gaat worden.

De NZa berekende de hoogte van de opbrengstresultaten. Dit deed de NZa door de omzet van een zorgaanbieder te vergelijken met het budget waar de zorgaanbieder recht op had. Ontving de zorgaanbieder meer dan het budget dan moet hij afdragen aan de zorgverzekeraar; ontving hij minder dan het budget dan kreeg hij aangevuld door de zorgverzekeraar. Door een administratieve onoplettendheid heeft de NZa een aantal declaraties van ziekenhuizen over het hoofd gezien en verzuimd om deze in eerste instantie mee te nemen bij de berekening van de hoogte van de opbrengstresultaten. Dit moet hersteld worden. De NZa heeft inmiddels de administratieve afwikkeling van de opbrengstresultaten aangepast om een situatie als deze voortaan te voorkomen.

Voor zover bekend zijn er met betrekking tot de eindafrekening van de opbrengstresultaten geen declaraties van andere zorgsectoren dan de ziekenhuizen over het hoofd gezien.

De leden van de **SP**-fractie vragen waarom een aantal categorale instellingen, zoals dialysecentra, radiotherapeutische centra, epilepsiecentra en centra voor erfelijkheidsonderzoek, in de jaren 2002–2005 niet zijn meegenomen in de opbrengstresultaten. De leden van de **SP**-fractie merken op dat in de memorie van toelichting staat dat in de jaren 2002–2005 geen informatie beschikbaar was over marktaandelen die de ziekenfondsen bij deze centra hadden. De leden vragen waarom deze informatie niet beschikbaar is, en of deze informatie niet nog te achterhalen is.

In eerste instantie heeft de afwikkeling van de opbrengstresultaten zich geconcentreerd op de algemene en academische ziekenhuizen, omdat daar de financiële gevolgen veruit het grootste waren. Later werd de focus gericht op een aantal kleinere zorgsectoren, zoals de genoemde categorale instellingen, waar opbrengstresultaten waren. Op dat moment hadden de zorgverzekeraars (als rechtsoptvolgers van de ziekenfondsen, publiekrechtelijke verzekeraars en particuliere verzekeraars) echter geen

informatie meer beschikbaar over de marktaandeelen van hun rechtsvoorgangers bij die instellingen.

### **Artikel XI (Kwaliteitswet zorginstellingen)**

Volgens artikel 8, vierde lid van de Kwaliteitswet zorginstellingen kan een ambtenaar van het Staatstoezicht zorgaanbieders een schriftelijk bevel geven. De regering heeft echter niet de bevoegdheid een bevel te verlengen. Het voorliggende wetsvoorstel geeft aan dat een andere dan de toezichthouder bij het nemen van een verlening van een schriftelijk bevel betrokken dient te worden. De leden van de **SP**-fractie vragen welke persoon/instantie de regering bedoelt met deze beslissing.

Op grond van de huidige formulering van artikel 8, vierde lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft de minister van VWS de bevoegdheid een bevel van de ambtenaar van het Staatstoezicht op de volksgezondheid – zijnde een inspecteur van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) – te verlengen. Daarmee heeft de regering, althans de minister die daarvan deel uitmaakt, wel degelijk de bevoegdheid om het bevel te verlengen.

Met «een ander dan de toezichthouder» worden bedoeld de directeurs van beleidsdirecties die te maken hebben met verlengingsbesluiten op grond van artikel 8, vierde lid, van de Kwaliteitswet.

Tot de wijziging van de Kwaliteitswet in 2010 mochten beleidsdirecteuren in mandaat een verlengingsbesluit nemen en ondertekenen namens de minister. Hoewel dit in de praktijk niet voorkwam, was mandatering aan een inspecteur ook mogelijk. Dit maakte het in theorie mogelijk dat een inspecteur van de IGZ in mandaat een verlengingsbesluit zou nemen van een bevel dat hij eerder op eigen titel had gegeven. In een dergelijke situatie zou er geen ander dan deze inspecteur aan de besluitvorming inzake het bevel en de verlenging daarvan te pas komen. Dit werd onwenselijk geacht omdat er in artikel 8, vierde lid, van de Kwaliteitswet voor is gekozen om de inspecteur en de minister elk een afzonderlijke taak toe te bedelen: de inspecteur geeft een bevel, en de minister verlengt desgewenst dit bevel.

Door de gekozen formulering van de wetswijziging in 2010 is echter elke vorm van mandatering uitgesloten, en dient de minister sindsdien persoonlijk verlengingsbesluiten te nemen en ondertekenen. Dit is in de praktijk niet noodzakelijk, omdat beleidsdirecteuren dit op hun terrein ook namens de minister kunnen, zoals de praktijk voor de wetswijziging uitwees. De voorgestelde wetswijziging moet de beleidsdirecteuren weer in staat stellen om verlengingsbesluiten namens de minister te nemen, en handhaaft tegelijkertijd het verbod tot mandatering van de bevoegdheid van het nemen van een verlengingsbevel aan de inspecteur voor de gezondheidszorg.

### **Artikel XV (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen)**

De fractie van de **SP** vraagt welke hulpverleners de regering als deskundig beschouwd ten aanzien van een gedwongen opname bij een verstandelijke beperking of een psychiatrische aandoening.

Zoals ook aangegeven in de toelichting bij het wetsvoorstel acht de regering, voor wat betreft de ggz – de zorg waarvoor de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) oorspronkelijk tot stand is gekomen – psychiaters het meest ter zake kundig om te beoordelen of iemand gestoord is in zijn geestvermogens, en of deze persoon

gevaar veroorzaakt dat een (gedwongen) opname rechtvaardigt. Deze positie van de psychiater als terzake kundige is ook vastgelegd in de Wet bopz.

De Wet bopz is echter ook van toepassing op de psychogeriatric (pg) en de zorg voor mensen met verstandelijke beperking (vg). In de afgelopen decennia hebben zich in deze sectoren nieuwe medisch specialismen ontwikkeld die, meer nog dan de psychiater, terzake kundig zijn en in de praktijk de beoordelingen van een gedwongen opname voor hun rekening nemen. Het betreft de specialist ouderengeneeskunde en de vg arts. In een arrest van de Hoge Raad van 27 januari 2012 (nr. 11/05085, LJJN BV2028) oordeelt de Raad dat voor deze gegroeide praktijk van beoordelen door de specialist ouderengeneeskunde respectievelijk de vg arts de wettelijke basis ontbreekt in de Wet bopz. Op basis van dit arrest mag momenteel ook in de pg en vg alleen een psychiater deze beoordeling voor zijn rekening nemen en is een beoordeling door de (op dit specifieke terrein toch meer deskundige) vg arts respectievelijk specialist ouderengeneeskundige niet toegestaan.

De regering is van mening dat de Wet bopz op dit punt niet meer aansluit bij de ontwikkelingen in de praktijk. Het uitsluiten van vg arts en specialist ouderengeneeskunde is niet in overeenstemming met de doelstelling van de wet om een zo zorgvuldig mogelijke procedure bij (gedwongen) opname te waarborgen. Met de voorgestelde aanpassing wordt deze omissie gerepareerd, zodat er een wettelijke basis is voor de beoordelingen door de specialist ouderengeneeskunde en de vg arts in respectievelijk pg en vg. Deze medisch specialismen worden daarmee dus gelijkgesteld aan de psychiater en elk van hen kan na passeren van dit wetsvoorstel op zijn eigen deskundigheidssterrein een medisch oordeel vellen over de (gedwongen) opname.

#### **Artikel XVI (Wet foetaal weefsel)**

De leden van de **SP**-fractie vragen naar de reden waarom een vrucht die niet langer dan 24 uur heeft geleefd, tussen de 4 en 20 weken wordt beschouwd als foetaal weefsel.

Deze vraag van de leden van de SP-fractie is waarschijnlijk terug te voeren op een andere lezing van het voorgestelde onderdeel dan was bedoeld. In deze tekst werd beoogd aan te geven dat foetaal weefsel gedefinieerd wordt als bestanddelen van een vrucht die na een zwangerschapsduur van minder dan vierentwintig weken hetzij levenloos ter wereld is gekomen, hetzij minder dan vierentwintig uur heeft geleefd. Het was niet de bedoeling een afgrenzing zoals door deze leden genoemd aan te geven. De bij deze leden door de formulering blijkbaar veroorzaakte verwarring heeft geleid tot het bij nota van wijziging in het onderhavige artikelonderdeel verduidelijken van de schrijfwijze van het woord «vier en twintig».

De leden van de **ChristenUnie**-fractie vragen allereerst welke gevolgen zich in de praktijk voordoen wanneer twee wettelijke regimes tegelijkertijd van toepassing zijn op een na een zwangerschapsduur van minder dan vierentwintig weken ter wereld gekomen vrucht die is overleden, maar wel meer dan vierentwintig uur heeft geleefd. Zij wensen te vernemen hoe dit door de voorgestelde wetswijziging wordt opgelost en waarom het onwenselijk is beide regimes naast elkaar te laten bestaan.

In antwoord hierop verwijs ik naar de verschillende gevolgen van de toepasselijkheid van de Wet op de lijkbezorging onderscheidenlijk de Wet foetaal weefsel. Als de Wet op de lijkbezorging van toepassing is, dient de overledene in principe, na daartoe verkregen schriftelijk verlov van de ambtenaar van de burgerlijke stand, te worden begraven of gecremeerd. Het verlov van de ambtenaar van de burgerlijke stand wordt in het algemeen slechts gegeven na overlegging van een verklaring van

overlijden, afgegeven door de behandelend arts of de gemeentelijke lijkschouwer. Ontleding van een lijk in het belang van de wetenschap of het wetenschappelijk onderwijs is mogelijk onder de in artikel 67 e.v. van de Wet op de lijkbezorging vastgelegde voorwaarden. Als de Wet foetaal weefsel van toepassing is, is het bewaren en het gebruiken van het foetaal weefsel, onder de wettelijk geregelde voorwaarden en beperkingen, in principe toegestaan indien de moeder toestemming heeft verleend. Beide wettelijke regimes zijn niet verenigbaar. Zo kan bijvoorbeeld niet tegelijkertijd worden voldaan aan de verplichting tot begraven of cremeren en de wettelijke mogelijkheid toestemming te geven voor het bewaren en gebruiken van foetaal weefsel. In de praktijk levert dit weinig problemen op door het zeer kleine aantal gevallen waarin beide regimes van toepassing zijn. Ook bij een klein aantal praktijkgevallen is het naar mijn mening echter onwenselijk twee tegenstrijdige wettelijke regimes in hetzelfde geval van toepassing te laten zijn. Deze tegenstrijdigheid wordt in het voorstel opgeheven door beide definities naadloos bij elkaar te laten aansluiten.

De leden van deze fractie vragen voorts of met het verruimen van de term «foetaal weefsel» ook de toelaatbaarheid van zwangerschapsafbreking wordt verruimd. Zij wensen tenslotte een toelichting te vernemen of het aannemelijk is dat ouders hiermee meer onder druk worden gezet om voor de 24 weken van de zwangerschap een beslissing te nemen, als het gaat om het vroegtijdig afbreken van de zwangerschap.

Ik wijs erop dat van een verruiming van het begrip «foetaal weefsel» geen sprake is. Naar de bestaande tekst van artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Wet foetaal weefsel, wordt onder foetaal weefsel verstaan iedere na een zwangerschap van minder dan vierentwintig weken ter wereld gekomen menselijke vrucht, die niet meer in leven is, dus ongeacht de tijd die – bij niet-levenloos geboren – is verstreken tussen geboorte en overlijden. Het begrip «foetaal weefsel» wordt door de voorgestelde wijziging beperkt. Indien een dergelijke vrucht na de geboorte meer dan vierentwintig uur heeft geleefd, is als gevolg van de

wijziging uit 2009 de Wet op de lijkbezorging van toepassing. Met de onderhavige wijziging wordt voorgesteld de omschrijving van «foetaal weefsel» op spiegelbeeldige wijze te beperken. De definitie van «foetaal weefsel» is niet bepalend voor de toelaatbaarheid van een zwangerschapsafbreking, zodat deze aanpassing geen betekenis kan hebben voor een eventuele beslissing over te gaan tot een vroegtijdige zwangerschapsafbreking.

### **Artikel XXI (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG))**

#### **Onderdeel B**

Artikel 8 maakt mogelijk dat artsen in opleiding zich kunnen herregistreren. De leden van de **SP**-fractie vragen of dit in de afgelopen jaren voor problemen heeft gezorgd en zo ja, welke problemen.

De uitzonderingspositie voor artsen in opleiding tot specialist heeft zich nog niet voorgedaan omdat de herregistratie van artsen pas voor het eerst van toepassing is vijf jaar na 1 januari 2012, te weten 1 januari 2017.

#### **Onderdeel C**

De leden van de **SP**-fractie constateren dat zorgverleners die in de fout zijn gegaan op een zwarte lijst geplaatst worden. Zij vragen hoe de regering ervoor gaat zorgen dat deze lijst bijgehouden wordt, en of deze

lijst alleen voor Nederland geldt of ook voor andere landen. Indien deze lijst internationaal is, zijn de genoemde leden benieuwd welke andere landen hieraan deelnemen.

Het CIBG is beheerder van de acht op grond van de Wet BIG ingestelde registers (BIG-registers) en verstrekt informatie uit die registers. Het CIBG houdt de registers en de online lijst met maatregelen (in de volksmond bekend als «zwarte lijst») actueel.

Op de online lijst met maatregelen staan de maatregelen vermeld die zijn opgelegd aan beroepsbeoefenaren die in Nederland een BIG-registratie hebben of hadden. Het BIG-register verstrekt de lijst met maatregelen actief aan omliggende landen.

### **Onderdeel E**

De regering geeft in haar brief aan dat zij geen aanwijzing kunnen geven aan colleges in individuele gevallen, enkel om de algemene regelgeving te veranderen. De regering spreekt enkel over specialisten. De leden van de **SP**-fractie willen weten, waarom dit niet geldt voor andere zorgverleners die BIG-geregistreerd zijn.

In artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG is bepaald dat er voor acht beroepen een register is ingesteld, namelijk voor het beroep van arts, tandarts, apotheker, gezondheidspsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige.

Voor vijf van de voornoemde beroepen bestaan wettelijk erkende specialismen, te weten voor het beroep van arts, tandarts, apotheker, gezondheidspsycholoog en verpleegkundige. De minister van VWS kan aan de opleidingscolleges die zijn ingesteld voor deze beroepen aanwijzingen als bedoeld in artikel 14, achtste lid, Wet BIG geven. Om misverstanden te voorkomen wordt er op gewezen dat niet alleen voor het beroep van arts maar ook voor de andere voornoemde beroepen specialismen bestaan. Zo bestaan er voor het beroep van verpleegkundige vijf verpleegkundig specialismen. Het begrip «specialist» in de zin van de Wet BIG is derhalve breder dan het begrip «specialist» in het dagelijks taalgebruik, waarin het begrip wordt gebruikt om medisch specialisten aan te duiden.

### **Onderdeel H**

De leden van de **SP**-fractie vragen met welke reden, volgens de *Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg*, rechterlijke ambtenaren op koninklijk besluit wordt ontslagen zodra de leeftijd van 70 jaar wordt bereikt. Met welke redenen wordt uitgegaan van 70 jaar, zo vragen de leden van de SP-fractie. Zij vragen zich af of het mogelijk is dat een rechtelijke ambtenaar met 71 jaar met pensioen gaat, als hij dat wil.

Voor iedere leeftijdsgrens geldt dat die grens enigszins arbitrair is; in geval van de leeftijdsgrens van 70 jaar zal die voor de één een welkome beëindiging van het werkzame leven zijn, voor de ander niet. De oude *Wet op de rechterlijke organisatie* bepaalde dat het ontslag plaatsvond bij het bereiken van de «volle ouderdom» van 70 jaren.

Bij de *Wet gelijke behandeling op grond van leeftijd bij de arbeid* is nog eens stilgestaan bij de leeftijdsgrens van 70 jaar, namelijk: «Anders dan burgerlijke rijksambtenaren die bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, 65 jaar, kunnen worden ontslagen (artikel 98, eerste lid, onderdeel h, van het ARAR), zijn voormelde rechterlijke ambtenaren voor het leven benoemd in verband met de vereiste onafhankelijkheid. Deze benoeming neemt niet weg dat ook een voor het leven benoemde rechterlijk ambtenaar geldt dat hij op enig moment, al



dan niet vanwege de fysieke en psychische belasting, zijn taak moet neerleggen zodat die door een jongere kan worden overgenomen (zie ook Vaststelling van een leeftijdsgrens, bij het bereiken waarvan aan verschillende bij de rechtspraak betrokken ambtenaren ontslag wordt verleend, memorie van toelichting, Stb. 1932, 576). Om de bijzondere positie van de betrokkenen tot uitdrukking te brengen is evenwel een andere, hogere leeftijdsgrens voor het ontslag vastgesteld dan voor burgerlijke rijksambtenaren en voor de niet voor het leven benoemde rechterlijke ambtenaren.» (Kamerstukken II 2004–2005, 28 170, nr. 41, pag. 4.)

De wetgever heeft besloten deze leeftijd te handhaven omdat de grens algemeen aanvaard is, er geen problemen bekend zijn in de praktijk met deze leeftijdsgrens en ook in Europees verband de leeftijd van 70 jaar als algemeen aanvaarde grens wordt gezien. Deze grens geldt bijvoorbeeld ook voor de rechters in het Europese Hof voor de Rechten van de Mens.

### **Artikel XXII (Wet op de Jeugdzorg), Onderdelen B,C, D en F, onder 1**

De leden van de **SP**-fractie hebben gevraagd waarom niet nu al wordt geregeld dat de verplichte indicatiestelling uit de Wet op de jeugdzorg wordt geschrapt. Een van de belangrijkste uitgangspunten van het huidige stelsel zoals neergelegd in de Wet op de jeugdzorg is dat een jeugdige een aanspraak op zorg (recht op zorg) heeft wanneer het bureau jeugdzorg hiervoor een indicatie gesteld heeft. Het laten vervallen van de indicaties brengt dus verstrekkingen met zich mee, zowel voor de rechtspositie van de huidige cliënten, als voor de (financiële) positie van de bureaus jeugdzorg. Dat rechtvaardigt de zorgvuldige inbedding van het loslaten van de indicatiestelling in de komende stelselwijziging jeugdzorg.

Verder hebben de **SP**-leden verzocht aan te geven in welke concrete situaties de aanspraak op zorg vervalt. In artikel 6a staan de concrete situaties op grond waarvan de aanspraak op zorg vervalt letterlijk vermeld. De aanspraak op zorg vervalt sowieso indien de cliënt de aanspraak niet heeft benut binnen de termijn waarbinnen de aanspraak tot gelding moet zijn gebracht. Daarnaast vervalt de aanspraak als de zorgaanbieder en de cliënt tezamen schriftelijk aan bureau jeugdzorg hebben meegedeeld dat de met de zorg beoogde doelen zijn bereikt, of bureau jeugdzorg een besluit neemt, waarbij wordt vastgesteld dat de cliënt niet langer is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Bij de civiele kinderbeschermingsmaatregelen eindigt de aanspraak slechts indien de stichting kan instemmen met de mededeling van de cliënt en de zorgaanbieder dat de beoogde doelen zijn bereikt of een besluit neemt, waarbij wordt vastgesteld dat de cliënt niet langer is aangewezen op de geïndiceerde zorg. De (gezins)voogdijwerker is immers verantwoordelijk voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling of voogdij. Het is om die reden niet goed denkbaar dat de benodigde zorg wordt beëindigd zonder zijn instemming.

Ten slotte vervalt de aanspraak op zorg zodra de tenuitvoerlegging van een rechterlijke beslissing tot deelneming aan een programma (geheel of gedeeltelijk) bestaande uit jeugdzorg, jeugd-GGZ of zorg voor licht verstandelijk gehandicapten jeugd (LVG) is voltooid. Hiervan kan worden afgeweken als de zorgaanbieder en de cliënt gezamenlijk van oordeel zijn dat de zorg dient te worden voortgezet.

### **Onderdelen H en I**

De leden van de **SP**-fractie vragen hoe de regering actief ervoor zorg gaat dragen dat cliëntenraden in de jeugdzorg ook daadwerkelijk een stem krijgen in de besluitvorming over de zorg. Middels subsidiëring van het

Landelijk Cliëntenforum jeugdzorg (LCFJ) worden cliëntenraden op diverse manieren ondersteund om een sterkere stem te krijgen in hun organisaties. Het LCFJ doet dit middels regionale consultants en regionale themabijeenkomsten, deskundigheidsbevordering, (informatie)uitwisseling tussen cliëntenraden, een nieuwsbrief en website ([www.lcfj.nl](http://www.lcfj.nl)).

### **Artikel XXXV**

De regering beoogt dat het deskundigheidsgebied van apotheekhoudende huisartsen wordt uitgebreid tot het bereiden van geneesmiddelen. Volgens de regering gaat dit op kleine schaal op basis van verrichtingen van eenvoudige bereide handelingen voor patiënten van de apotheekhoudende huisarts. De leden van de **SP**-fractie willen weten om welke handelingen dit gaat, en met welke reden apotheekhoudende huisartsen dit eerder niet bereidden in vergelijking met apothekers. Zij vragen hier een uitgebreide toelichting over, en zijn voorts benieuwd of deze wijziging in overleg is gegaan met het veld.

Het oorspronkelijke voorstel voor de Geneesmiddelenwet die in 2007 van kracht is geworden, bepaalde dat de apotheekhoudende huisarts niet meer de bevoegdheid had om geneesmiddelen te bereiden. Naar de inschatting van de regering kwam het bereiden door apotheekhoudende artsen niet of nauwelijks meer voor, en werd de apotheekhoudende arts hier ook niet deskundig genoeg voor geacht.

Bij amendement op de Geneesmiddelenwet is deze bevoegdheid toch weer in de wet opgenomen (Kamerstukken II, 2005–2006, 29 359, nrs. 36 en 37). Patiënten die gebruik maken van de diensten van een apotheekhoudend huisarts, zouden gedupeerd worden als zij voor eenvoudige magistrale recepten zouden moeten reizen naar een andere apotheek. De toelichting bij het amendement vermeldt voorts dat het gaat om het op kleine schaal bereiden van «eenvoudige receptuur».

De bevoegdheid om geneesmiddelen te bereiden ontleent de apotheekhoudend huisarts dus sinds 2007 aan de Geneesmiddelenwet, en niet aan de Wet BIG.

De Wet BIG bepaalt in hoofdstuk III wat de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied zijn van de beroepen waarop het stelsel van registratie en titelbescherming van toepassing is. Van elk beroep wordt een algemene omschrijving gegeven van de handelingen die tot het vakgebied behoren. Ten tijde van de genoemde amendering van de Geneesmiddelenwet is nagelaten in artikel 19 van de Wet BIG op te nemen dat indien een arts bevoegd is geneesmiddelen te bereiden, deze handeling mede tot zijn deskundigheid behoort. Daarom is deze bepaling alsnog opgenomen.

Overigens heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in 2008 aan zijn apotheekhoudende leden geadviseerd geneesmiddelen niet meer zelf te bereiden, omdat de daarvoor benodigde kennis doorgaans ontbreekt. De LHV heeft er geen zicht op of individuele apotheekhoudende huisartsen nog wel eens bereidingshandelingen verrichten. Hierbij moet overigens niet zozeer gedacht worden aan het vervaardigen van geneesmiddelen, maar bijvoorbeeld aan het mengen van twee zalven voor een individuele patiënt.

### **Artikel XXXVIII**

De leden van de **SP**-fractie zijn verbijsterd dat de regering de verhoging van de pleegvergoeding voor pleegouders niet uitvoert. Zij vragen hier een reactie op. Deze wet regelt dat de vergoeding voor pleegouders wordt verhoogd. Dat is hard nodig, en is iets wat al lang geleden aan de SP-fractie en vele andere partijen is beloofd. Daar komt bij dat deze wet

ook regelt dat tegelijkertijd de «financiële stromen» worden versimpeld. De genoemde leden keuren af dat deze aangenomen wet van tafel wordt geveegd. De leden begrijpen ook niet waar het geld heen gaat, dat voor deze vergoeding was begroot. Zij vragen hier uitgebreide toelichting over.

Bij brief van de Staatssecretaris van VWS van 16 december 2011 (Kamerstukken II 2011/2012, 31 839/32 529, nr. 162) heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over het feit dat er problemen waren in verband met de implementatie van de financiële bepalingen van het wetsvoorstel verbetering positie pleegouders (Kamerstukken 32 529). Daarbij heb ik gemeld dat de voor de implementatie van de financiële bepalingen van het wetsvoorstel noodzakelijke gegevensregistratie en gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en bureaus jeugdzorg niet goed verliepen. In voornoemde brief heb ik aangegeven dat de gesignaleerde knelpunten niet op korte termijn oplosbaar bleken, hetgeen onder meer met zich mee bracht dat de voorgenomen verhoging van de pleegvergoeding niet in kon gaan.

De betrokken problemen met de gegevensuitwisseling bleken ook na nader onderzoek en overleggen in 2012 niet oplosbaar binnen de huidige Wet op de jeugdzorg. Om die reden is besloten de financiële artikelen van het betrokken wetsvoorstel niet in werking te laten treden. Omdat het wetsvoorstel verbetering positie pleegouders, naast de verbetering van de financiële positie van pleegouders, ook de verbetering van de rechtspositie van pleegouders tot doel had, is besloten laatstgenoemd onderdeel van het wetsvoorstel hier niet onder te laten lijden en dat wel in werking te laten treden. Een en ander is uitdrukkelijk gecommuniceerd met de Tweede Kamer (zie het Verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden, vastgesteld op 19 december 2012 (Kamerstukken II 2012/13, 33 480 XVI, nr. 3, blz. 6)).

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel verbetering rechtspositie pleegouders in de Eerste Kamer heb ik toegezegd om te bezien of een verhoging van de pleegvergoeding wellicht via andere weg kan worden bewerkstelligd. Ik verwacht zowel de Eerste Kamer als de Tweede Kamer hierover eind april 2013 duidelijkheid te kunnen verschaffen.

De leden van de **CDA**-fractie merken op dat de invoering van de dot leidt tot een verlenging van de verrekening van bijdragen. Dat wordt nu vier jaar. De Kamer heeft hierdoor laat zicht op de werkelijke uitgaven in de gezondheidszorg. De leden vragen wat er wordt gedaan om die tijd terug te brengen. De leden merken ook op dat wordt verwezen naar een onderzoek uit 2009. De leden vragen of het niet tijd wordt voor een nieuw onderzoek en wat de overwegingen zijn om dit wel of niet te doen.

In het wetsvoorstel wordt een datum vervangen die in de praktijk onhaalbaar bleek. Binnen de huidige systematiek is de gekozen oplossing helaas onvermijdelijk. Zoals ik in mijn brief van 29 november 2012 heb aangegeven ben ik uitdrukkelijk van mening dat tijdige, betrouwbare en uniforme informatie over de kosten van de zorg en de achterliggende trends noodzakelijk is voor transparante verantwoording, voor (kwaliteit)s-turing en voor kostenbeheersing van het zorgstelsel. Er is een stuurgroep ingesteld die voorstellen ontwikkelt om de informatie over de zorguitgaven te versnellen. Bij die voorstellen tot versnelling zal ook dit punt aan de orde komen. In de huidige situatie moet helaas de termijn naar vier jaar worden gebracht. Ik acht dit beleidsmatig weliswaar onwenselijk, maar kan op dit moment niet anders vanwege de huidige declaratiesystematiek.

Overigens leidt deze aanpassing van de wet niet tot een vertraging in het uiteindelijke beeld van de werkelijke zorguitgaven. De bepaling van de

werkelijke zorguitgaven wordt niet beïnvloed door het vaststellingstraject van de vereveningsbijdrage.

Voor de antwoorden op de vragen van de **CDA**-fractie met betrekking tot het catastroferisico, de gekozen drempel en de solvabiliteit verwijs ik naar de hierboven gegeven antwoorden op de gelijklopende vragen van de VVD-fractie.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers