Eerste Kamer der Staten-Generaal

Centraal Informatiepunt

Den Haag, 4 juli 2005

Aan de leden en de plv. leden van de Vaste Commissie
voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

OVERZICHT van stemmingen in de Tweede Kamer betreffende wetsvoorstel:

30124 Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet)

EINDSTEMMING WETSVOORSTEL: het wetsvoorstel is op 30 juni 2005 aangenomen door de Tweede Kamer. D66, Groep Wilders, VVD, ChristenUnie, SGP, CDA en LPF stemden voor.

AANGENOMEN EN OVERGENOMEN AMENDEMENTEN

Artikel 2.4.2, onderdeel G

20 (Van der Vlies en Kant)

Een verzekerde die een verzekeringsovereenkomst heeft die recht geeft op zorg door bepaalde gecontracteerde aanbieders, moet erop kunnen vertrouwen dat zijn zorgverzekeraar het contract met de in de overeenkomst genoemde zorgaanbieders in principe zal voortzetten. Beëindiging door een zorgverzekeraar van een contract met de aanbieder van wie hij zorg ontvangt, mag er niet toe leiden dat hij gedwongen zou worden een andere zorgaanbieder te kiezen. Om de verzekerde bescherming te bieden stelt ondergetekende in dit amendement voor om op een vergelijkbare manier als is gebeurd bij de Wet HOZ de verzekerde zolang dit nodig is het recht te geven om zorg te blijven ontvangen van deze zorgaanbieder voor rekening van de zorgverzekeraar. Omdat hierover geen enkele onduidelijkheid mag bestaan, is het wenselijk dit opnieuw in de wet vast te leggen. Dit amendement accentueert de keuzevrijheid van de patiënt en laat tegelijkertijd de contracteervrijheid van de zorgverzekeraar in stand.

Aangenomen met algemene stemmen.

Amendementen zijn in de volgorde van stemming – op artikelnummer – weergegeven: allereerst de aangenomen en/of overgenomen amendementen, vervolgens de verworpen of ingetrokken amendementen en tenslotte eventuele moties.
Vervangen amendementen zijn d.m.v. een → aangegeven: bijv. 7 → 8→ **20**. Amendement nr. 7 is vervangen door amendement nr. 8, dat op zijn beurt vervangen is door amendement nr. 20. De vette notatie van het stuknummer geeft aan dat dit het definitieve amendement is. De stemmingslijsten worden gemaakt op basis van de ongecorrigeerde draad van de vergadering.

Invoegen onderdeel GB
18 (Schippers c.s.)
Algemeen
Het persoonsgebonden budget (pgb) heeft zich in de afgelopen jaren in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ontwikkeld tot een belangrijk, emanciperend instrument. Het pgb heeft de patiënt de mogelijkheid gegeven om zijn zorg naar eigen inzicht te regelen. Het heeft de patiënt onafhankelijk gemaakt van de zorgaanbieder. De AWBZ verschilt in twee belangrijke opzichten van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
In de AWBZ gaat het om langdurige voorspelbare behandelingen, verzorging en verpleging. Daarbij is de AWBZ een naturaverzekering. De Zvw omvat op genezing gerichte, veelal onvoorziene en vaak specialistische behandeling. Doordat de Zvw wel een restitutiemogelijkheid kent, is daarbij de keuzevrijheid gegarandeerd.
Nu is het pgb niet alleen een instrument om de keuzevrijheid te garanderen. Het pgb draagt ook bij aan het innovatieve vermogen van het zorgaanbod en geeft grotere kansen voor nieuwe toetreders. Het geeft de patiënt investeringsgelden om langdurige op maat gesneden relaties met zorgaanbieders aan te gaan. De op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg (ggz) zal per 1 januari 2007 worden overgeheveld naar de Zvw.
Hier bestaan reeds met het pgb gefinancierde relaties. Dit is het natuurlijke moment om de mogelijkheid van een pgb in de vorm van een experiment in de Zvw te introduceren. Het is niet de bedoeling om het pgb hiertoe te beperken. Ook andere vormen van chronische zorg kunnen hiervoor in aanmerking komen. Met dit experiment kunnen ervaringen worden opgedaan en na 3 jaar kan worden bezien in hoeverre dit een aanvulling is gebleken.

Eerste lid
Dit artikel legt een basis in de Zvw om te experimenteren met een pgb. Het pgb is vooral bedoeld voor langdurige behandelingen van chronisch zieken, waaronder patiënten die op geestelijke gezondheidszorg zijn aangewezen. Daarom zal het in werking treden met ingang van de dag waarop de geneeskundige ggz van de AWBZ naar de Zvw wordt overgeheveld, dat wil zeggen met ingang van 1 januari 2007.
Het eerste lid bepaalt dat de vormen van (verzekerde) zorg of overige diensten waarvoor het pgb geldt, bij algemene maatregel van bestuur (amvb) worden aangewezen.

Tweede lid
Dit lid voorkomt dat de zorgverzekeraar een pgb dient te verstrekken zodra iemand daar om vraagt. Op grond van zorginhoudelijke criteria (art. 14, eerste lid, Zvw) zal toch ten minste aannemelijk moeten worden gemaakt dat de verzekerde werkelijk op de desbetreffende vorm van zorg of dienst is aangewezen. Het is aan de verzekeraar om in zijn modelovereenkomst te bepalen, welke gegevens de verzekerde dient over te leggen, wil hij voor de zorgverzekeraar voldoende aannemelijk hebben gemaakt dat hij op de uit het pgb te betalen zorg of dienst is aangewezen. Ook is het mogelijk dat de verzekeraar een contact met zijn verzekeringsarts voorschrijft. Voor zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, zal ten minste een verwijzing door een huisarts of een andere door de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst (en dus ook zorgpolis) aan te wijzen zorgaanbieder vereist zijn (zie art. 14, tweede lid, Zvw, zoals dat zal komen te luiden na aanvaarding van voorliggend wetsvoorstel).

Derde lid
Het pgb is een voorschot op de prestatie waarop de verzekerde krachtens zijn zorgverzekering recht heeft. Dient de verzekerde krachtens zijn zorgverzekering de zorg of dienst waarvoor hij het pgb wenst in principe van een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder

te betrekken (dat wil zeggen: heeft hij een naturaverzekering of een restitutieverzekering met achterliggende zorgcontracten), dan bedraagt het voorschot het bedrag dat hij zou hebben gekregen indien hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Dat is het bedrag dat zijn verzekeraar op grond van artikel 13 Zvw vaststelt. Dit bedrag zal doorgaans lager zijn dan het bedrag dat de zorgverzekeraar kwijt zou zijn geweest indien de verzekerde naar een gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Gaat een verzekerde met een «gecontracteerde zorg»-zorgverzekering én een pgb uiteindelijk toch naar een zorgaanbieder die door zijn zorgaanbieder gecontracteerd is, dan heeft hij, gezien het feit dat het pgb een voorschot is op hetgeen waarop hij krachtens zijn zorgverzekering recht heeft, er alsnog recht op, dat de gehele zorg (met uitzondering, uiteraard, van een eventuele zorggebonden bijdrage) voor rekening van zijn zorgverzekeraar komt. Indien de zorgverzekeraar krachtens met de zorgaanbieder gemaakte afspraken diens rekening direct vergoedt, zal hij vervolgens het pgb bij de verzekerde kunnen terugvorderen. Indien echter de verzekerde de rekening van de zorgaanbieder reeds heeft betaald, zal de verzekeraar de verzekerde het verschil tussen het pgb en de gecontracteerde prijs dienen te vergoeden. Mag de verzekerde krachtens zijn zorgverzekering voor de vorm van zorg of dienst waarvoor hij een pgb wenst naar alle zorgaanbieders (hij heeft dan dus een restitutiezorgverzekering zonder achterliggende zorgcontracten) dan krijgt hij een pgb dat gelijk is aan het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten voor de desbetreffende zorg of dienst, verminderd met een eventuele zorggebonden eigen bijdrage.

Vierde lid
Indien een pgb een groot bedrag behelst, kan het wenselijk zijn dat de zorgverzekeraar dit in termijnen uitbetaalt. Het vierde lid bevat de mogelijkheid om hierover bij amvb regels te stellen. Voorts geeft het vierde lid de mogelijkheid om bij amvb regels te stellen over de wijze waarop de verzekerde zich jegens zijn zorgverzekeraar over het gebruik van het pgb dient te verantwoorden. Het pgb is een voorschot op de prestatie waarop een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering recht heeft. Indien uit de verantwoording blijkt, dat de verzekerde minder kosten heeft gemaakt dan het bedrag dat hij aan voorschot heeft ontvangen, dient de verzekeraar het verschil als onverschuldigd betaald terug te vorderen. Doet hij dit niet, dan handelt de zorgverzekeraar in strijd met artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. Immers, de verzekerde heeft dan meer ontvangen dan waarop hij, gezien zijn werkelijke zorgbehoefte, naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen.

Vijfde lid
In het inwerkingtredingsbesluit Zvw (zie artikel 127 Zvw) zal worden bepaald dat artikel 14a Zvw tegelijk met de overheveling van de geneeskundige ggz, derhalve met ingang van 1 januari 2007, in werking treedt. Op grond van het vijfde lid zal artikel 14a Zvw met ingang van 1 januari 2010 vervallen. Een experimenteertermijn van drie jaar voor het hier geregelde budget is alleszins redelijk. Indien het pgb in de Zvw een succes blijkt te zijn, zal in 2009 een wetsvoorstel moeten worden ingediend om het met ingang van 1 januari 2010 structureel in de Zvw te verankeren.
Aangenomen met algemene stemmen.

VERWORPEN, INGETROKKEN EN/OF VERVALLEN AMENDEMENTEN

Artikel 1, Artikelen 3.1.1 - 3.1.8

11→**19** (Smits)

Dit amendement regelt het instandhouden van de vrijwillige AWBZverzekering in het buitenland. De Zorgverzekeringswet kan worden gezien als vervanging van de ziekenfondsverzekering en de particuliere zorgverzekeringen. De AWBZ blijft, na invoering Zorgverzekeringswet gehandhaafd als een regeling voor bijzondere ziektekosten waarin de zorgverzekeringswet niet voorziet en wordt niet afgeschaft voor Nederlandse ingezetenen. Daaruit volgt dat de vrijwillige AWBZ-verzekering ook niet overbodig wordt voor diegenen die nu vrijwillig verzekerd zijn. Bij het vervallen van de vrijwillige AWBZ-verzekering is een overgangsregeling aangekondigd voor diegenen die nu AWBZ-zorg genieten in het buitenland. Een overgangsregeling impliceert dat de huidige groep vrijwillig verzekerden, onder wie vele Nederlanders die in de grensstreek wonen of ouderen die hun pensioentijd deels doorbrengen in andere landen, aanspraken verliezen bij het afschaffen van de vrijwillige verzekering. Daarbij moet worden ingezien dat het voor vooral ouderen, ook als zij nu nog geen beroep doen op AWBZ-zorg, onmogelijk zal blijken zich aanvullend te verzekeren voor AWBZ-zorg. Het instandhouden van de vrijwillige AWBZ-verzekering betekent uiteraard dat ook premies worden geïnd zodat het financiële beeld niet wijzigt ten opzichte van de huidige situatie. Het instandhouden van de vrijwillige verzekering bevordert en stimuleert het vrije verkeer van personen binnen de Europese Unie en beschermt een kwetsbare groep ouderen die in de veronderstelling verkeerden dat ze goed verzekerd waren voor de eventuele gevolgen van gebreken. Als gevolg van dit amendement is het overgangsrecht ten aanzien van het vervallen van de vrijwillige verzekering voor de AWBZ overbodig geworden en kan dit derhalve ook komen te vervallen. Deze gewijzigde versie is het gevolg van enige kleine technische aanpassingen.

Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA, Groep Lazrak, ChristenUnie en LPF

Artikel 2.4.1, onderdelen B, Ba en C

12 (Kant)

De zorgtoeslag gaat deel van de verdeling van sociale lasten uitmaken. Daarom moet de besluitvorming over de hoogte van de toeslag zorgvuldig plaatsvinden. Om dat te waarborgen beoogt dit amendement wijziging van de in de wet opgenomen percentages voor berekening van de zorgtoeslag alleen bij wet mogelijk te maken en niet bij algemene maatregel van bestuur. Onderdeel I van het amendement strekt ertoe de tweede volzin van het artikellid waarin de bevoegdheid is opgenomen om de percentages bij amvb te wijzigen, te laten vervallen. Onderdeel II laat de voorhangbepaling bij de amvb vervallen, aan welke bepaling door dit amendement uiteraard geen behoefte meer bestaat.

Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA en Groep Lazrak

Artikel 2.4.2, onderdeel Ma

13 (Kant)

In de Zorgverzekeringswet krijgen verzekeraars veel macht. Om marktwerking efficiënt te laten werken moet tegenover die macht voldoende tegenmacht van andere partijen staan, in dit geval van de verzekerden. Ten behoeve van die tegenmacht is het van belang de invloed van verzekerden goed te regelen. Uit onderzoek blijkt dat die invloed nu beperkt is en daarom is het van belang dat er richtlijnen vanuit de overheid komen.
Dit amendement beoogt de algemene maatregel van bestuur over de invloed van verzekerden op het beleid (artikel 28 Zorgverzekeringswet) een verplicht karakter te geven; nu is er nog sprake van een facultatieve algemene maatregel van bestuur.
Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA en Groep Lazrak

Artikel 2.5.7

17 (Kant)

De salarissen van bestuurders in de (semi-)publieke sector zijn (ongepast) hoog. Ook zorgverzekeraars behoren tot de (semi-) publieke sector en hun inkomsten bestaan uit premiegeld van de burgers. Dit amendement beoogt te regelen dat aan de vergunningverlening aan ziekenfondsen de voorwaarde wordt verbonden dat statutair is geregeld dat de beloning van de bestuurders niet meer bedraagt dan het salaris van de minister-president.
Verworpen. Voor : SP en GroenLinks

Artikel 3.1.1, Onderdelen O en T

14 (van der Vlies)

Ondergetekende stelt voor om de mogelijkheid voor subsidie voor zwangerschapsafbrekingen en overtijdbehandelingen zoals voorgesteld in het nieuwe artikel 44 van de AWBZ te laten vervallen. Het is het streven van het kabinet om het aantal abortussen in Nederland terug te dringen. Deze behandeling wordt dus blijkbaar niet gezien als een gewenste vorm van hulpverlening. Het is dan ook onlogisch en ongewenst om wel vanuit de publieke middelen subsidie te verstrekken voor de afbreking van zwangerschappen.
Abortussen zijn bovendien noch medisch noodzakelijk in de zin van de Zorgverzekeringswet noch behorend tot de langdurige zorg in de zin van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Mede in het licht van de nadruk op de persoonlijke financiële verantwoordelijkheid in het kabinetsbeleid vormt dit amendement daarom een logische gevolgtrekking uit de doelstellingen van het kabinetsbeleid.
Verworpen. Voor: ChristenUnie en SGP

Artikel 3.8.23

15 (Vendrik en Heemskerk)

Dit amendement regelt dat ondernemingsraden instemmingsrecht krijgen ten aanzien van een regeling met betrekking tot het sluiten van een ziektekostenverzekering. Hiermee wordt gedoeld op het sluiten van een overeenkomst voor een collectieve ziektekostenverzekering tussen een werkgever en een ziektekostenverzekeraar.
De overeenkomst tussen werkgever en ziektekostenverzekeraar kan vergaande afspraken bevatten over de toegang tot zorgverleners en de inhoud van de zorg. Dergelijke afspraken

vereisen de consultatie van de werknemersvertegenwoordiging. Bovendien kan op grond van het amendement Schippers (29 763, nr. 36) een premiekorting deels aan de werkgever in plaats van aan de verzekerden worden toegekend. Ook daarom is het van belang de werknemersvertegenwoordiging te consulteren. De indieners gaan ervan uit dat ingeval van aanvaarding van dit amendement het aanhangige wetsvoorstel Wet medezeggenschap werknemers (29 818) bij nota van wijziging in dezelfde zin zal worden aangepast.
Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA, Groep Lazrak en D66

MOTIES

24 (Heemskerk) om de Kamer te informeren over de gemiddelde looptijd van geschillenafhandeling
Afgevoerd van de agenda

21 (Heemskerk) over risicoselectie op het aanbod van aanvullende verzekeringen
Aangenomen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA, Groep Wilders, Groep Lazrak, D66, VVD, ChristenUnie, SGP en CDA

22 (Heemskerk) over het niet verzekerd zijn van minderjarigen
Aangenomen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA, Groep Wilders, Groep Lazrak, VVD, ChristenUnie, SGP en CDA

23 (Heemskerk) over een administratie van onverzekerden
Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA, Groep Lazrak, ChristenUnie en SGP

25 (Smit c.s.) over aanpassing va de regeling ziekenvervoer
Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA, Groep Lazrak, ChristenUnie en SGP

26 (Kant c.s.) over publiekrechtelijke uitvoering van de Zorgverzekeringswet
Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA en Groep Lazrak

27 (Kant en Vendrik) over het vervallen van de negatieve optie bij het niet aanbieden van een aanvullende verzekering
Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA en Groep Lazrak

28 (Kant c.s.) over uitstel van de invoering van het nieuwe stelsel met één jaar
Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA en Groep Lazrak

29 (Vendrik c.s.) over berekening van de normpremie
Verworpen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA en Groep Lazrak

30 (Omtzigt) over definitieve vaststelling en uitbetaling van de no claim
Aangenomen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA, Groep Lazrak, CDA, ChristenUnie, SGP en LPF

31 (Omtzigt) over vaststelling van Wajong-uitkeringen en bijbehorende verzilverbare heffingskortingen
Aangenomen met algemene stemmen

32 (Omtzigt) over een centrale polisadministratie
Afgevoerd van de agenda

33 (Omtzigt) over aanvragen voor de zorgtoeslag
Aangenomen. Voor: SP, GroenLinks, PvdA, Groep Wilders, Groep Lazrak, D66, VVD, CDA, ChristenUnie en SGP