

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. 4

ADVIES RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT¹

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Raad van State d.d. 13 juni 2007 en het nader rapport d.d. 2 juli 2007, aangeboden aan de Koningin door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Raad van State is cursief afgedrukt.

Bij Kabinetsmissive van 30 mei 2007, no. 07.001725, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico, met memorie van toelichting.

Het voorstel strekt ertoe de bestaande no-claimteruggaveregeling in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te vervangen door een verplicht eigen risico voor alle verzekerden van achttien jaar en ouder. Dit eigen risico kan door zorgverzekeraars in de toekomst onder bij algemene maatregel van bestuur te stellen voorwaarden tevens worden gebruikt ter bevordering van een doelmatige zorgconsumptie. Voorts regelt het voorstel dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten worden gecompenseerd voor de kosten van dit eigen risico.

De Raad van State maakt naar aanleiding van het wetsvoorstel opmerkingen over de beoogde effecten van het voorstel, de samenhang met de Zvw en de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt), de afbakening van de te compenseren groepen, alsmede over de vormgeving van, en de verwerking van persoonsgegevens in het voorstel.

Hij is van oordeel dat in verband met deze opmerkingen het voorstel nader dient te worden overwogen. De Raad adviseert enige tijd te nemen om alternatieven binnen het stelsel van de Zvw en de Wzt te onderzoeken.

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 30 mei 2007, no. 07.001725, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 13 juni 2007, nr. W13.07.0138/I, bied ik U hierbij aan.

¹ De oorspronkelijke tekst van het voorstel van wet en van de memorie van toelichting zoals voorgelegd aan de Raad van State is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie, 7 februari 2007.

1. Inleiding

Het wetsvoorstel geeft uitvoering aan de afspraak gemaakt in het coalitieakkoord om de huidige no-claimteruggave per 1 januari 2008 te vervangen door een systeem van een verplicht eigen risico.² De toelichting geeft hiervoor twee redenen: de remmende werking van de no-claimteruggaveregeling is beperkt, onder meer omdat de verzekerde pas achteraf wordt geconfronteerd met het gevolg van zijn gebruik van medische voorzieningen en het feit dat

chronisch zieken en gehandicapten feitelijk geen gebruik kunnen maken van de no-claimteruggaveregeling omdat zij altijd met zorguitgaven geconfronteerd worden.

De Raad spitst zijn advies toe op een aantal aspecten die met deze keuze verband houden en die naar zijn oordeel onvoldoende in het voorstel tot uitdrukking komen. Dit betreft met name de vraag in hoeverre met de voorgestelde vorm van het verplichte eigen risico de nadelen van het huidige systeem metterdaad ondervangen kunnen worden. Bovendien roept de voorgestelde compensatie van chronisch zieken een aantal vragen op in relatie tot het huidige stelsel van de Zvw en Wzt, de uitvoeringslast en de voorgestelde afbakening van de te compenseren groepen.

De Raad gaat op deze aspecten in, ook vanwege het gegeven dat de no-claimteruggaveregeling pas sinds 1 januari 2005 is ingevoerd en er nog weinig inzicht bestaat in de feitelijke effecten daarvan. Een zo snelle invoering van een nieuwe systematiek behoeft, in het bijzonder vanwege de extra uitvoeringslast die ermee gepaard gaat, een overtuigende motivering waaruit de meerwaarde van het voorgestelde ten opzichte van het thans vigerende systeem kan worden afgeleid.

De Raad herinnert eraan dat in het recente verleden verschillende stelsels van eigen bijdragen zijn ingevoerd, zoals de medicijnknaak, een eigen bijdrage en een eigen risico. Deze zijn alle na vrij korte tijd weer afgeschaft, omdat zij geen of te weinig effect sorteerden en er uitvoeringsproblemen, ook in de vorm van hoge kosten, waren die veelal niet opwogen tegen de veronderstelde baten.

De Raad wijst erop dat het thans voorliggende wetsvoorstel ook al weer wijzigingen aankondigt in de voorgestelde eigen risicoregeling, na 2008.

1. Inleiding

De Raad geeft aan dat het wetsvoorstel uitvoering geeft aan de afspraak gemaakt in het Coalitieakkoord om de huidige no-claimteruggave per 1 januari 2008 te vervangen door een systeem van een verplicht eigen risico. De Raad spitst zijn advies toe op enkele aspecten die met het voorstel verband houden en die naar zijn oordeel onvoldoende in het voorstel tot uitdrukking komen. Het betreft de vraag in hoeverre met de voorgestelde vorm van het verplichte eigen risico de nadelen van de no-claimteruggave metterdaad kunnen worden ondervangen. Ook stelt de Raad de verhouding van de voorgestelde compensatie in verhouding tot het huidige stelsel van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) aan de orde.

De no-claimteruggave heeft tot onvrede geleid. Die onvrede was en is niet enkel gebaseerd op de invoering van een vorm van eigen betalingen als zodanig en de vraag of de beoogde effecten wel zouden optreden. Vooral het feit dat chronisch zieken en gehandicapten door middel van de no-claimopslag in de nominale premie meebetalen aan de no-claimteruggave voor gezonde verzekerden terwijl zijzelf waarschijnlijk nooit voor een no-claimteruggave in aanmerking komen, heeft van het begin af aan de nodige weerstand opgeroepen.

Naast de twijfels of de positieve prikkel die van de no-claimteruggave uitgaat voldoende effectief is in vergelijking met een negatieve prikkel die van een eigen risico of eigen bijdrage uitgaat, heeft voornoemde breed gevoelde maatschappelijke en politieke onvrede het huidige kabinet tot een andere politieke afweging gebracht dan de twee voorgaande kabinetten.

Afgesproken is dat een nieuw systeem van eigen betalingen wordt ingevoerd in plaats van de no-claimteruggave. Deze afspraken zijn de uitkomst van de andere politieke weg die het huidige kabinet en de daarin samenwerkende coalitiepartijen hebben gemaakt. Daarbij is tevens afgesproken dat het financiële nadeel dat chronisch zieken en gehandicapten als gevolg van het nieuwe systeem van eigen betalingen oplopen op gemiddeld gezonde verzekerden, (zoveel mogelijk) ongedaan wordt gemaakt.

Ter uitvoering van die afspraken is nagegaan welk systeem van eigen betalingen het best aansluit op het vrijwillig eigen risico en in combinatie daarmee, de mogelijkheid biedt voor zorgverzekeraars om te sturen op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Tevens is bezien welk systeem van eigen betalingen met de minste uitvoeringskosten is in te voeren. De systemen van de zorgverzekeraars zijn al ingesteld op een eigen risico, vanwege de keuzemogelijkheid van een vrijwillig eigen risico die de Zvw biedt. De

systemen van de zorgverzekeraars zijn niet ingesteld op eigen bijdragen die in principe voor alle verzekerde zorgprestaties gelden; invoering van een algemeen eigen bijdragensysteem zou majeure aanpassingen vereisen.

De Raad wijst erop dat in het recente verleden verschillende stelsels van eigen bijdragen zijn ingevoerd, die alle na vrij korte tijd weer zijn afgeschaft. Anders dan de Raad aangeeft zijn de eerdere ingevoerde eigen betalingen in de Ziekenfondswet (Zfw) in de meeste gevallen niet afgeschaft vanwege het geringe effect dat zij sorteerden of de grote uitvoeringsproblemen. Dat laatste argument speelde wel bij de afschaffing per 1 januari 1999 van het algemeen eigen bijdragensysteem dat in 1997 en 1998 in de Zfw van kracht was. Door alle daarin opgenomen uitzonderingen en bijzondere situaties, was dat in de uitvoering zo ingewikkeld geworden dat het kabinet Kok-II heeft besloten tot de afschaffing ervan met ingang van 1 januari 1999.

De overige eigen bijdragen, zoals de door de Raad genoemde eigen bijdrage geneesmiddelen (de zogenaamde medicijnenknaak), zijn afgeschaft vanwege een andere politieke weging door een nieuw kabinet van een andere politieke samenstelling. De afschaffing van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen per 1 januari 1990 was bijvoorbeeld een besluit van het net aangetreden kabinet Lubbers-III. Bij die beslissing speelde ook mee dat toen een nominale premie in de Zfw bestond die er bij de invoering van die eigen bijdrage begin 1983 nog niet was. Dat maakte in 1990 via de nominale premie een grotere bijdrage van de ziekenfondsverzekerden in de financiering van de kosten mogelijk, zonder de verhouding tussen het werknemers- en werkgeversdeel in de procentuele Zfw-premie te verstoren. In 1983 bestond die mogelijkheid nog niet omdat de Zfw toen nog geen nominale premie kende.

Bij afschaffing van eerdere eigen bijdragen in de Zfw moest altijd financiële compensatie geboden worden voor de wegvallende opbrengsten uit de afgeschaft eigen bijdragen. Dit duidt erop dat de conclusie van de Raad dat die eigen bijdragen geen financieel effect sorteerden, niet zonder meer gerechtvaardigd is.

Ten aanzien van de kanttekening van de Raad dat het wetsvoorstel voor de periode na 2008 ook alweer wijzigingen in de voorgestelde eigen risicoregeling aankondigt, merk ik op dat het hierbij niet zozeer gaat om verandering in het systeem maar om fasering en verfijning. De mogelijkheden daartoe zijn al in de wet opgenomen. De randvoorwaarden waaronder daadwerkelijke invoering plaats kan vinden worden in de komende periode uitgewerkt.

De opmerkingen van de Raad hebben geleid tot aanvulling van de toelichting met de hiervoor aangegeven overwegingen wat betreft de maatschappelijke en politieke onvrede ten aanzien van de no-claimteruggaveregeling.

2. Verwachte effecten van een verplicht eigen risico

Het doel van het voorgestelde verplichte eigen risico is om de zorgconsumptie af te remmen, waardoor de kostenstijging in de gezondheidszorg af zal nemen, alsmede om de uitvoerbaarheid van de regeling inzake eigen bijdragen voor de zorgverzekeraars te verbeteren.¹

Het valt de Raad op dat de toelichting niet ingaat op de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling.² Daaruit blijkt dat de vraag of de no-claimteruggaveregeling het destijds gewenste volume-effect heeft bewerkstelligd moeilijk te beantwoorden is na slechts één jaar ervaring, maar dat er mogelijk een bescheiden invloed op het zorggebruik vanuit gaat.

Uit een eerder gegeven overzicht van de voor- en nadelen van een no-claimteruggaveregeling versus een verplicht eigen risico blijkt, dat de balans voor wat betreft effectiviteit in de beperking van de zorgconsumptie en uitvoerbaarheid, niet zonder meer naar de ene of de andere regeling doorslaat.³ Mede tegen deze achtergrond heeft de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport laten weten het niet wenselijk te vinden de no-claimteruggaveregeling te vervangen door een systeem van een verplicht eigen risico, ondermeer omdat een «snelle intrekking van een net ingevoerde maatregel niet bijdraagt aan het beeld van een betrouwbare en consequente overheid».⁴

De Raad wijst bovendien op een aantal aspecten van de voorgestelde regeling die niet onmiddellijk wijzen op voordelen van een eigen risico ten opzichte van de bestaande no-claimteruggaveregeling.

¹ Memorie van toelichting. Algemeen deel, 1.1. Inleiding, vijfde tekstblok.

² Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I, Den Haag, 1 juni 2006. Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE).

³ Kamerstukken I, 2005/06, 29 483, nr. 1.

⁴ Kamerstukken II 2006/07, 29 483, nr. 28.

a. *Omvang van en afwegingsmoment voor het verplichte eigen risico*
De no-claimteruggaveregelings en een verplicht eigen risico hebben beide als nadeel dat bij dure zorgvormen het jaarmaximum al in één keer wordt bereikt.¹ Bij de voorgestelde hoogte van het verplichte eigen risico van € 150 is dat nog sterker het geval dan bij de huidige no-claim van € 255. In dit kader wijst de Raad op een recent rapport van het Centraal Planbureau, waarin de mogelijke effectiviteit van een eigen risicoregeling is onderzocht en de inschatting is dat een optimaal systeem van eigen betalingen een voet van 80% bijdrage combineert met een maximum van € 600 per verzekerde.² Het gaat hier dus om een substantieel hoger bedrag. In de toelichting wordt onderkend dat zich om bovenstaande redenen een gebrek aan effectiviteit voordoet bij het voorgestelde verplichte eigen risico.

Het is niet duidelijk of de regering heeft overwogen een aanzienlijk hoger verplicht eigen risico voor te schrijven, teneinde de kansen op het metterdaad realiseren van het beoogde effect te vergroten.

Daar komt bij dat de invloed van de verzekerde op behandelingen na verwijzing door de huisarts, zoals naar een medisch specialist, onderzoeken in een laboratorium en bij medicijngebruik, volgens de Raad beperkt zullen zijn. De keuzeruimte en afwegingsmogelijkheid doen zich allereerst voor in de eerste lijnszorg, zoals bij de huisarts. Het thans voorgestelde verplichte eigen risico heeft evenwel op de huisartsenconsulten geen betrekking. Het is niet duidelijk in welk segment van de zorg in het kader van de Zvw een vergroting van het beoogde consumptieremmende effect verwacht wordt.

b. *«Boter bij de vis»*

In het voorstel wordt niet geregeld op welk moment het eigen risico moet worden voldaan. Dit wordt aan de zorgverzekeraar zelf overgelaten, hetgeen betekent dat deze er ook voor kan kiezen die afrekening pas aan het einde van het verzekeringsjaar te laten plaatsvinden. Effectieve gedragsbeïnvloeding veronderstelt evenwel «boter bij de vis»: directe betaling bij het eerste consult of de eerste behandeling. In onderhavig voorstel is deze factor niet vanzelfsprekend aanwezig. Zolang de zorgverzekeraar ervoor kiest om de betalingen in verband met het verplichte eigen risico pas te incasseren na het gebruik van de medische voorziening, zal de voorgestelde regeling dezelfde nadelen hebben als de huidige no-claimteruggaveregelings.

c. *Uitvoeringslasten*

Volgens de toelichting is het voordeel van de eigen risico-systematiek dat ze kan samenlopen met een eventueel vrijwillig eigen risico, en dat geen verrekening achteraf nodig is door nagekomen kosten op een veel later moment. Een administratieve vereenvoudiging lijkt een verplicht eigen risico echter niet zonder meer te bieden, omdat bij het verplichte eigen risico bepaalde posten (bijvoorbeeld de huisarts en de kraamzorg) niet worden meegenomen, terwijl dat bij het vrijwillige eigen risico wel het geval zal zijn. Uit de toelichting blijkt niet hoeveel verzekerden een eigen risico hebben, maar in de evaluatie van de no-claimteruggaveregelings is vermeld dat slechts 5% van de verzekerden heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico.³ Hieruit volgt dat de zorgverzekeraars voor het grootste deel van hun verzekerden met betrekking tot het verplicht eigen risico niet kunnen aansluiten bij de bestaande administratie van een vrijwillig eigen risico. De Raad veronderstelt daarom dat voor de eigen risico-regelings zorgverzekeraars in veel gevallen een afzonderlijk administratief systeem moeten opzetten, terwijl het systeem van de no-claimteruggaveregelings al geruime tijd in hun administraties is verwerkt. Voorts wordt geen aandacht besteed aan het verschil in uitvoeringslasten die de regeling bij een restitutiepols en naturapolis met zich brengt. In het laatste geval is bijvoorbeeld de vraag hoe het eigen risico geïnd zal worden en of bijvoorbeeld rekening is gehouden met eventuele incassokosten.⁴

d. *Alternatieven*

In de toelichting wordt opgemerkt dat de zorgverzekeraars de wens hebben geuit om het verplichte eigen risico in te zetten als sturingsinstrument ter stimulering van gezond gedrag, het volgen van preventieprogramma's en het gebruik maken van preferente zorg. In het voorstel wordt hiertoe een heel voorzichtig mogelijkschapen. De Raad meent dat het aanbeveling verdient de mogelijkheden daartoe te vergroten. Nader zou kunnen worden bezien op welke wijze binnen de systematiek van de Zvw, en met behoud van

¹ Memorie Toelichting. Algemeen deel. 1.2. Verplicht eigen risico. Inhoud wetsvoorstel. Derde tekstblok.

² CPB Discussion Paper. No 78, february 2007. Ed Westerhout and Kees Folmer. Co-payment systems in health care: between moral hazard and risk reduction.

³ Evaluatie van de no-claimteruggaveregelings I, Den Haag, 1 juni 2006. Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE), blz. 24.

⁴ De Raad wijst in dit verband ook op het negatieve oordeel van Actal over dit wetsvoorstel vanwege de administratieve lasten.

de solidariteit waarop het stelsel is gebaseerd, zorgverzekeraars en verzekerden meer vrijheid kan worden geboden om verzekerden te stimuleren hun zorggebruik te matigen, gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen of om verzekerden te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen. Het past in het huidige zorgverzekeringsstelsel om aan de partijen zelf (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden) over te laten effectieve manieren te vinden om de zorgconsumptie en de kosten te beperken. In de Zvw is immers gekozen voor het uitgangspunt van een privaat stelsel, waarbij publiekrechtelijke randvoorwaarden worden gesteld met het oog op de solidariteit tussen ziek en gezond.

e. Conclusie

De Raad komt tot de conclusie dat de toelichting onvoldoende duidelijk maakt dat er van het thans voorgestelde systeem een groter matigend effect op de zorgconsumptie zou uitgaan dan van de vigerende no-claimteruggaveregeling. Nu de no-claimteruggaveregeling nog maar zo kort geleden is ingevoerd, de voordelen van een verplicht eigen risico niet duidelijk zijn en mogelijke alternatieven binnen de systematiek van de Zvw onvoldoende zijn onderzocht, adviseert de Raad de voorgestelde vorm van de eigen risicoregeling opnieuw te bezien en alternatieven voor hetgeen wordt beoogd in overweging te nemen.

Ook de gekozen vorm van de compensatieregeling, waarover hierna meer, geeft naar het oordeel van de Raad daartoe aanleiding.

2. Verwachte effecten van een verplicht eigen risico

De Raad vindt het opvallend dat in de memorie van toelichting niet wordt ingegaan op de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling. Bovendien wijst de Raad op een aantal aspecten van de voorgestelde regeling die niet onmiddellijk wijzen op voordelen van een eigen risico ten opzichte van de bestaande no-claimteruggaveregeling.

Het toenmalige kabinet heeft in juni 2006 in zijn standpunt bij de eerste evaluatie van de no-claimteruggave de conclusie getrokken dat het niet wenselijk was de no-claimteruggave te vervangen, onder meer omdat «een snelle intrekking van een net ingevoerde maatregel niet bijdraagt aan het beeld van een betrouwbare en consequente overheid». Deze conclusie van het toen zittende kabinet was gerechtvaardigd omdat het een afweging was van hetzelfde kabinet dat de no-claimteruggave per 2005 heeft ingevoerd. Inmiddels is er een kabinet van een andere politieke samenstelling agetreden dat, zoals ik hiervoor onder 1. heb uiteengezet, zijn eigen afweging heeft gemaakt.

a. Omvang van en afwegingsmoment voor het verplichte eigen risico

De Raad wijst erop dat bij een verplicht eigen risico van € 150 het jaarmaximum in geval van dure zorgvormen nog eerder wordt bereikt dan bij de huidige no-claimteruggave van € 255. Mede om die reden voorziet het wetsvoorstel met het nieuw voorgestelde artikel 18a, tweede lid van de Zvw, in de verfijningmogelijkheid dat na 2008 voor bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen zorgvormen een zorggebonden bijdrage gaat gelden. Hiermee wordt voorkomen dat bij aan te wijzen dure zorgvormen het maximum van het verplichte eigen risico meteen in zijn geheel wordt bereikt.

In reactie op de verwijzing van de Raad naar het discussiestuk 78 dat het Centraal Planbureau (CPB) in februari 2007¹ uitbracht over een optimaal systeem van eigen betalingen, merk ik op dat het kabinet heeft gekozen voor een systeem van eigen betalingen dat volgens het CPB een volume-effect van ongeveer € 200 miljoen per jaar oplevert. Dit is hetzelfde volume-effect als bij de huidige no-claimteruggave. Per saldo is dus bij het verplichte eigen risico hetzelfde gedragseffect te bereiken met een kleiner verschil wat betreft de financiële effecten (saldo van nominale premie en no-claimteruggave respectievelijk het eigen risico) tussen gezonde en zieke verzekerden dan bij de no-claimteruggave het geval is. Dit is naar het oordeel van het kabinet eveneens een voordeel van het verplichte eigen risico boven de no-claimteruggave.

Het optimale systeem dat in het discussiestuk van het CPB wordt genoemd heeft een maximum van € 600 per verzekerde. Een dergelijk hoog bedrag dat dan voor rekening van de verzekerden zelf kan komen acht het kabinet

¹ CPB Discussion Paper. No 78, february 2007. Ed Westerhout and Kees Folmer. Co-payment systems in health care: between moral hazard and risk reduction.

ongewenst in verband met de mogelijk daaruit voortkomende koopkracht- en liquiditeitsproblemen. Voorts zal deze aanzienlijk hogere maximale eigen betaling leiden tot een aanzienlijk groter volume-effect. Alles afwegende heeft het kabinet hier niet voor gekozen. Een volume-effect dat even groot is als thans bij de no-claimteruggave, acht het kabinet vooralsnog voldoende.

Omdat bij het voorgestelde verplichte eigen risico dezelfde zorgvormen buiten beschouwing blijven als bij de no-claimteruggave, is niet aan te geven in welk segment van zorg het sterkere consumptieremmende effect van het verplichte eigen risico zal optreden. Het grotere consumptieremmend effect heeft te maken met de kenmerken van een verplicht eigen risico ten opzichte van de no-claimteruggave, namelijk een negatieve financiële prikkel bij zorgconsumptie in plaats van de positieve prikkel die van de no-claimteruggave uitgaat bij geen of beperkte zorgconsumptie. Deze verschillen in kenmerken houden in dat bij een verplicht eigen risico verzekerden vooraf duidelijk het gevolg van gebruik van medische voorzieningen inzien en weten dat dit kan leiden tot een betaling van maximaal € 150. Bij de no-claimteruggave is inzicht in het effect van zorggebruik minder helder. Om die reden zal op het niveau van de individuele verzekerde het consumptieremmend effect van een verplicht eigen risico groter zijn dan van de no-claimteruggave. Het CPB heeft dat ook aangegeven in zijn doorrekening van het Coalitieakkoord.

b. «Boter bij de vis»

De Raad merkt op dat effectieve gedragsbeïnvloeding «boter bij de vis» veronderstelt; directe betaling bij het eerste consult of de eerste behandeling. In het onderhavige voorstel is deze factor niet vanzelfsprekend aanwezig. Het valt niet te ontkennen dat een systeem waarbij de verzekerde zijn eigen betaling direct bij de behandeling dient af te rekenen, het grootste gedrags-effect zal hebben. Een systeem van eigen betalingen waarbij de betaling direct aan de zorgverlener moet worden voldaan, is echter ook een systeem met veel administratieve lasten en uitvoeringskosten omdat er in feite een dubbel systeem moet worden opgezet, namelijk zowel directe betaling aan de zorgverleners als verrekening van de eigen betalingen via de zorgverzekeraars. Bij een dergelijke directe betaling aan de zorgverlener kan geen rekening worden gehouden met het jaarmaximum. De zorgverlener heeft immers geen inzicht in welke eigen betalingen de verzekerde voor andere zorg bij andere zorgverleners reeds heeft verricht. Naast de directe betaling aan de zorgverlener zou dan altijd verrekening achteraf via de zorgverzekeraar dienen plaats te vinden na toetsing aan het jaarmaximum. De zorgverzekeraar heeft immers op basis van de ingediende declaraties het overzicht over de totale zorgconsumptie van zijn verzekerde en daarmee over het totaal van eigen betalingen in een kalenderjaar. Daarnaast zal bij een systeem van directe betaling aan de zorgverlener, in een aantal gevallen die eigen betaling niet direct zijn te innen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan verzekerden die als gevolg van een ongeval acuut in een ziekenhuis moeten worden behandeld. In dergelijke situaties dient alsnog achteraf inning van de eigen betaling plaats te vinden. Om deze redenen heeft het kabinet besloten om het verplichte eigen risico door de zorgverzekeraar bij de verzekerde in rekening te laten brengen. Ondanks het feit dat dan de betaling niet direct aan de zorgconsumptie gekoppeld is, is een dergelijk systeem op het punt van uitvoering en administratieve lasten het eenvoudigst.

c. Uitvoeringslasten

Het verplichte eigen risico lijkt niet zonder meer een administratieve vereenvoudiging te bieden omdat bij het verplichte eigen risico bepaalde zorgvormen niet worden meegenomen terwijl dat bij het vrijwillige eigen risico wel het geval is, zo merkt de Raad op.

Het verplicht eigen risico is ten opzichte van de no-claimteruggave in relatie tot het vrijwillig eigen risico een administratieve vereenvoudiging, omdat de no-claimteruggaveregeling van een andere opzet uitgaat dan een eigen risico. Bij de no-claimteruggaveregeling keert de zorgverzekeraar een bedrag uit aan de verzekerde, terwijl met een verplicht of vrijwillig eigen risico de zorgverzekeraar een bedrag bij de verzekerde in rekening brengt.

In reactie op de kanttekening die de Raad plaatst bij de systemen van de zorgverzekeraars, merk ik op dat de ICT-systemen van zorgverzekeraars reeds zijn ingesteld op een vrijwillig eigen risico. Hiermee is een verplicht eigen risico door de zorgverzekeraars per 1 januari 2008 goed uitvoerbaar. Dat slechts 5% van de verzekerden gekozen heeft voor een vrijwillig eigen risico laat onverlet dat de ICT-systemen van de zorgverzekeraars zijn ingesteld op een eigen risico. Het gaat dus om de structuur van het systeem, niet om de vulling.

Verzekeraars bieden grotendeels polissen aan met een combinatie van restitutie en natura. Bovendien is het ook bij restitutiepolicen vaak zo dat de zorgverzekeraar de nota aan de zorgaanbieder betaalt. Hierom is aan het onderscheid tussen restitutie en natura niet specifiek aandacht besteed. De zorgverzekeraar is vrij om met de verzekerde af te spreken hoe hij het eigen risico int en zal daarbij mogelijke incassokosten in ogenschouw houden. Dit betreft een eigen afweging van de zorgverzekeraars.

d. Alternatieven

De Raad van State is positief over de sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars die in het wetsvoorstel zijn opgenomen. De Raad wil eigenlijk verdere vergroting van die mogelijkheden omdat dat past binnen het private stelsel van de Zvw.

Het gaat hier om een nieuw element waarmee nog geen ervaring bestaat. De zorgverzekeraars kunnen hier in 2008 ook nog geen invulling aan geven. Bovendien dient uitgewerkt te worden hoe deze sturingsmogelijkheden gebruikt kunnen worden zonder afbreuk te doen aan de publieke randvoorwaarden die binnen de Zvw gelden. Dit doordenken kost tijd. Over de wijze waarop zorgverzekeraars gestimuleerd kunnen worden meer aandacht te besteden aan preventie, zal worden ingegaan in de nota die het kabinet over de voornemens op het terrein van de preventie zal uitbrengen. Het kabinet acht het prematuur om nu reeds ruimere sturingsmogelijkheden in de wet op te nemen.

e. Conclusie

De Raad adviseert de voorgestelde vorm van de eigen risicoregeling opnieuw te bezien en alternatieven voor hetgeen wordt beoogd in overweging te nemen.

Alles afwegende, ook gelet op de eerder onder 1. Inleiding weergegeven politieke weging, houdt het kabinet vast aan het voorgestelde systeem van eigen betalingen in de vorm van het voorgestelde verplichte eigen risico.

3. Compensatieregeling

In het voorgestelde artikel 118a Zvw worden verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten gecompenseerd voor het eigen risico. De Raad wijst in dit verband op het volgende.

a. Solidariteit tussen ziek en gezond en tussen rijk en arm

In het systeem van de Zvw heeft het principe van solidariteit tussen ziek en gezond onder andere vorm gekregen in de acceptatieplicht voor een basispakket en een verbod op premiedifferentiatie. Daarmee is in beginsel de onvermijdbaarheid van zorgkosten voor bepaalde groepen reeds in de, pas vorig jaar ingevoerde, Zvw geïncorporeerd. Met de zorgtoeslag is vervolgens voorzien in het instrument om ongewenste inkomensgevolgen van de premiesystematiek voor bepaalde verzekerden te compenseren. In het voorstel wordt buiten dit stelsel van de Zvw en de Wzt een aparte voorziening getroffen, die, naar het oordeel van de Raad, op gespannen voet staat met dit stelsel. Immers, in het voorstel worden alle verzekerden met bepaalde chronische zorgkosten, ongeacht hun financiële draagkracht, gecompenseerd. De Raad ziet niet in waarom ook verzekerden met een grote financiële draagkracht voor compensatie van het eigen risico in aanmerking zouden moeten komen. De Raad meent dat voor deze inbreuk op het vorig jaar ingevoerde stelsel goede gronden aangevoerd moeten worden. Hij heeft in de motivering van het voorstel geen overtuigende reden daartoe gevonden. De Raad adviseert op het bovenstaande in te gaan en na te gaan op welke wijze aan een eventuele compensatie van de ziektekosten van chronisch zieken binnen het bestaande systeem van de zorgtoeslag vorm kan worden gegeven.

b. Afbakening van de te compenseren groep

De groep die in het voorstel aanspraak maakt op compensatie voor het eigen risico wordt in het voorgestelde artikel 118a, eerste lid, als volgt gedefinieerd: «verzekerden van achttien jaar of ouder met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten, behorende tot bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te bepalen groepen». In de toelichting bij dit artikel wordt opgemerkt dat het niet mogelijk is aan te duiden wie precies onder het begrip «chronisch zieken en gehandicapten» vallen omdat er geen eenduidige omschrijving van deze groep is. De oplossing is daarom om bij algemene maatregel van bestuur te bepalen wanneer sprake is van «meerjarige, onvermijdbare zorgkosten», waarbij voor het jaar 2008 aangesloten zal worden bij farmaceutische kostengroepen (FKG's). Als in latere jaren een beter dekkende en uitvoerbare definitie van de beoogde groep ter beschikking zal komen, zal de algemene maatregel van bestuur daarop worden aangepast, aldus de toelichting.¹

Het is de Raad niet duidelijk hoe deze beter dekkende en uitvoerbare definitie met het verstrijken der jaren beschikbaar zal kunnen komen. Er zal altijd een inhoudelijke keuze nodig zijn om de groep te kunnen afbakenen. De wet geeft echter geen inhoudelijke (hoofd)criteria aan de hand waarvan deze keuze zal plaatsvinden.

De voorlopige keuze voor aansluiting bij bepaalde FKG's stuit op bezwaren. De Raad wijst erop dat als gevolg van dit voorstel chronisch zieken en gehandicapten, die helemaal geen medicijnen of geen medicijnen uit de aangewezen FKG nodig hebben, maar bijvoorbeeld wel frequent fysiotherapie en andere medische behandelingen of hulpmiddelen, bij voorbaat buiten de beoogde groep vallen. Ook wordt onderscheid gemaakt tussen de beoogde doelgroep en verzekerden die verschillende jaren achter elkaar onvermijdbare zorgkosten hebben voor verschillende aandoeningen. Dit onderscheid heeft ertoe geleid dat de hoogte van zorgkosten niet wordt betrokken in de afbakening van de doelgroep.² De Raad ziet vooralsnog geen rechtvaardiging voor het gemaakte onderscheid tussen de hierboven aangeduide groepen verzekerden, nu deze verzekerden feitelijk in dezelfde positie kunnen verkeren. De Raad wijst op het risico dat met de voorgestelde afbakening groepen die wat betreft chronische ziektekosten gelijke inkomensgevolgen zullen ervaren, ongerechtvaardigd ongelijk behandeld worden, met mogelijke juridische consequenties voor de toepassing daarvan.

c. Onderbouwing berekening compensatie

Volgens de toelichting zal het bedrag aan compensatie € 59 bedragen.³ Het is de Raad niet duidelijk waarop dit bedrag is gebaseerd. De Raad wijst erop dat in de no-claimteruggaveregeling bij een gemiddelde no-claimteruggave van € 91 de gemiddelde zorgconsumptie € 164 per jaar bedraagt; bij het thans voorgestelde systeem van een verplicht eigen risico wordt uitgegaan van een gemiddelde zorgconsumptie van € 91. Deze aannames en de verschillen in zorgconsumptie worden niet nader toegelicht. Bovendien wordt niet inzichtelijk gemaakt waarop de veronderstelde premiedaling van € 92 euro gebaseerd is. De Raad adviseert op deze punten in te gaan.

d. Uitvoeringslasten

De voorgestelde uitvoering van de compensatieregeling zal plaatsvinden door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Ziektekosten (CAK), dat daarmee voor een groep verzekerden ingevolgde de Zvw een geheel nieuw systeem zal moeten opzetten. In de toelichting wordt geen inzicht gegeven in de uitvoeringslasten die hiermee gemoeid zijn. Dat inzicht is temeer van belang nu vrij ingrijpende voorzieningen moeten worden getroffen bij het CAK teneinde relatief bescheiden bedragen, namelijk € 59 euro per jaar, te kunnen uitkeren. Ook vanuit dit oogpunt is het de Raad niet op voorhand duidelijk waarom deze compensatie niet wordt geïntegreerd in het bestaande stelsel van de zorgtoeslag.

e. Conclusie

De Raad is van oordeel dat onvoldoende rekening is gehouden met bovenstaande aspecten van de compensatieregeling. Hij adviseert de voorgestelde compensatieregeling opnieuw te bezien in het licht van de mogelijkheden die reeds besloten liggen in Zvw en de Wzt.

¹ Memorie van toelichting. Artikelsgewijs bij artikel N en artikel IX, eerste tekstblok.

² Memorie van toelichting. Algemene deel. 1.4 Afbakening te compenseren groepen.

³ Memorie van toelichting. Algemene deel. 1.5 Compensatie.

3. Compensatieregeling

a. Solidariteit tussen ziek en gezond en tussen rijk en arm

De Raad wijst erop dat met de zorgtoeslag is voorzien in het instrument om ongewenste inkomensgevolgen van de premiesystematiek voor bepaalde verzekerden te compenseren. Daarnaast merkt de Raad op niet in te zien waarom ook verzekerden met een grote financiële draagkracht voor compensatie in aanmerking zouden moeten komen. De reden voor compensatie van mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten is dat een eigen risico voor hen onrechtvaardig is, omdat zij geen keuze hebben in hun zorgconsumptie. Deze reden geldt voor alle inkomensgroepen.

b. Afbakening van de te compenseren groep

De Raad heeft kritiek op de keuze om voor de compensatie aan te sluiten bij bepaalde farmaceutische kostengroepen (FKG's). De Raad is van mening dat geen rechtvaardiging is te vinden voor deze keuze omdat andere verzekerden mogelijk in dezelfde situatie verkeren en geen compensatie krijgen. Het kabinet heeft gezocht naar een criterium dat enerzijds administratief hanteerbaar is en anderzijds de beoogde groep zo goed mogelijk voorspelt. In de memorie van toelichting is uitgebreid aandacht besteed aan de verschillende mogelijkheden die zijn onderzocht. Het kabinet is zich ervan bewust dat thans geen volledig sluitende administratieve afbakening bestaat van de groep waarvoor compensatie wordt beoogd. Echter, het voorgestelde criterium zit daar op dit moment het dichtste bij. FKG's zijn ontwikkeld als voorspeller van hoge zorgkosten voortkomend uit chronische aandoeningen. Met toepassing van FKG's wordt zoveel mogelijk vermeden dat verzekerden met incidentele hoge zorgkosten toch in aanmerking komen voor compensatie. Het kabinet heeft in de memorie van toelichting aangegeven, dat in de komende jaren gezien zal worden of het criterium verbeterd kan worden.

c. Onderbouwing berekening compensatie

Het is de Raad niet duidelijk waarop het bedrag van € 59 compensatie is gebaseerd. Daarnaast merkt de Raad op dat de aannames en verschillen in zorgconsumptie bij de no-claimteruggave en het verplicht eigen risico niet nader worden toegelicht en dat niet inzichtelijk wordt gemaakt waarop de veronderstelde premiedaling van € 92 is gebaseerd.

De gemiddelde eigen betaling op grond van een verplicht eigen risico van € 150 voor verzekerden zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten was geraamd op € 91. De veronderstelde premiedaling van € 92 was in overeenstemming met de doorrekening van het Coalitieakkoord. Het betrof het saldo van de gemiddelde premiedaling van € 98 als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico en de compensatie voor mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten (€ 6). De compensatie van € 59 was berekend door van het verplicht eigen risico van € 150, de gemiddelde eigen betaling van verzekerden zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten van € 91 af te trekken.

Inmiddels zijn nieuwe berekeningen uitgevoerd waarbij de effecten van de pakketuitbreiding 2008 (onder andere anti-conceptiepil en periodieke tandartscontrole) zijn meegenomen. Deze nieuwe berekeningen zijn voor het Centraal Planbureau aanleiding om de financiële effecten van het verplichte eigen risico te herzien. De uitkomsten van deze nieuwe berekeningen zijn dat de compensatie geen € 59 zal bedragen maar € 40 en de gemiddelde premiedaling geen € 92 maar € 111. Naar aanleiding van deze opmerking van de Raad heb ik de toelichting bij het wetsvoorstel op dit punt verduidelijkt en daarbij de uitkomsten van de nieuwe berekeningen opgenomen.

d. Uitvoeringslasten

Het is de Raad niet op voorhand duidelijk waarom deze compensatie niet wordt geïntegreerd in het bestaande stelsel van de zorgtoeslag.

De zorgtoeslag waarborgt de financiële toegankelijkheid van de zorgverzekering. De zorgtoeslag zorgt ervoor dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan de ziektekostenpremie hoeft te betalen dan aanvaardbaar wordt geacht. In de zorgtoeslag wordt rekening gehouden met de gemiddelde premie en de gemiddelde eigen betaling. Het kabinet is van mening dat naast de compensatie voor de gemiddelde eigen betaling via de zorgtoeslag het meerdere voor alle mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten

gecompenseerd moet worden. Deze compensatie wordt niet geïntegreerd in het systeem van de zorgtoeslag, omdat de zorgtoeslag niet bedoeld is om verschillen in zorgkosten te compenseren.

Daarnaast heeft de Belastingdienst/Toeslagen aangegeven niet in staat te zijn om het komende jaar veranderingen aan te kunnen. Het kabinet heeft daarom gekozen voor een uitvoering door het CAK. Tussen het CAK en de Belastingdienst bestaat al jaren een goede samenwerking. Het CAK heeft aangegeven de verwerking op zich te kunnen nemen.

4. Verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens

De voorgestelde uitvoering van de compensatie-uitkering vindt plaats aan de hand van FKG's, die voor de risicoverevening zijn verzameld. Dit zijn persoonsgegevens betreffende de gezondheid (hierna: medische persoonsgegevens) en daarmee bijzondere persoonsgegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Het feit dat zorgverzekeraars niet mogen doorgeven binnen welke FKG-groep een verzekerde valt¹, doet daar niet aan af.

a. Ontbreken advies CBP

De Raad wijst erop dat het CBP over dit wetsvoorstel niet om advies is gevraagd, terwijl dat wel aangewezen is op grond van artikel 51, tweede lid, van de Wbp, dat de implementatie vormt van artikel 28, tweede lid, van richtlijn nr 95/46/EG.² Het aan het CBP voorleggen van de regels die krachtens de amvb in het voorgestelde artikel 118a, derde lid, van de Zvw worden opgesteld, kan deze omissie niet teniet doen, nu de grondslag voor het verwerken van (bijzondere) persoonsgegevens reeds in genoemd artikel wordt vastgelegd.

De Raad adviseert het CBP alsnog om advies te vragen en als dit leidt tot een ingrijpende aanpassing van het wetsvoorstel, dit opnieuw aan de Raad voor te leggen.

b. De grondslag

Het verwerken van bijzondere persoonsgegevens is in beginsel verboden, tenzij sprake is van een uitzonderingsgrond als bedoeld in de artikelen 17 tot en met 23 van de Wbp en aan de daarin gestelde eisen is voldaan. Het valt de Raad op dat aan dit onderwerp in de toelichting geen aandacht wordt besteed. In de toelichting wordt opgemerkt dat de compensatie plaats vindt op basis van gegevens uit de risicoverevening.³ De Raad merkt echter op dat in het kader van de risicoverevening de medische persoonsgegevens worden

geanonimiseerd en versleuteld, terwijl in onderhavig voorstel deze medische gegevens op persoonsniveau worden verwerkt. Dit is een belangrijk verschil. Voor de verwerking van medische persoonsgegevens moet een grondslag worden gevonden in artikel 21 of 23 van de Wbp. Mogelijk zou in het onderhavige geval een grondslag gevonden kunnen worden in artikel 21, eerste lid, onderdeel f, van de Wbp. Het voorgestelde artikel 118a, derde lid, van de Zvw voldoet echter niet aan de genoemde bepaling van de Wbp, omdat niet voldaan is aan de daarin vervatte eis dat de verwerking van de medische persoonsgegevens noodzakelijk is voor de uitvoering van de wet.

Voorts is het voorgestelde artikel 118a, derde lid, van de Zvw onvoldoende specifiek, nu dit niet afbakt welke instanties welke (soorten) persoonsgegevens dienen te verstrekken. De Raad wijst erop dat het volgens de toelichting gaat om een verplichting voor zorgverzekeraars aan het CAK te melden welke verzekerden tot de relevante FKG-groepen behoren.

Tegen deze achtergrond is de voorgestelde grondslag te ruim nu die alle in artikel 88 van de Zvw genoemde instanties verplicht een niet nader afgebakende categorie persoonsgegevens, waaronder de bijzondere persoonsgegevens, aan het CAK te verstrekken, die het CAK vervolgens kan verwerken. Gezien de opzet van de compensatieregeling ontbreekt volgens de Raad de noodzaak daartoe.

Nu kennelijk duidelijk is welke persoonsgegevens door wie moeten worden verstrekt, is er volgens de Raad, mede in aanmerking genomen artikel 24 van de Aanwijzingen voor de regelgeving, ook geen reden om nadere regeling van dit onderwerp te delegeren naar een amvb.

De Raad adviseert de grondslag in het voorgestelde artikel 118a van de Zvw te specificeren, teneinde deze in overeenstemming te laten zijn met de Wbp.

¹ Memorie van Toelichting. Artikelsgewijze toelichting bij artikel 118a, derde lid, onderdeel a, Zvw.

² Richtlijn 95/46/EG van het Europees Parlement en de Raad van 24 oktober 1995 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens (pbEG L 281).

³ Memorie van Toelichting. Algemene toelichting. 1.4 Afbakening te compenseren groepen.

c. Concentratie van medische persoonsgegevens

Afgezien van het voorgaande wijst de Raad op het feit dat de compensatieregeling wordt uitbesteed aan het CAK, via SA-Z/Vektis. Een belangrijk gevolg van deze uitbesteding aan het CAK is volgens de Raad dat het CAK, dat vooralsnog alleen betrokken is bij de administratieve uitvoering van (onder andere de eigen bijdragen in) de AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de beschikking krijgt over een geheel nieuwe verzameling bijzondere persoonsgegevens, namelijk betreffende zorg geleverd in het kader van de Zvw. Het CAK krijgt daarmee niet alleen de beschikking over medische persoonsgegevens uit de AWBZ-zorg en de Wmo, maar ook uit de Zvw-zorg. Hierdoor ontstaat bij deze instantie een concentratie van allerlei bijzondere (medische) persoonsgegevens. Gezien de risico's die een dergelijke concentratie van bijzondere persoonsgegevens met zich brengt (zoals onnodige verzameling, koppeling, te vergaande verwerking¹), acht de Raad een zorgvuldig afweging tussen de voorgestelde uitvoering en andere alternatieven, bijvoorbeeld in het kader van de Wzt, aangewezen. De Raad adviseert de keuze voor uitvoering van de compensatieregeling door het CAK ook tegen deze achtergrond opnieuw te bezien.

4. Verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens

a. Ontbreken advies CBP

Het kabinet is – gelet op de bewoordingen van artikel 51, tweede lid, van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) – anders dan de Raad van oordeel dat een advies van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) over het wetsvoorstel niet is vereist. Artikel 51, tweede lid, van de Wbp bepaalt dat aan het CBP advies wordt gevraagd over voorstellen van wet en ontwerpen van algemene maatregelen van bestuur die geheel of voor een belangrijk deel betrekking hebben op de verwerking van persoonsgegevens. Dit wetsvoorstel heeft niet geheel of voor een belangrijk deel betrekking op de verwerking van persoonsgegevens, maar slechts voor een beperkt onderdeel, zodat het naar het oordeel van het kabinet niet onder het bereik van artikel 51, tweede lid, van de Wbp valt.

Het kabinet heeft hierom geen aanleiding gezien om zonder daartoe nopende verplichting het wetsvoorstel toch voor advies aan het CBP voor te leggen. Om die reden wordt het advies van de Raad om alsnog advies aan het CBP te vragen, niet gevolgd maar wordt het wetsvoorstel bij de indiening tevens ter kennis van het CBP gebracht.

b. De grondslag

Het kabinet onderschrijft het oordeel van de Raad dat voor de verwerking van bijzondere persoonsgegevens ten behoeve van compensatie een wettelijke grondslag is vereist. De Raad meent dat het wetsvoorstel niet voldoet aan de Wbp, omdat niet is voldaan aan de in artikel 21 Wbp vervatte eis dat de verwerking van medische persoonsgegevens noodzakelijk is voor de uitvoering van de wet.

Artikel 21, eerste lid, onderdeel f van de Wbp bepaalt dat het verbod tot verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid niet van toepassing is, indien de verwerking geschiedt door een bestuursorgaan «voor zover dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften (...) die voorzien in aanspraken die afhankelijk zijn van de gezondheidstoestand van de betrokkene».

In artikel 118a, eerste lid, van het wetsvoorstel is bepaald dat verzekerden van achttien jaar of ouder met meerjarige onvermijdbare zorgkosten, behorende tot bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te bepalen groepen, jegens het CAK recht hebben op een uitkering. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur zullen deze groepen verzekerden worden bepaald op basis van onder de aangewezen FKG's vallend medicijngebruik. Het recht op uitkering is derhalve afhankelijk van het behoren tot een bij wettelijk voorschrift te omschrijven groep personen op basis van bepaalde indicatoren betreffende de gezondheid. Artikel 118a, derde lid, heeft bovendien uitdrukkelijk betrekking op de verwerking van persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, *met het oog op de uitvoering van artikel 118a.*

Gelet daarop is het kabinet van oordeel dat de verwerking van medische persoonsgegevens noodzakelijk is voor de uitvoering van de wet, en dat het

¹ Artikel 13 van de Wbp stelt eisen hieromtrent.

wetsvoorstel daarvoor een adequate wettelijke grondslag biedt, die voldoet aan het bepaalde in artikel 21 Wbp.

De Raad is voorts van oordeel dat de in het voorgestelde artikel 118a, derde lid, neergelegde verplichting tot verstrekking van persoonsgegevens (aan het CAK) zich zou moeten beperken tot de zorgverzekeraars, en zich niet mede moet uitstrekken tot de overige in artikel 88 Zvw genoemde instanties. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de melding aan het CAK welke verzekerden tot de relevante FKG-doelgroepen behoren. Deze melding zal worden gedaan met gebruikmaking van het sociaal-fiscaalnummer van de belanghebbenden, en zo mogelijk onder vermelding van het rekeningnummer. Thans wordt onderzocht of het een begaanbare optie is dat zorgverzekeraars ook het rekeningnummer aanleveren. Omdat dit nog niet duidelijk is, wordt in het wetsvoorstel de mogelijkheid gegeven bij amvb instanties aan te wijzen die voor het rekeningnummer zorgen. Daarnaast zal het CAK deze gegevens door raadpleging van de GBA, waarvoor de colleges van burgemeester en wethouders verantwoordelijk zijn, aanvullen met de NAW-gegevens van de betrokkenen. Voor het overige ontbreekt, zoals de Raad stelt, inderdaad de noodzaak voor aanwijzing van andere instanties. De voorgestelde regeling wordt in verband hiermee aangepast. Daarbij wordt ook het advies van de Raad gevolgd om de nadere regeling van dit onderwerp niet te delegeren naar een algemene maatregel van bestuur, maar het in de wet te regelen.

c. Concentratie van medische persoonsgegevens

De Raad meent dat de uitbesteding van de uitvoering van de compensatieregeling aan het CAK heroverweging verdient, omdat daardoor bij het CAK een concentratie van bijzondere (medische) persoonsgegevens plaatsvindt die risico's met zich meebrengt die bij een alternatieve keuze kunnen worden vermeden.

Gegeven de keuze voor de wijze van compensatie die het kabinet heeft gemaakt en de aan die keuze ten grondslag liggende overwegingen, zijn er geen alternatieven waarmee dezelfde categorie rechthebbenden op dezelfde wijze door de overheid kan worden bereikt. In aanmerking nemende dat het CAK een bestuursorgaan is waarop toezicht wordt gehouden en waarmee de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een relatie onderhoudt waarop hij ook politiek aanspreekbaar is, is de naleving van de toepasselijke wettelijke voorschriften, waaronder de Wbp, adequaat geborgd.

Verder is het antwoord op de vraag in welke wet een aanspraak wordt ondergebracht (Zvw, AWBZ, Wmo) ook niet een vaststaand gegeven. In de huidige vormgeving en precieze afbakening van deze onderling sterk samenhangende zorgdomeinen in afzonderlijke wetten is naar het oordeel van het kabinet dan ook geen belemmering gelegen om de bedoelde taak bij het CAK te beleggen.

5. Voor redactionele kanttekeningen verwijst de Raad naar de bij het advies behorende bijlage.

5. Redactionele kanttekeningen

Aan de redactionele kanttekeningen van de Raad is tegemoetgekomen met uitzondering van het onderstaande:

- De definitie van het Centraal Administratiekantoor is niet gewijzigd. De enige manier om tegemoet te komen aan het advies van de Raad van State is het toevoegen van de vestigingsplaats van het Centraal Administratiekantoor, dit is niet wenselijk aangezien de wet zou moeten worden gewijzigd indien de vestigingsplaats verandert.
- Artikel I, onderdeel F, is niet aangepast aangezien de wetstekst, anders dan de Raad van State meent, niet strijdig is met de memorie van toelichting. Bij amvb kunnen de vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen die buiten het (vrijwillige) eigen risico vallen. Bij of krachtens amvb kan het bedrag worden aangewezen waarvoor dit geldt. Ten einde dit te verduidelijken is de memorie van toelichting aangepast.

De Raad van State geeft U in overweging het voorstel van wet niet te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal dan nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.

*De Vice-President van de Raad van State,
H. D. Tjeenk Willink*

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde gewijzigde voorstel van wet en de gewijzigde memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

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

**Bijlage bij het advies van de Raad van State betreffende
no. W13.07.0138/I met redactionele kanttekeningen die de Raad in
overweging geeft.**

- Artikel I, onderdeel A, artikel 1, onder 4, nieuw onderdeel v, Zvw, «het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Ziektekosten B.V.» is te onbepaald en dient daarom te worden aangepast.
- Teneinde Artikel I, onderdeel F, in overeenstemming te brengen met de bedoeling volgens de toelichting, in het voorgestelde artikel 20 Zvw, «a. waarvan de kosten tot een bij of krachtens die maatregel te bepalen bedrag» vervangen door: a. waarvan de kosten tot een bij die maatregel te bepalen bedrag.
- Ingevolge artikel I, onderdeel D, het voorgestelde artikel 18a, derde lid, Zvw ontbreekt de maatstaf waarmee de indexatie van het verplichte eigen risico jaarlijks plaatsvindt. De Raad adviseert hierin alsnog te voorzien (bijvoorbeeld door te verwijzen naar artikel 10.2 van de Wet inkomstenbelasting 2001).
- In artikel II, het voorgestelde artikel 4 Wzt «naar verwachting in het dat jaar betaalt» vervangen door: naar verwachting in dat jaar betaalt.
- In artikel VII, «artikel 118a, eerste lid» vervangen door: artikel 118a.