

Vergaderjaar 2009–2010

31 094

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

I

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDH EID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 september 2009

Inleiding

Tijdens de behandeling van het voorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet om de no-claimteruggave te vervangen door een verplicht eigen risico (wetsvoorstel 31 094), heeft de heer Klein Breteler namens de CDA-fractie gevraagd de uiterste termijn waarbinnen het verplicht eigen risico nog in rekening kan worden gebracht terug te brengen van 12 maanden naar zes maanden na afloop van het kalenderjaar waarvoor het verplicht eigen risico geldt.

Ik heb toegezegd dat ik hier nog een keer naar zal kijken en kom met deze brief op mijn toezegging terug.

Huidige situatie

In artikel 18a, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld dat rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten slechts ten laste van het verplicht eigen risico worden gebracht indien deze rekeningen door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft. Voor de goede orde wijs is erop dat artikel 18a, vierde lid, van de Zvw met ingang van 1 september 2009 is vernummerd tot artikel 19, vijfde lid.

In artikel 2.17, derde lid, van het Besluit zorgverzekering is deze dag vastgesteld op 31 december.

Dit betekent dat declaraties van in 2008 verleende zorg die de zorgverzekeraar voor 31 december 2009 ontvangt, nog wel meetellen voor het verplicht eigen risico over het jaar 2008. Declaraties over 2008 die de zorgverzekeraar op of na 31 december 2009 ontvangt, kan de zorgverzekeraar niet meer ten laste van het eigen risico brengen. Overigens mag de zorgverzekeraar declaraties die hij door toedoen van de verzekerde na die datum ontvangt, nog wel ten laste van het verplicht

eigen risico brengen. In de praktijk zal dit niet veel voorkomen aangezien dit vooral speelt bij verzekerden met een restitutiepolis en veel verzekeraars in hun polis hebben opgenomen dat kosten van zorg niet worden vergoed als de rekening niet binnen een jaar na het verzekeringsjaar door de verzekerde wordt ingediend.

Remeffect

Indien de wens van de heer Klein Breteler zou worden gevolgd, zouden de declaraties voor 1 juli van het jaar t+1 door de zorgverzekeraar moeten zijn ontvangen, om nog bij het verplicht eigen risico van het jaar t te kunnen worden betrokken. Ik heb de diverse aspecten van zo'n eerdere datum nog een keer gewogen.

Het verkorten van de termijn waarbinnen declaraties door de zorgverzekeraar moeten zijn ontvangen, willen die declaraties nog voor het verplicht eigen risico kunnen meetellen, zou betekenen dat het eigen risico over een bepaald jaar eerder definitief komt vast te staan. Of daardoor ook een iets grotere remwerking optreedt is onzeker en moet zeker niet worden overschat. Dit laatste blijkt ook uit de CPB-notitie «Gedrags-effect van eigen betalingen in de ZVW» van april 2008, die ik als bijlage 1 heb meegezonden bij mijn brief van 23 mei 2008 aan de Eerste en de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 194 en bijlagen).

Financieringsverschuiving

De door de heer Klein Breteler voorgestelde kortere termijn betekent dat declaraties over zorg, verleend in jaar t, die na 30 juni van jaar t+1 door de zorgverzekeraar worden ontvangen, niet bij het verplicht eigen risico van jaar t kunnen worden betrokken. Dit zou met name consequenties hebben bij declaraties voor ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg die immers via diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) worden gedeclareerd. Ik zal die consequenties toelichten.

De kosten van een DBC worden toegerekend aan het jaar van opening; dit geldt ook voor het eigen risico. Een DBC die in 2009 wordt geopend, wordt dus betrokken bij het verplicht eigen risico over het kalenderjaar 2009. Een DBC dient uiterlijk een jaar na opening te worden gesloten. Een DBC wordt na sluiting gedeclareerd.

Als een verzekerde in de tweede helft van jaar t in het ziekenhuis wordt opgenomen wordt ook in de tweede helft van jaar t een DBC wordt geopend. Die DBC wordt uiterlijk na een jaar gesloten. De DBC kan dus pas in de tweede helft van jaar t+1 bij de zorgverzekeraar van de betrokken verzekerde worden gedeclareerd. In het geval van de door de heer Klein Breteler gewenste kortere termijn zou dit betekenen dat die DBC niet meer bij het verplicht eigen risico voor het jaar t kan worden betrokken. Hiermee zou een aanzienlijk deel van de ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg niet langer kunnen meetellen voor het verplicht eigen risico. De opbrengst van het verplicht eigen risico, uitgedrukt in termen van financieringsverschuiving, zou daardoor wezenlijk dalen. Dit zou leiden tot een opwaartse druk op de nominale premies. Los daarvan zou er in dergelijke situaties helemaal geen sprake meer zijn van enige remwerking.

Verschillend financieel effect voor verzekerden

Tevens zou zo'n kortere termijn voor het eigen risico van verzekerden die in hetzelfde jaar ziekenhuiszorg of medisch-specialistische zorg hebben ontvangen, verschillend kunnen uitpakken. Indien de DBC in het begin van het jaar is geopend, zou die DBC wel meetellen voor het eigen risico over

dat jaar. Bij een DBC die in de tweede helft van dat jaar is geopend, is dat niet het geval.

Een dergelijke ongelijke uitkomst voor het eigen risico, terwijl het zorg betreft die in hetzelfde jaar is verleend, acht ik ongewenst.

Conclusie

Het voorgaande afwegende kom ik tot de conclusie dat er aan een kortere termijn dan nu geregeld, te veel nadelen vastzitten. Daarom is het niet wenselijk om in artikel 2.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering een eerdere datum te bepalen dan 31 december.

Ik vertrouw erop dat ik uw Kamer hiermee voldoende heb geïnformeerd.

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