

Vergaderjaar 2011–2012

33 288

Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013

Nr. 5

VERSLAG

Vastgesteld 11 juni 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inhoudsopgave

	Blz.
ALGEMEEN	2
Inleiding	2
Begrotingsakkoord 2013	4
Verzachting eigen bijdrage GGZ	4
Verhoging verplicht eigen risico en wijziging van de compensatie eigen risico	8
Inkomens effecten	11
Financiële gevolgen	11

ALGEMEEN

Inleiding

De leden van de **VVD**-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de AWBZ ter uitvoering van het Begrotingsakkoord. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben met bezorgdheid kennis genomen van de voorgestelde wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013.

Zij hebben sterke bedenkingen bij het tempo waarmee, en de wijze waarop deze wet nu doorgevoerd wordt. Deze leden zien de noodzaak van een economisch stabiel Nederland, en er moeten keuzes gemaakt worden om dit in tijden van crisis te bereiken. Zij kiezen er echter voor om dit op een andere manier te doen, dan door middel van de maatregelen die nu voorliggen. Bovendien vragen zij in hoeverre het nemen van de maatregelen in dit tempo bijdraagt aan een eenduidig beleid in de zorgsector, met duidelijke gevolgen voor patiënten en burgers. Zij vragen of de wet- en regelgeving houdbaar is na de verkiezingen in september 2012, en of dit dan bijdraagt aan duidelijkheid en zekerheid voor de burgers en vaak kwetsbare cliënten en patiënten in de zorg. De leden van de fractie van de PvdA zouden dan ook graag van de regering willen weten hoe zij aankijkt tegen de houdbaarheid van deze maatregelen en de gevolgen voor de duidelijkheid voor burgers en patiënten.

De leden van de fractie van de PvdA voorzien dat het nu nemen van deze maatregelen zal leiden tot meer lasten en onzekerheid onder patiënten en burgers, specifiek onder een groep burgers die steeds meer te maken krijgen met een optelsom van verzwaring van lasten, waardoor zij vaker zorg zullen mijden, en uiteindelijk de zorg te maken zal krijgen met hogere kosten en een toename van zwaardere gevallen, zeker in de GGZ. Deze leden zouden ervoor gekozen hebben om de verplichte eigen bijdrage inkomensafhankelijk te maken, om zo de kosten in de zorg eerlijk te verdelen. Deze leden willen graag weten wat het voordeel is van het ophogen van het eigen risico voor iedere burgers, in plaats van het eerlijk verdelen van de lasten over de verschillende schouders. Waarom is er gekozen voor het verhogen van het verplichte eigen risico van alle burgers?

De leden van de **PVV**-fractie hebben met ontzetting kennisgenomen van het wetsvoorstel en betreuren de haast en de korte termijn waarop nu ingrijpende maatregelen worden getroffen. Deze leden begrijpen niet waarom dit demissionaire kabinet zich geroepen voelt om een extra heffing op ziek zijn in te voeren door het verhogen van het eigen risico. Zij

begrijpen evenmin de voorgestelde tegemoetkoming voor bepaalde groepen, en helemaal verbaast zijn zij over het verzachten van de eigen bijdrage voor behandelingen in de GGZ. De leden van de PVV-fractie hebben daarom aanvullende vragen waarop zij graag een uitgebreide toelichting ontvangen.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel. Om de financieel-economische crisis de baas te worden is een solide begroting voor 2013 essentieel. Dat zou in gevaar komen door de demissionaire status van het kabinet. In verband hiermee is in het Begrotingsakkoord 2013 afgesproken de noodzakelijke hervormingen en consolidatiemaatregelen te treffen. Het wetsvoorstel regelt enkele van de afspraken die op het terrein van de zorg zijn gemaakt. Onontkoombaar voor solide overheidsfinanciën. De leden van de CDA-fractie steunen daarom het wetsvoorstel, maar hebben nog aantal vragen. Genoemde leden zijn overigens verheugd te lezen dat de regering de aanbevelingen van de Raad van State heeft opgevolgd. Ook wanneer snelheid is geboden hoort de zorgvuldigheid voorop te staan. Zij delen de opvatting van de regering dat verzekerden en zorgverzekeraars snel moeten weten waar ze aan toe zijn. Immers, er moet voldoende tijd zijn voor de verzekeraars om tijdig een goed aanbod te doen in het najaar.

De leden van de **SP**-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van het voorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het begrotingsakkoord. Deze leden constateren dat met de verhoging van het eigen risico de zorgkosten in toenemende mate worden afgewenteld op mensen die veel zorg nodig hebben, zoals ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Deze ontwikkeling staat haaks op het beginsel van solidariteit en ondermijnt de basis van de ziektekostenverzekering. Tevens stellen deze leden vast dat de eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ niet ongedaan wordt gemaakt.

De leden van de **D66**-fractie hebben met bijzondere belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel dat beoogt de zorgmaatregelen uit het begrotingsakkoord voor 2013 mogelijk te maken. Met het begrotingsakkoord zijn drie belangrijke doelen bereikt. Door het nemen van financiële verantwoordelijkheid wordt koers gezet richting gezonde overheidsfinanciën. Een flink aantal botte bezuinigingen van het kabinet Rutte wordt teruggedraaid. Nederland toont aan dat het weer een betrouwbare partner in Europa is. De leden van de D66-fractie danken de regering voor de getoonde voortvarendheid bij het toesturen van het voorliggende wetsvoorstel. Deze leden achten het van groot belang dat op tijd zekerheid wordt verschaft aan verzekerden, zorgverzekeraars en betrokken instanties over de voorgenomen maatregelen voor 2013. Door deze snelle wijze van werken ontstaat voor het zomerreces zoveel mogelijk duidelijkheid.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben kennisgenomen van de wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013. Deze leden begrijpen het spoedeisend karakter van de wetswijziging. Tegelijkertijd menen zij, door de demissionaire status van het kabinet, dat het van belang is dat de maatregelen geen grotere impact hebben dan nodig. Zij hebben daarom een aantal vragen.

De leden van de **SGP**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel, waarmee onder meer wordt geregeld dat verzekerden beneden een bepaalde draagkrachtgrens de betaalde eigen bijdragen voor behandeling in de tweedelijns GGZ terugontvangen. Zij

zijn blij dat hiermee volledig uitvoering is gegeven aan de motie-Van der Staaij/Bruins Slot, waarin werd verzocht het risico op zorgmijding in te perken door de meest kwetsbare doelgroepen te ontzien, hetzij via een verlaging van de eigen bijdrage, hetzij via een gerichte uitzondering van de meest kwetsbare doelgroepen.

Begrotingsakkoord 2013

De leden van de **PVV**-fractie hebben geen begrip voor het Begrotingsakkoord 2013, en zullen er geen handtekening onder zetten. Er wordt gesproken over hervormingsmaatregelen en efficiëntere zorgverlening. Kan de regering deze leden uitleggen waarom het verhogen van het eigen risico een hervormingsmaatregel dan wel een maatregel is voor efficiëntere zorgverlening?

De effecten van de maatregelen zijn evenwichtig verdeeld volgens de regering maar verhoging van het eigen risico treft toch alleen de burgers die ziek zijn? Kan de regering uitleggen waarom zij dit dan toch een evenwichtige verdeling vindt?

Verzachting eigen bijdrage GGZ

Ten aanzien van de verzachting van de eigen bijdrage GGZ vragen de leden van de **VVD**-fractie in hoeverre de regering heeft getracht deze verzachting toe te spitsen op specifieke kwetsbare groepen in de GGZ. Met het voorliggende voorstel worden mensen met een laag inkomen ontzien, terwijl het inkomen alleen geen indicator is van de kwetsbaarheid van mensen in de GGZ. Denk aan mensen die niet per definitie een laag inkomen hebben, maar waarbij het maatschappelijk zeer ongewenst zou zijn als ze vanwege een eigen bijdrage af zouden zien van GGZ zorg, zoals (potentiële) verkrachters of mensen die (mogelijk) huiselijk geweld plegen. Graag ontvangen zij hierop een reactie van de minister.

De leden van de fractie van de **PvdA** waren positief gestemd na het vernemen dat de maatregel van de eigen bijdrage zou worden teruggedraaid. Het is deze leden echter tegen- gevallen hoe het terugdraaien van deze maatregel wordt uitgewerkt. Allereerst vragen zij waarom er niet gekozen is voor een volledige terugdraaiing van de eigen bijdrage in de GGZ. Deze leden zien de eigen bijdrage in de GGZ als een maatregel die zeer veel negatieve effecten heeft. Een grote groep mensen in de GGZ is vanuit hun ziektebeeld zorgmijdend. Een eigen bijdrage voor deze groep patiënten zal er volgens deze leden voor zorgen dat patiënten te lang zorg zullen blijven mijden om vervolgens zwaardere zorg nodig te hebben. Deze leden zouden graag horen hoe de regering tegen deze conclusie aan kijkt. Deze leden zijn positief over het ontlasten van de groep patiënten met de laagste inkomens, maar vragen wel waarop de grens van 110% van het sociaal minimum is gebaseerd. Zij zouden graag willen weten hoeveel patiënten in de GGZ in deze groep vallen, en hoe de koopkracht van mensen die (net) boven de 110% van het sociaal minimum zitten, wordt beïnvloed door deze eigen bijdrage en ervoor zal zorgen dat zij mogelijk alsnog zorg zullen mijden.

De leden van de fractie van de PvdA vragen tevens wat de beweegredenen zijn geweest om het partnerinkomen mee te tellen bij het verrekenen van de tegemoetkoming voor de eigen bijdrage, naast de aansluiting bij vergelijkbare regelingen. In hoeverre telt deze regeling ook voor thuiswonende kinderen? Deze leden vrezen voor grotere afhankelijkheidsposities in gezinnen waar een lid van de familie te kampen heeft met psychiatrische problematiek. Wat zullen de gevolgen zijn voor de meeweging van het inkomen van de partner voor de patiënten in de GGZ? Zij willen voorts weten waarom er niet voor gekozen is de verzachting van de eigen bijdrage ook al per 2012 door te voeren. De patiënten in de GGZ

zijn de afgelopen anderhalf jaar dat deze regering haar beleid heeft gevoerd geconfronteerd met veel onzekerheden en lastenverzwaring, zo constateren deze leden. Veel verzekeraars zijn nog niet begonnen met het innen van de eigen bijdrage, sommigen wel. Patiënten weten nog niet waar ze aan toe zijn, en krijgen te maken met een tegemoetkoming in 2013, maar betalen in 2012 nog wel het volle bedrag. De leden van de fractie van de PvdA willen weten waarom er ook voor 2012 geen tegemoetkoming is geregeld. Aangezien het innen nog niet begonnen is voor veel patiënten, zouden er ook voor 2012 regelingen getroffen kunnen worden, zo stellen deze leden. Op deze wijze zou er zorg gedragen worden voor duidelijkheid van beleid voor de patiënten die te maken krijgen met deze regeling.

Hoe denkt de regering de uitgaven aan GGZ, die in 10 jaar meer dan verdubbeld zijn, nu onder controle te krijgen, zo vragen de leden van de **PVV**-fractie. Inkomens tot 110% van het sociale minimum krijgen een tegemoetkoming in de eigen bijdrage voor de GGZ. De hoogte van de tegemoetkoming is gelijk aan de hoogte van de eigen bijdrage. Waarom? De leden willen weten waarom dit gelijk is? Eigen bijdragen zijn toch bedoeld om een remeffect teweeg te brengen? Als de tegemoetkoming gelijk is aan de eigen bijdrage is het remeffect weg en kan er eindeloos doorbehandeld worden. Kan de regering onderbouwen waarom ze nu afstand nemen van het remeffect van de eigen bijdragen?

Bovendien was de eigen bijdrage in de GGZ bedoeld om substitutie teweeg te brengen van de tweede naar de eerste lijn, omdat 30% van de behandelingen in de tweede lijn eigenlijk in de eerste lijn thuis horen. Door volledig de eigen bijdrage te vergoeden is ook dit effect weg, helemaal als de eigen bijdrage in de eerste lijn blijft bestaan, want dan blijft de prikkel om zorg in de tweede lijn te zoeken bestaan. Hoe denkt de regering nu de noodzakelijke substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bewerkstelligen?

Graag ontvangen de leden van de **PVV**-fractie een schatting van het aantal cliënten in de GGZ die voor deze tegemoetkoming in aanmerking komen. Zij vragen verder wat de uitvoeringskosten zijn van deze verzachtende maatregelen en wat de gevolgen zijn voor de administratieve lasten.

De leden van de **CDA**-fractie zien met genoegen dat het mogelijk is om verzekerden met een laag inkomen tegemoet te komen in de eigen bijdragen voor de tweedelijns GGZ-behandelingen. Zij steunen de voorgestelde regeling. Bij het bepalen van een eventuele tegemoetkoming wordt ook het inkomen van de partner meegenomen. De regels voor het bepalen van het partnerschap worden bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld waarbij kan worden afgeweken van de AWIR. Kan de regering aangeven in welke gevallen afgeweken wordt van de AWIR en waarom?

Daarbij merkt de regering op dat het mogelijk is om het inkomensgegeven over een eerder jaar dan het berekeningsjaar te hanteren. Hoeveel jaren eerder dan het berekeningsjaar mag gebruikt worden? Ligt het niet in de rede om niet te oude inkomensgegevens te gebruiken, omdat dit de kans groter maakt dat de inkomenssituatie gewijzigd is?

Het is mogelijk dat verzekerden zowel deze tegemoetkoming krijgen alsmede compensatie eigen risico. Hoe wordt dat verrekend?

Deze leden willen graag nogmaals de verzekering dat het niet de bedoeling is dat gegevens over de aard van de stoornis aan het CAK overgedragen worden.

De leden van de **SP**-fractie menen dat van een verzachting van de eigen bijdrage tweedelijns GGZ geen sprake is, aangezien niet de hoogte van het bedrag, maar het discriminerende en stigmatiserende karakter van deze bijdrage mensen het meest heeft gekwetst. Het in stand laten van de

eigen bijdrage, waarbij deze voor de laagste inkomens wordt gecompenseerd, gaat hier geheel aan voorbij. De leden van de SP-fractie vragen de regering de noodzaak van de eigen bijdrage uitgebreid toe te lichten. Nu de eigen bijdrage pas geheven blijkt te worden nadat de zorgaanbieder de afgesloten DBC heeft gedeclareerd bij de zorgverzekeraar vervalt het eerder gehanteerde argument dat verzekerden kostenbewustzijn moest worden bijgebracht en een te groot beroep op de tweede lijn moest worden ingedamd. De leden van de SP-fractie constateren dat deze argumenten, die zij überhaupt nooit als valide hebben beschouwd, definitief ongeloofwaardig zijn geworden nu verzekerden een jaar na de behandeling geconfronteerd kunnen worden met een rekening. Zij vragen de regering uitgebreid toe te lichten welke andere argumenten er nog zijn voor de eigen bijdrage, behalve een visieloze bezuinigingsdoelstelling. Ook vragen deze leden de regering toe te lichten waarom is gekozen voor een rekening achteraf, geïnd door het CAK. Heeft dit wellicht te maken met de weigering van zorgaanbieders om de eigen bijdrage in rekening te brengen?

De leden van de SP-fractie vragen de regering uitgebreid toe te lichten op grond waarvan het CAK in staat wordt geacht deze operatie uit te voeren. Nog altijd ontvangen deze leden vele klachten over de werkwijze van deze instantie, vooral met betrekking tot de berekening en inning van eigen bijdragen, en de toekenning van compensatie, zoals op grond van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Op grond waarvan zou het CAK de berekening, inning en compensatie van de eigen bijdrage tweedelijns GGZ wel voldoende kunnen uitvoeren? De leden van de SP-fractie vragen tevens wat de hoogte van het door de minister van VWS aan het CAK toe te kennen budget voor beheerskosten zal zijn.

De leden van de SP-fractie vragen een reactie op de stelling van de patiëntenorganisaties dat mensen zonder zorgkosten die het eigen risico niet volmaken er € 115 meer op vooruit gaan dan mensen met hetzelfde inkomen die hun eigen risico wel volmaken. Genoemde leden vragen tevens waarom is gekozen voor het instrument van de zorgtoeslag, en welke andere opties voor compensatie zijn overwogen. Zij vragen de regering om een overzicht van andere mogelijke compensatieregelingen met daarbij een opsomming van de voor- en nadelen.

De regering stelt dat een verzekerde door de verhoging van het eigen risico gemiddeld € 61 meer kwijt is. De leden van de SP-fractie wijzen erop dat de gemiddelde verzekerde niet bestaat. Zij vragen de regering per leeftijds- en inkomenscategorie, alsmede type huishouden de koopkrachteffecten uiteen te zetten. De regering spreekt de verwachting uit dat de nominale premie als gevolg van het verhogen van het verplichte eigen risico € 61 zal dalen. Deze leden vragen de regering hoe zij kan garanderen dat dit ook daadwerkelijk het gevolg zal zijn.

De leden van de SP-fractie vragen de regering de inkomensgrenzen te noemen voor het verhogen van de maximale zorgtoeslag met € 115. Tevens vragen zij de regering toe te lichten of er boven dit bedrag sprake is van een abrupte overgang of een glijdende schaal.

De leden van de SP-fractie vragen een reactie op de stelling van de patiëntenorganisaties dat mensen zonder zorgkosten die het eigen risico niet volmaken er € 115 meer op vooruit gaan dan mensen met hetzelfde inkomen die hun eigen risico wel volmaken. Genoemde leden vragen tevens waarom is gekozen voor het instrument van de zorgkosten, en welke andere opties voor compensatie zijn overwogen. Zij vragen de regering om een overzicht van andere mogelijke compensatieregelingen met daarbij een opsomming van de voor- en nadelen.

De leden van de SP-fractie vragen de regering toe te lichten waarom er wordt gekozen voor het belasten van de zieken, terwijl de zorgverzekeraars bijna € 2 miljard aan niet voor solvabiliteitseisen noodzakelijke reserves hebben opgepot. De regering kan zich niet verweren met het

argument dat het afromen van reserves, in tegenstelling tot het verhogen van het eigen risico, geen structurele maatregel is. De regering stelt immers zelf dat er overhaast een dekking voor de begroting van het volgende jaar benodigd is. De verschillende partijen die het begrotingsakkoord hebben gesloten, nemen in de aanloop naar de verkiezingen alweer afstand van onderdelen van het akkoord, waardoor de houdbaarheidsdatum uiterlijk 12 september 2012 is. Van structurele maatregelen is derhalve geen sprake in het begrotingsakkoord.

De leden van de **D66**-fractie constateren dat met het voorliggende wetsvoorstel de eigen bijdrage GGZ wordt verzacht. Zij vinden het van groot belang dat deze bezuiniging van het kabinet Rutte wordt teruggedraaid, omdat daarmee de toegankelijkheid van zorg voor een grote groep kwetsbare patiënten wordt hersteld. Door de meest kwetsbare doelgroepen te ontzien, wordt het risico op zorgmijding drastisch beperkt. Deze leden vernemen graag op welke wijze deze beleidswijziging naar patiënten wordt gecommuniceerd? Bij het instellen van de eigen bijdrage GGZ is op verzoek van de Tweede Kamer een monitor ingesteld om het effect van deze maatregel in kaart te brengen. De leden van de D66-fractie vernemen graag of deze monitor in 2013 wordt gecontinueerd, zodat ook de effecten van het nieuwe beleid geëvalueerd worden? Zij hechten er ook aan dat de stijgende zorguitgaven in de GGZ worden beperkt. Zij steunen daarom het voorstel om naast het verzachten van de eigen bijdrage GGZ ook te voorzien in een bestuurlijk akkoord met de veldpartijen in de curatieve GGZ. Een meer doelmatige inzet van zorg moet daarbij leiden tot aanzienlijke kostenbesparingen. De leden van de D66-fractie vernemen daarom graag hoe en wanneer de regering over zowel het verzachten van de eigen bijdrage GGZ als het bestuurlijk akkoord met de GGZ-sector in gesprek zal treden.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** vragen hoeveel rechthebbenden er zijn voor een tegemoetkoming voor behandeling in de tweedelijns GGZ. Op welke wijze zullen deze rechthebbenden de tegemoetkoming ontvangen? Dient het bedrag eerst voorgeschoten te worden door een cliënt of is dit niet nodig? Indien het bedrag eerst voorgeschoten dient te worden, op welke wijze zal de eigen bijdrage worden geïnd? Begrijpen deze leden het goed dat er gekeken wordt naar de inkomensgegevens van 2012 voor het berekenen van de tegemoetkoming?

Deze leden begrijpen dat het CAK op grond van het nieuw ingevoegde artikel 11a bevoegd wordt om inkomensgegevens uit de basisregistratie inkomen te gebruiken voor de toekenning van de tegemoetkoming in de eigen bijdrage GGZ. Geldt deze bevoegdheid alleen bij de toekenning van de tegemoetkoming in de eigen bijdrage GGZ of ook bij andere taken van het CAK? Krijgt het CAK ook beschikking over de rekeningnummers van de rechthebbenden? Hoe krijgt het CAK de beschikking over deze rekeningnummers? Deze leden menen dat het belangrijk is om hier een duidelijke afspraak over te maken. Zij verwachten dat een deel van de rechthebbenden op een tegemoetkoming geen aangifte bij de belasting doet waardoor het lastig wordt om deze rekeningnummers te achterhalen. Deze leden wensen op dit punt een reactie.

Indien dit het geval is, zijn er andere mogelijkheden voor het CAK om de juiste gegevens te verwerken?

Het CAK zal een budget toegekend krijgen voor de beheerkosten ten behoeve van de uitvoering van de regeling. Wat is de hoogte van dit budget?

Op welke wijze zal er gecommuniceerd worden over deze maatregel naar betrokkenen?

Over de uitwerking van de genoemde maatregel hebben de leden van de **SGP**-fractie nog wel een aantal vragen. Waarom worden de exacte inkomensgrenzen waarboven geen recht bestaat op de tegemoetkoming bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld, evenals het daarbij te hanteren jaar? Wordt bij de uitvoering van deze regeling uitgegaan van de inkomensgegevens van het tweede jaar voorafgaande aan het berekeningsjaar? Zo ja, erkent de regering dat het inkomen van mensen die gebruik maken van GGZ sterk kan verschillen door de jaren heen, zodat mensen die op basis van hun huidige inkomenspositie wel recht zouden hebben op compensatie daar niet voor in aanmerking komen? Is het ook mogelijk een recenter toetsingsjaar te hanteren?

Verhoging verplicht eigen risico en wijziging van de compensatie eigen risico

De beleidsmatige verhoging van het verplicht eigen risico met € 115 wordt bij de lagere inkomens volledig gecompenseerd via een verhoging van de maximale zorgtoeslag met € 115 voor een eenpersoonshuishouden, en € 230 voor meerpersoonshuishoudens. De leden van de **VVD**-fractie stellen hierover de volgende vraag. Klopt het beeld dat deze verhoging van de zorgtoeslag geen enkele relatie kent met de daadwerkelijk gemaakte zorgkosten, dan wel het daadwerkelijk betaalde eigen risico, waardoor de mensen met een laag inkomen die geen zorgkosten maken of het verplicht eigen risico via een aanvullende verzekering hebben herverzekerd, een compensatie krijgen voor kosten die zij niet eens maken?

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met teleurstelling en verbazing kennis genomen dat er gekozen is voor het verhogen van het eigen risico voor alle burgers en dat er niet gekozen is voor een inkomensafhankelijke variant. Door het verhogen van het verplicht eigen risico voor iedereen in Nederland moeten deze leden helaas constateren dat de zwaarste lasten niet door de sterkste schouders gedragen worden in de zorg. De verhoging van het eigen risico voor alle burgers leidt ertoe dat de burgers met de kleinste portemonnee een grotere lastenverzwaring zullen voelen dan zij met een grotere portemonnee. Deze leden zouden hebben gekozen voor een volledig inkomensafhankelijke eigen risico, en daarnaast een inkomensafhankelijke zorgpremie, waardoor de lasten evenredig gedragen worden. Deze leden vragen de regering dan ook waarom daarvoor niet gekozen is. Op deze wijze worden de kosten voor de gezondheidszorg beter gedekt, maar ook eerlijker verdeeld. Bovendien zullen inkomens-afhankelijke premies en een inkomensafhankelijk eigen risico bijdragen aan minder administratieve druk en bureaucratische regels.

De regering is voornemens de lagere inkomens te compenseren via de zorgtoeslag. In het systeem van inkomensafhankelijkheid is zorgtoeslag overbodig, zo stellen de leden van de fractie van de PvdA. Zij vragen ook bij deze tegemoetkoming waarop de grens van een inkomen van maximaal 110% van het sociaal minimum om recht te hebben op een tegemoetkoming gebaseerd is. Is deze grens dekkend om financiële problemen bij burgers en gezinnen te voorkomen? Kunnen de koopkrachtgevolgen voor de verschillende inkomensgroepen worden aangegeven? De leden van de fractie van de PvdA lezen in de Memorie van Toelichting dat een verzekerde naar verwachting € 61 meer kwijt zal zijn aan het verplichte eigen risico. Waarop is deze berekening gebaseerd? Zij vragen tevens hoe het gemiddelde zich onder de verzekerden verdeelt. Een zwakkere sociaal-economische positie gaat vaak gepaard met meer fysieke en psychische klachten. Hoe verdeelt de berekening zich onder verschillende inkomens?

Deze leden lezen tevens dat de regering verwacht dat door de verhoging van het eigen risico de nominale premie zal dalen met € 61, het gemiddelde bedrag dat de regering verwacht voor stijging in kosten bij verzekerden. Waar is deze verwachting op gebaseerd?

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat er een toename van de niet-belastingontvangsten van € 800 miljoen verwacht wordt. Met welk bedrag zullen de uitgaven voor de zorgtoeslag stijgen? Deze leden vragen hoe die stijging van de zorgtoeslag zich verhoudt tot het een toename van de niet-belastingontvangsten.

Voorts vragen zij waarom de regering er telkens opnieuw voor kiest te besparen door extra lasten naar de burgers af te schuiven. Recent kwam opnieuw in het nieuws dat er sprake is van veel verspilling en ondoelmatigheid in de zorg. Waarom volstaat deze regering ermee om de minister van VWS te laten aankondigen dat deze verspilling groots aangepakt moet worden? Waarom wordt niet nu al gekozen voor een organisatie van de zorg waarin doelmatiger en meer kostenefficiënt wordt gewerkt? Kan een overzicht gegeven worden van alle maatregelen die deze regering tot nu toe heeft genomen, waarmee extra financiële lasten naar de verzekerden zijn verschoven? Kan daarbij aangegeven worden welke groepen verzekerden daarbij met name worden getroffen en in welke mate? Kan gesteld worden dat juist mensen die veel zorg nodig hebben, zoals chronisch zieken en ouderen, door het beleid van deze regering extra worden getroffen? Welke alternatieven, waarbij deze groepen meer zouden worden ontzien, zouden mogelijk zijn (geweest) voor dit beleid? De leden van de PvdA moeten concluderen dat de voorgenomen maatregelen geen positieve bijdrage zullen hebben op de positie van de burger en de zorgconsument. Ook twijfelen deze leden aan de positieve financiële effecten van de maatregelen voor de begroting. Door de zorgpremies en het eigen risico in Nederland inkomensafhankelijk te maken, maken deze leden een keuze die eerlijker, socialer en financieel beter zal uitpakken in de toekomst.

Verhoging van het eigen risico is geen besparing op zorgkosten het is slechts een verschuiving van een deel van de collectieve lasten naar de patiënt. De leden van de **PVV**-fractie vragen hoe het bedrag van € 115 tot stand is gekomen. Kan een onderbouwing worden gegeven?

Waarop is de verwachte daling met € 61 van de nominale premie gebaseerd; deze daling toonde zich toch ook niet aan bij de vorige verhoging van het eigen risico? Op welke wijze gaat de regering deze daling van de nominale premie bewerkstelligen?

De verhoging van het eigen risico zal een aanzienlijke verhoging van het aantal zorgmijders opleveren. In 2007 was al eens berekend dat zorgmijden tussen de € 275 en 772 miljoen per jaar kost. Wat verwacht de regering dat zorgmijden de samenleving nu zal gaan kosten? Hoe verhouden deze kosten zich tot de opbrengsten van deze verhoging?

Heeft de regering er rekening mee gehouden dat het aantal wanbetalers drastisch zal toenemen? Kunnen deze leden de laatste cijfers over wanbetalers krijgen en de uitvoeringskosten van de wanbetalersregeling?

De compensatie van het eigen risico is bedoeld voor mensen met hoge zorgkosten, die krijgen een deel van hun eigen risico terug. Waarom is er nu de keuze gemaakt om niet de Compensatie Eigen Risico (CER) te verhogen maar de zorgtoeslag? Waarom bestaat de compensatie uit de volle € 115 in plaats van een deel daarvan? Wat is nu eigenlijk het doel van het eigen risico volgens de regering, en wat is het doel van de CER?

De leden van de PVV-fractie vragen ook waarom iemand gecompenseerd moet worden met € 115 vanwege de stijging van het eigen risico, terwijl er misschien helemaal geen gebruik gemaakt wordt van zorg? Dit leidt er dus toe dat mensen zonder zorgkosten die het eigen risico niet volmaken er € 115 meer op vooruit gaan dan mensen met hetzelfde inkomen die wel hun eigen risico volmaken. Kan de regering uitleggen hoe ze deze

ongelijkheid gaat verhelpen? Kunnen deze leden verder een overzicht krijgen van het aantal mensen dat het eigen risico opmaakt, en hoeveel mensen geen eigen risico opmaken?

Hoe staat het met het eerder aangekondigde onderzoek naar vereenvoudiging van de eigen betalingen en compenserende maatregelen, zoals zorgtoeslag, CER en de Wtgc? Wanneer zijn de resultaten van dit onderzoek klaar? Streeft de regering nog naar vereenvoudiging? Zo ja, hoe valt dit te rijmen met de nodeloos ingewikkelde maatregel om nu het hogere eigen risico te gaan compenseren via de zorgtoeslag? Deze leden vragen verder wat de uitvoeringskosten zijn van deze maatregelen, en wat de gevolgen zijn voor de administratieve lasten.

De leden van de **CDA**-fractie onderkennen de noodzaak om het eigen risico te verhogen. De Memorie van Toelichting stelt dat de nominale premie naar verwachting zal dalen met € 61. Waarop is deze verwachting gebaseerd?

De lagere inkomens worden voor de verhoging van het eigen risico met € 115 volledig gecompenseerd. Wanneer is er sprake van een «lager» inkomen? Deze leden gaan ervan uit dat de bestaande compensatie van het eigen risico volgens de gebruikelijke systematiek voor andere verzekerden gewoon blijft bestaan. Zij vinden het terecht dat voorkomen moet worden dat er dubbele compensatie wordt uitgekeerd. Hoe wordt dat voorkomen? De uitvoering ligt in handen van het CAK. Is het CAK in staat om op deze wijze maatwerk te bieden? Wat betekent deze maatregel voor de administratieve lasten?

De leden van de **D66**-fractie hebben kennisgenomen van de verhoging van het eigen risico met € 115 van € 235 tot 350. Deze leden constateren dat de lagere inkomens daarbij volledig worden gecompenseerd via de zorgtoeslag. Deze leden realiseren zich dat deze maatregel nodig is om het begrotingstekort op korte termijn fors terug te brengen. Zij achten het daarbij belangrijk te vermelden dat de verhoging van het eigen risico kan leiden tot een groter bewustzijn van patiënten over de kosten van zorg. Zij achten dit belangrijk, omdat de stijgende zorgkosten het zinnig en zuinig gebruik van zorgmiddelen noodzakelijk maakt. De leden van de D66-fractie vragen daarom een toelichting op de mate waarin het verhogen van het eigen risico effect zal hebben op het gebruik van de gezondheidszorg. Welke andere maatregelen hanteert de regering om het kostenbewustzijn onder patiënten te vergroten? Tot slot willen deze leden graag weten hoe en wanneer burgers zullen worden geïnformeerd over de voorgenomen verhoging van het eigen risico.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** vragen of het mogelijk is de tegemoetkoming voor het eigen risico voor de lagere inkomens alleen te compenseren wanneer een rechthebbende het eigen risico ook gebruikt. Deze leden merken op dat, wanneer iemand helemaal geen gebruik maakt van zorg, volgend jaar aanzienlijk meer gecompenseerd zal worden, ondanks dat de polis voor de nominale basispremie naar verwachting zal dalen. Deze leden vragen op dit punt een reactie.

Waarop is gebaseerd dat de nominale premie volgend jaar met € 61 zal afnemen? Houdt men hierbij ook rekening met gegeven dat zorgverzekeraars risico lopen op het te innen eigen risico? Is het de verwachting dat zorgverzekeraars dit risico zullen doorberekenen naar hun polishouders? Deze leden vragen nadere uitleg over de verwachting dat door de verhoging met € 115 van het eigen risico een verzekerde gemiddeld € 61 meer kwijt zal zijn aan het verplichte eigen risico. Waarop is deze berekening gebaseerd?

Deze leden begrijpen uit de Memorie van Toelichting dat de compensatie eigen risico met € 54 euro zal stijgen. De CER is bedoeld voor mensen met een handicap of een chronische ziekte. Welke berekening ligt ten

grondslag aan de verhoging van € 54? Zal voor de CER 2013 een indexatie gelden? Op welke wijze wordt de doelgroep geïnformeerd over de voorgenomen maatregelen?

De leden van de **SGP**-fractie vestigen de aandacht erop dat mensen zonder zorgkosten die het eigen risico niet volmaken er € 115 meer op vooruit gaan dan mensen met hetzelfde inkomen die wel hun eigen risico volmaken. Waarom is er niet voor gekozen om te compenseren voor de gemiddelde stijging van de kosten, namelijk € 61, gecombineerd met een minder grote stijging van het eigen risico dankzij de opbrengsten die het verschil van € 115 en € 61 met zich mee zou brengen? Met hoeveel euro zou het eigen risico verlaagd kunnen worden als inderdaad gekozen wordt voor een compensatie van € 61?

Inkomenseffecten

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** vragen of er ook zal gestimuleerd zal worden dat het van groot belang is om geld apart te leggen, te sparen, voor eventuele zorgkosten.

Financiële gevolgen

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** vragen of bekend is hoe groot de stijging is van het aantal wanbetalers bij zorgverzekeraars. Zullen de genomen maatregelen in het kader van het Begrotingsakkoord effect hebben op het aantal wanbetalers? Indien dit het geval is vragen deze leden graag toelichting op de maatregelen die genomen worden om het aantal wanbetalers te weren.