

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de wijzigingen in het Besluit Zorgverzekering. Ze hebben nog een aantal opmerkingen en vragen.

Onderdeel A

Zij kunnen instemmen met het afschaffen van een eigen bijdrage per zitting voor psychotherapie, omdat zij met de regering van mening zijn dat dit systeem niet goed past binnen de DBC-systematiek. De regering wil de wegvallende opbrengst compenseren door een tariefmaatregel, specifiek gericht op de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Genoemde leden delen deze opvatting. Zij menen dat compensatie van wegvallende opbrengsten zo moeten worden gekozen dat er zoveel mogelijk sprake is van substitutie naar de eerste lijn.

Antwoord

Ik zie nog op welke wijze de tariefsmaatregel voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg specifiek wordt ingevuld. De substitutie effecten van de tweede naar de eerste lijn worden bij deze besluitvorming betrokken. Bij de aanbidding van de Rijksbegroting 2009 informeer ik u over de precieze invulling van deze tariefsmaatregel.

Onderdeel B

Artikel 20 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid diensten aan te bieden waarvan de verzekeraar kan bepalen dat de kosten buiten het eigen risico vallen. Het risico van wegvallende opbrengsten ligt dan bij de verzekeraar. In de wet staan geen beperkingen, en de regering heeft conform deze formulering ook geen beperkingen neergelegd in het voorgestelde Besluit. De leden van de CDA-fractie stemmen in met deze wijziging, maar zijn met de regering van mening dat nauwkeurig geëvalueerd moet worden hoe dit sturingsinstrument wordt ingezet. De regering schrijft dat, wanneer na evaluatie (wanneer vindt deze overigens precies plaats?) blijkt dat niet de verzekeraars "dit instrument niet op de beoogde manier inzetten", het instrument zal komen te vervallen. Aan welke criteria moet "de beoogde manier" voldoen?

Antwoord

De evaluatie betreft de toepassing van het sturingsinstrument door de zorgverzekeraars in 2009 en 2010. Dit betekent dat de uitkomsten van de evaluatie van het sturingsinstrument in 2011 bekend zullen worden.

Met het sturingsinstrument wordt beoogd verzekerden te stimuleren om zich te wenden tot zorgaanbieders waarmee hun zorgverzekeraars doelmatige zorgarrangementen hebben afgesproken doordat de verzekeraar kan bepalen dat de kosten van die doelmatige zorgarrangementen buiten het verplicht eigen risico blijven. Ook indien de verzekerde een door de verzekeraar aangewezen preventieprogramma of een gezondheidsbevorderend programma volgt kan de verzekeraar bepalen dat de kosten van zorg die samenhangt met de aandoening waarop dat programma zich richt, buiten het verplicht eigen risico blijven en hiermee de verzekerde prikkelen dergelijke programma's te volgen. De zorgverzekeraars zullen het sturingsinstrument dan ook in lijn met deze bedoeling moeten inzetten.

De leden van de CDA-fractie lazen met genoegen dat de NPCF en de Consumentenbond positief staan tegenover dit voornemen. Wel vragen genoemde leden de regering precies aan te geven waaraan de informatie aan de verzekerde moet voldoen. Het moet heel duidelijk zijn wat de voorwaarden zijn waaronder het verplicht eigen risico komt te vervallen. Wat zijn de rechten en plichten van de verzekerden wanneer ze ingaan op dit aanbod van de zorgverzekeraar.

Antwoord

De zorgverzekeraar zal in zijn polisaanbod 2009 duidelijk moeten aangeven in welke gevallen het sturingsinstrument wordt ingezet en daarmee kosten van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven. Deze informatie van de verzekeraar betreft welke zorgvormen, bij welke zorgaanbieders en welk deel van de zorgkosten buiten het verplicht eigen risico blijven. Ook dienen de voorwaarden die hierbij gelden duidelijk te worden aangegeven. Indien verzekerden een verzekeringsovereenkomst sluiten waarbij sprake is van toepassing van het sturingsinstrument, is de verzekerde gebonden aan de voorwaarden die daaromtrent in zijn verzekeringsovereenkomst zijn opgenomen. Dat geldt overigens evenzeer voor andere onderdelen van de verzekeringsovereenkomst.

Hoe kan de regering voorkomen dat er een relatie wordt gelegd tussen de aangeboden vorm en de aanvullende verzekering? Blijft er ook de vrijheid voor de verzekerde niet in te gaan op dit aanbod, maar gebruik te maken van een polis die alle zorgvormen met behoud van verplicht eigen risico biedt?

Antwoord

Het kabinet hecht veel belang aan het bevorderen van preventie. Daarom heeft het besloten dat zorgverzekeraars de kosten van zorg die in het Zvw-pakket is opgenomen ook buiten het verplicht eigen risico kunnen houden indien de verzekerde een preventie- of gezondheidsbevorderend programma volgt dat niet uit de Zvw gefinancierd wordt. Op die manier kan het sturingsinstrument op het terrein van preventie en gezondheidsbevordering een groter effect hebben.

Er wordt in het voorgehangen ontwerp-besluit een relatie gelegd tussen het buiten het verplicht eigen risico houden van zorgkosten en het volgen van een door de verzekeraar aangewezen preventie- of gezondheidsbevorderend programma, ongeacht de financiering van een dergelijk programma. Het ontwerp-besluit legt geen relatie met de aanvullende verzekering.

De verzekerde houdt de vrijheid om niet in te gaan op een polisaanbod waarin invulling is gegeven aan het sturingsinstrument. Indien zijn eigen zorgverzekeraar geen polis aanbiedt zonder toepassing van het sturingsinstrument, zal de verzekerde moeten overstappen naar een andere verzekeraar die wel een polis zonder toepassing van het sturingsinstrument aanbiedt.

Waarop gaat de NZa precies toetsen? Worden bij dit toezicht en bij de evaluatie ook de ervaringen van bijv. de NPCF en de Consumentenbond betrokken?

Antwoord

De NZa heeft mede op mijn verzoek in 2008 een monitor eigen risico opgezet. Deze moet tot een integrale rapportage in 2009 leiden. In de monitor komen verschillende aspecten aan de orde. Het gaat daarbij onder andere om een juiste vormgeving in de modelovereenkomsten, een juiste en goede informatievoorziening aan verzekerden, en de mate en manier waarop zorgverzekeraars het eigen risico inzetten voor keuzeondersteuning (uitgaande van een algemene maatregel van bestuur die dit per 2009 mogelijk maakt). De NZa volgt eveneens de compensatieregeling voor het verplichte eigen risico goed wordt uitgevoerd. In eerste instantie, in de eerste helft van 2008, gaat de NZa na of de goede uitvoering organisatorisch geborgd is. In een later stadium zal worden toegezien op de feitelijke uitvoering. Ook besteedt de NZa aandacht aan de administratieve lasten van het systeem. In 2008 beoordeelt de NZa tevens welke aanpak voor de meting van de effecten op het zorggebruik geschikt is.

De NZa let in het kader van het toezicht op transparantie scherp op het aanbieden van informatie door zorgverzekeraars over het verplichte eigen risico. Dit mede gezien de mogelijkheid dat zorgverzekeraars in 2009 selectiever gaan inkopen en de vergoedingen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg aanpassen. Het gaat er daarbij om dat verzekeraars niet alleen op onderdelen transparant zijn maar de informatie ook in samenhang presenteren.

De NZa overlegt op structurele basis op ambtelijk en bestuurlijk niveau met de consumentenorganisaties. Ook is er uitwisseling van binnengekomen signalen uit de uitvoeringspraktijk, waarbij ook de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) aanschuift. Tijdens deze overleggen kunnen alle onderwerpen die de consument in de zorg raken worden besproken en worden zo nodig acties besproken. De overleggen worden ook benut voor input voor monitors. Vanzelfsprekend worden bevindingen en ontwikkelingen met betrekking tot het eigen risico aan de orde gesteld.

Hoe wordt precies het risico van de verzekeraar vastgesteld; m.a.w. hoe wordt de opbrengst van het eigen risico bij de desbetreffende verzekeraar vastgesteld?

Antwoord

Als een zorgverzekeraar bepaalde kosten buiten het verplicht eigen risico laat vallen dan betekent dat voor hem dat hij mogelijk minder opbrengst verplicht eigen risico heeft dan als hij dat niet zou doen. In het kader van de risicoverevening wordt echter uitgegaan van de opbrengst die de zorgverzekeraar zou hebben gehad indien hij bepaalde zorgkosten niet buiten het verplicht eigen risico had laten vallen. Voor de risicoverevening verandert daardoor de "werkelijke" opbrengst van het verplicht eigen risico niet.

Na een jaar kan de verzekeraar zien welke bedrag aan verplicht eigen risico hij heeft kwijtgescholden. Vervolgens is het aan de verzekeraar zelf om te bepalen of het bedrag dat hij aan verplicht eigen risico heeft kwijtgescholden opweegt tegen de opbrengsten. Deze opbrengsten kunnen lagere kosten (bij lagere tarieven), maar ook verwachte kwaliteitswinst zijn. Het is aan de verzekeraar om deze afweging te maken.

Onderdeel C

De regering beschrijft met nogal stevige argumenten waarom het percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico op 100% wordt gesteld. Te weinig gedragseffecten, opbrengsten vallen lager uit waardoor financieringseffecten ontstaan en meer administratieve lastendruk. De leden van de CDA-fractie vragen of er integraal voor alle zorgkosten sprake van een gering gedragseffect is, of dat er voor bepaalde zorgkosten weliswaar een gedragseffect zou optreden, maar ongewenste bijeffecten, bijv. vervanging door duurdere zorg kunnen optreden.

Antwoord

Niet alle zorgkosten kennen dezelfde gedragseffecten. Er zijn zorgvormen waarbij het gedragseffect heel laag is en er zijn zorgvormen waarbij het gedragseffect iets groter is. In zijn algemeenheid geldt echter dat de gedragseffecten niet erg hoog zijn. Daarnaast geldt in zijn algemeenheid dat het verlagen van het percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico leidt tot een lager financieringseffect. Als dat financieringseffect macro even hoog dient te blijven, dan vergt dat een verhoging van het verplicht eigen risico tot een hoger bedrag dan €150. Een dergelijke verhoging heeft ongewenste effecten.

Met name het argument dat een lagere opbrengst wellicht een hoger eigen risico mee zou moeten brengen om binnen het BKZ te blijven, roept vragen op bij de leden van de CDA-fractie. Tot welke negatieve effecten leidt die keuze?

Antwoord

Een verlaging van het percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico leidt tot een lager financieringseffect. Een lager financieringseffect leidt zonder nadere maatregelen tot een hogere premie en een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg. Dit valt te voorkomen als het financieringseffect gelijk blijft, door tegenover de verlaging van het

percentage te besluiten tot een verhoging van het maximum van het verplicht eigen risico tot een bedrag boven de €150.

In de brief wordt als voorbeeld een percentage van 25% genoemd. Om binnen de kaders te blijven (dus geen premiestijging) is een plafond van € 250,- nodig. Dit verhoogde plafond leidt tot eenzelfde opbrengst als bij een verplicht eigen risico van € 150,- met 100% en daarmee worden de extra kosten van de compensatieregeling opgevangen. De premie en het gemiddelde eigen risico van de niet gecompenseerde verzekerde blijven daarmee gelijk en daarmee ook de zorgtoeslag.

Verzekerden zonder compensatie maar met hoge zorgkosten gaan dus €100 meer eigen risico betalen (€250 in plaats van €150), terwijl hun premie en hun zorgtoeslag gelijk blijven. Zij gaan er dus op achteruit. Hier tegenover staat een voordeel bij personen met lage zorgkosten. Voor hen daalt het eigen risico (terwijl ook bij hen premie en zorgtoeslag gelijk blijven).

Onderdeel D

De leden van de CDA-fractie zijn tevreden over de uitbreiding van de Diagnose kostengroepen. In de toelichting bij het Besluit staat dat de relevante Diagnose Kostengroepen (DKG's) zijn aangewezen in de Regeling Zorgverzekering. Kan de regering aangeven om welke groepen het precies gaat? Komt dit nu overeen met de Farmaceutische Kostengroepen?

Antwoord

Het gaat om verzekerden die in 2006 en 2007 in een Diagnose Kostengroep (DKG) zijn ingedeeld. Anders dan bij de Farmaceutische Kostengroepen (FKG's) worden geen DKG's uitgesloten. Net als bij de FKG's het geval is, gaat het om verzekerden die in twee opeenvolgende jaren in een DKG zijn ingedeeld.

Compensatie verplicht eigen risico

De leden van de CDA-fractie zijn met de regering van mening dat er niet van jaar op jaar majeure wijzigingen moeten worden doorgevoerd, maar menen dat er wel sprake kan zijn van voortvarendheid. Wanneer bijv. in 2008 de registratie van hulpmiddelen eenduidig in de schadesystemen van de zorgverzekeraars zal zijn gerealiseerd, vragen deze leden waarom dit pas verwerkt kan worden in de compensatie over 2010. Waarom niet ook al over 2009, temeer omdat de DKG's wel in de compensatie over 2009 kunnen worden meegenomen? Wel zijn genoemde leden tevreden over de uitvoering van de motie Omtzigt om mensen die een half jaar zonder onderbreking in een AWBZ-instelling verblijven, alvast in de compensatie mee te nemen.

De leden van de CDA-fractie zien met belangstelling uit naar het samenhangende standpunt over de toekomst van het systeem van verplicht eigen risico in het voorjaar van 2010. Zij vragen daarin ook te betrekken de evaluatie, genoemd onder onderdeel B van het Besluit; het sturingsinstrument van de zorgverzekeraars. Daarnaast vragen zij de regering in te gaan op de wijze waarop hulpmiddelen en DKG's meegenomen zijn in de compensatie.

Antwoord

Bij de compensatie van het verplichte eigen risico gaat het om verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Hiertoe behoren op grond van het Besluit zorgverzekering voor de compensatie van het verplicht eigen risico voor 2008 de verzekerden die in twee opeenvolgende jaren in een FKG zijn ingedeeld (met uitzondering van de FKG 'Hoog cholesterol'). In 2009 wordt deze groep uitgebreid met de verzekerden die in twee opeenvolgende jaren (2006 en 2007) in een DKG zijn ingedeeld. Om verzekerden die in twee opeenvolgende jaren gebruik maken van een hulpmiddel te kunnen compenseren, zijn zowel gegevens van 2008 als 2009 nodig. Hierdoor kan de registratie van de hulpmiddelen pas worden verwerkt in de compensatie over 2010.

Mede aan de hand van de uitkomsten van de eerste evaluatie, is het kabinet voornemens in het voorjaar van 2010 aan beide Kamers een brief te sturen waarin het een samenhangend standpunt weergeeft over de toekomst van het systeem van het verplicht eigen risico. Hierin

zullen tevens de eerste ervaringen met het sturingsinstrument worden betrokken. Ook zal de wijze waarop hulpmiddelen en DKG's zijn meegenomen in de compensatie hierbij worden betrokken.

Ten aanzien van de uitbetaling van de compensatie door het CAK-BZ dringen de leden van de CDA-fractie aan op de grootst mogelijke zorgvuldigheid. Hoe kan de regering voorkomen dat mensen inderdaad hun compensatie ontvangen, dat mensen niet worden overgeslagen die wel recht hebben op compensatie, en dat evenmin mensen mogelijk een dubbele compensatie ontvangen, waardoor weer teruggevorderd moet worden? De leden Omtzigt en Smilde hebben hierover op 5 maart 2008 schriftelijke vragen gesteld die op 23 mei beantwoord zijn. Deze beantwoording was voor hen aanleiding aanvullende vragen in te zenden op 30 mei jl. De leden van de CDA-fractie vragen de regering laatstgenoemde vragen te beantwoorden in de reactie op voorliggende inbreng.

Antwoord

De wijze waarop uitvoering zal worden gegeven aan de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico, zorgt ervoor dat de verzekerden die voor compensatie in aanmerking komen ook daadwerkelijk worden bereikt. Door gebruik te maken van de bestanden met verzekerden die in 2006 en 2007 in een FKG zijn ingedeeld en van het bestand met verzekerden die op 1 juli 2008 langer dan een half jaar zonder onderbreking in een AWBZ-instelling verblijven, wordt voorkomen dat verzekerden die recht hebben op deze compensatie worden overgeslagen. Door deze bestanden met elkaar te vergelijken wordt bereikt dat verzekerden die zowel in de FKG-bestanden als het AWBZ-bestand voorkomen, niet dubbel worden gecompenseerd. De door de leden van de CDA-fractie bedoelde aanvullende vragen hebben mij niet bereikt.

Recent is uit onderzoek van het CBS gebleken dat er een behoorlijk aantal uitkeringsgerechtigden deel uitmaakt van de wanbetalers van de premie Zvw. De leden van de CDA-fractie betreuren dit, juist omdat gemeenten via collectieve verzekering het risico van wanbetalingen bij gerechtigden op grond van de WWB kunnen minimaliseren. Genoemde leden juichen deze mogelijkheid van herverzekering van het verplicht eigen risico voor uitkeringsgerechtigden toe, maar vragen de regering met klem bij gemeenten erop aan te dringen, gebruik te maken van de collectieve verzekeringen voor hun uitkeringsgerechtigden.

Antwoord

Ik deel de zorg van de leden van de CDA-fractie als het gaat om de toename van het aantal wanbetalers onder de mensen met een bijstanduitkering. Vrijwel alle gemeenten hebben voor hun bijstandgerechtigden en overige minima een collectieve zorgverzekering afgesloten en de meeste gemeenten hebben inmiddels ook het verplichte eigen risico herverzekerd in een collectieve aanvullende verzekering. Gemeenten en verzekeraars werken steeds meer en beter samen als het gaat om het goed verzekeren en het verzekerd houden van deze groep. Dit laat onverlet dat er, zeker landelijk gezien, verbeteringen mogelijk zijn. Om dit te bewerkstelligen werk ik daaraan, samen met SZW, ZN, VNG, Divosa en NVVK.

De leden van de CDA-fractie kunnen zich vinden in de evaluatieaspecten van het verplicht eigen risico. M.n. vragen zij de regering of het ook mogelijk is de substitutie-effecten van tweede- naar eerstelijnszorg te meten.

Antwoord

Uit de evaluaties van de no-claimteruggaveregeling is gebleken dat het niet goed mogelijk is te onderzoeken of een vorm van eigen betaling leidt tot substitutie-effecten van tweede- naar eerstelijnszorg. Het was enkel mogelijk een vergelijking te maken tussen de feitelijke ontwikkeling van het zorggebruik en het zorggebruik dat op basis van trendmatige ontwikkelingen verwacht zou kunnen worden. Een (directe) relatie tussen de no-claimteruggave en de ontwikkeling van het gebruik van ziekenhuiszorg kon daarbij niet worden gelegd. Bij de

evaluatie van het verplicht eigen risico is dit nog moeilijker, omdat de no-claimteruggaveregeling kon worden vergeleken met een situatie zonder eigen betaling terwijl het verplicht eigen risico zal worden vergeleken met een periode waarin de no-claimteruggaveregeling gold.

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister over de voorhangprocedure en de stand van zaken van het verplicht eigen risico. De leden hebben hierover nog enkele vragen.

Sturingsinstrument verzekeraars

In artikel 20 van de Zvw is de mogelijkheid opgenomen dat bij AMvB vormen van zorg kunnen worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die AMvB te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven. In de voorliggende AMvB wordt alleen uitgegaan van het aanwijzen van een preferente zorgaanbieder. De leden van de fractie van de PvdA vragen wat de regering ervan vindt om, naast het kiezen voor een preferente zorgaanbieder, ook de keuze voor preferente geneesmiddelen geheel of gedeeltelijk buiten het eigen risico te laten vallen. Is de regering bereid het sturingsinstrument in de ontwerp-AMvB, artikel 1 onder B, hiermee uit te breiden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord

Ik ben voorstander van dit idee en zal het ontwerp van de algemene maatregel van bestuur met het oog hierop aanpassen.

Compensatie voor het verplicht eigen risico

De minister heeft in reactie op de motie-Van der Veen over de afbakening van de groep mensen met onvermijdbare ziektekosten aangegeven dat alle inzet is gericht op een betere afbakening van de groep mensen met meerjarige onvermijdbare ziektekosten. Kan de regering verduidelijken wat deze inzet inhoudt? Aangegeven wordt dat de genoemde datum van 1 april 2008 niet haalbaar was. De leden van de fractie van de PvdA willen nogmaals het belang van een goede afbakening benadrukken en vragen welke datum wel haalbaar is.

Antwoord

Zoals ik in mijn brief van 23 mei 2008 heb aangegeven, wordt met ingang van 2009 de groep verzekerden die gecompenseerd worden voor het verplicht eigen risico uitgebreid met verzekerden die in 2006 en 2007 in Diagnose Kostengroep (DKG) zijn ingedeeld. Het streven is erop gericht met ingang van 2010 de groep die voor compensatie in aanmerking komt uit te breiden met verzekerden met meerjarig hulpmiddelengebruik. Hiermee heb ik de inzet van het kabinet en de daarbij haalbare data vermeld.

Voorts zal worden gezien of het mogelijk is de afbakeningscriteria die gelden voor de compensatie voor het verplicht eigen risico en die gaan gelden voor de toekomstige tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, zo goed als mogelijk en logisch is op elkaar aan te laten sluiten.

De minister geeft in zijn brief aan dat hulpmiddelen nog niet kunnen worden meegenomen voor de compensatieregeling 2008. De minister heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verzocht er bij de zorgverzekeraars op aan te dringen dat alle verzekeraars in 2008 hun hulpmiddelenregistratie op orde brengen, waardoor het mogelijk wordt gemaakt de hulpmiddelen in de compensatie voor 2010 mee te nemen. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom de compensatie in 2009 nog niet mogelijk is. Is de minister bereid om, indien

het wegens uitvoeringstechnische redenen toch niet mogelijk blijkt om deze gegevens tijdig in kaart te brengen, deze groep chronisch zieken in 2010 in aanmerking te laten komen voor een compensatie met terugwerkende kracht? Zo nee, waarom niet?

Antwoord

Zoals ik ook heb geantwoord aan de leden van de CDA-fractie, zijn zowel gegevens van 2008 als van 2009 nodig om verzekerden die in twee opeenvolgende jaren gebruik maken van een hulpmiddel te kunnen compenseren. Daarom kan de registratie van de hulpmiddelen pas worden verwerkt in de compensatie over 2010. Samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en CAK streef ik er naar dat dit in 2010 daadwerkelijk uitvoeringstechnisch mogelijk is. Ik ben geen voorstander van een compensatie met terugwerkende kracht omdat er daarvoor een eenduidige en uniforme registratie moet zijn van het gebruik van hulpmiddelen over eerdere jaren dan 2008.

Die registratie over eerdere jaren ontbreekt en zal ook niet worden bereikt met de ingezette acties om met ingang van 2008 tot de vereiste registratie te komen.

Als de situatie zich voordoet dat compensatie op basis van de registratie van hulpmiddelen in 2010 uitvoeringstechnisch toch niet mogelijk blijkt, zal ik dit opnieuw bekijken.

Het verplicht eigen risico op langere termijn

De minister geeft in zijn brief aan dat de regering voornemens is in het voorjaar van 2010 een brief te sturen aan de Kamer waarin een standpunt wordt beschreven over de toekomst van het systeem van het verplicht eigen risico. De leden van de fractie van de PvdA willen aangeven dat zij veel belang hechten aan deze evaluatie. Zij vragen de minister of hij bereid is om de diverse belangenorganisaties uit het veld bij de opzet en uitvoering van de evaluatie en de formulering van de toekomstvisie te betrekken.

Antwoord

Ik ben bereid om de diverse belangenorganisatie bij de evaluatie van het verplicht eigen risico en het sturingsinstrument te betrekken. Ook zal in het kader van de voorbereiding van de toekomstvisie met deze organisaties worden overlegd.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

1.

Zijn de negatieve inkomenseffecten van het eigen risico bekend? Is bekend of mensen zorg hebben vermeden door het eigen risico?

Antwoord 1

De gemiddelde verzekerde is niet slechter af met een eigen risico ten opzichte van een situatie zonder eigen risico. De gemiste opbrengsten van het eigen risico zouden dan immers in een hogere premie resulteren (gelijk aan de gemiddelde eigen betaling). Verzekerden die zorgtoeslag ontvangen, worden voor het gemiddelde bedrag aan eigen risico gecompenseerd. Het is evident dat verzekerden die geen kosten maken beter af zijn dan verzekerden die het eigen risico volmaken.

In de analyse van het CPB wordt ingeschat dat in zijn totaliteit voor 60 miljoen minder zorg wordt geconsumeerd.

2.

Kan gegarandeerd worden dat in 2009 het eigen risico op het niveau van € 150 blijft?

Antwoord 2

In 2009 zal conform de wet het verplicht eigen risico geïndexeerd worden en naar verwachting uitkomen op €155. Ik ben thans niet voornemens het verplicht eigen risico verder te verhogen.

3.

Waar bestaat precies de tariefsmaatregel gericht op de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg uit?

Antwoord 3

Ik zie nog op welke wijze de tariefsmaatregel voor tweede lijns ggz wordt ingevuld. De substitutie effecten van de tweede naar de eerste lijn betrek ik bij deze besluitvorming. Bij de aanbidding van de Rijksbegroting 2009 informeer ik u over de precieze invulling van deze tariefsmaatregel.

4.

Hoe gaat de minister er zorg voor dragen dat op zo kort mogelijke termijn wel een degelijke registratie van hulpmiddelen, of van hulpmiddelengebruikers voor handen is?

Antwoord 4

Ik ben in overleg met verzekeraars (ZN en Vektis) om te bezien op welke wijze op zo kort mogelijke termijn tot een degelijke registratie van hulpmiddelen bij verzekeraars kan worden gerealiseerd. In dat overleg is over een actieplan gesproken. De opzet van dit actieplan is op 28 maart 2008 door VWS in een brief naar Zorgverzekeraars Nederland gestuurd met het verzoek aan ZN om het actieplan onder de aandacht van zijn leden te brengen. Belangrijk onderdeel van het actieplan is te komen tot bruikbare uniforme codes. Voor dit onderdeel is het nodig dat verzekeraars aan Vektis doorgeven hoe zij nu in hun schadeadministratie de hulpmiddelen registreren. Op het moment is Vektis bezig om voor verzekeraars die al geneesmiddelengegevens hebben aangeleverd na te gaan in hoeverre de "eigen" coderingen van verzekeraars van elkaar afwijken en in hoeverre daarmee rekeninghoudend het ondanks deze afwijkingen het mogelijk is om vanaf een zeker aggregatieniveau te spreken van een uniforme registratie. Vervolgens zal voor dat aggregatieniveau bekeken moeten worden of dit niveau ook geschikt is om verzekerden adequaat voor het verplichte eigen risico te compenseren.

In de brief van VWS naar ZN staat aangegeven dat het streven is de registratie van de hulpmiddelengegevens bij verzekeraars over 2008 zodanig te uniformeren dat ze gebruikt kunnen worden voor het vaststellen van gewichten van een vereveningscriterium voor hulpmiddelengebruik.

5.

In hoeverre is er vertraging ontstaan bij het CAK rondom de uitbetaling van de compensatie voor het eigen risico door de problemen rondom de eigen bijdrage AWBZ?

Antwoord 5

Op grond van artikel 118a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet dient de compensatie voor het verplicht eigen risico voor het einde van het jaar te worden uitgekeerd. De vaststelling en inning van de eigen bijdragen AWBZ en de uitbetaling van de compensatie vinden plaats met toepassing van verschillende systemen. Dat leidt er toe dat eventuele problemen bij de uitvoering van - in dit geval - de vaststelling en inning van eigen bijdragen in beginsel niet van invloed zijn op de uitvoering van de compensatie voor het eigen risico. De voorbereidingen van het CAK zijn erop gericht dat de compensatie in november wordt uitgekeerd. De problemen die zich eind vorig jaar voordeden rond de vaststelling van de eigen bijdrage AWBZ hebben niet geleid tot vertraging bij de voorbereiding van de uitvoering van deze compensatie.

6.

In hoeverre is onderzocht of door samenloop van eigen bijdrages in de Zorgverzekeringswet en de Wmo en/of AWBZ mensen in financiële problemen kunnen komen? Bent u bereid dit te onderzoeken?

Antwoord 6

Voor de eigen betalingen in de AWBZ en de WMO geldt dat deze opgeteld niet hoger mogen zijn dan een bepaald maximum (anticumulatie). Dit maximum is afhankelijk van het zorggebruik en het inkomen.

Voor de Zorgverzekeringswet is door de Wet op de zorgtoeslag ervoor gezorgd dat verzekerden maximaal een bepaald deel van hun inkomen kwijt zijn aan premie en het verplicht eigen risico. Daarnaast bestaat in de Zorgverzekeringswet de compensatieregeling voor verzekerden met meerjarig, onvermijdbare zorgkosten. Overigens zal ik in de aangekondigde kabinetsvisie ook ingaan op deze samenloop.

7.

Geldt voor hulpmiddelen en andere vormen van zorg nog steeds een eigen bijdrage en voor het resterende bedrag het eigen risico? Bent u bereid te onderzoeken of dit vereenvoudigd kan worden?

Antwoord 7

Met de vervanging van de no-claimteruggave door het verplicht eigen risico zijn de bestaande eigen bijdragen gehandhaafd. Dus de verzekerde is voor bepaalde hulpmiddelen nog altijd een eigen bijdrage verschuldigd waarna het restant betrokken wordt bij het verplicht eigen risico. Ik heb in mijn brief aan de Kamer aangegeven dat ik in de in die brief aangekondigde kabinetsvisie ook zal ingaan op deze cumulatie. Ik ben dus bereid om te onderzoeken hoe in de toekomst met die cumulatie wordt omgegaan.

8.

In hoeverre wordt het mogelijk dat het herverzekeren van het eigen risico zich niet beperkt tot de gemeentelijke collectieve verzekeringen, maar ook door andere verzekeringen aangeboden kan worden? Bent u bereid dit te stimuleren?

Antwoord 8

Herverzekering van het verplicht eigen risico hoeft zich niet te beperken tot de collectieve verzekeringen die gemeenten met verzekeraars hebben afgesloten. Ook in andere, niet collectieve verzekeringen kan een dergelijke herverzekering worden opgenomen. Het is de eigen bevoegdheid van verzekeraars om daarover te beslissen en daar treed ik niet in. Omdat met het verplicht eigen risico ook een -weliswaar bescheiden- gedragseffect wordt beoogd, welk effect met een herverzekering naar verwachting minder zal worden, ben ik niet voornemens het aanbieden van dergelijke herverzekeringen te bevorderen.

Inbreng VVD-fractie

De VVD-fractie heeft tegen de invoering van het verplicht eigen risico gestemd. De reden daarvoor lag in de compensatie voor een bepaalde groep verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Deze groep is willekeurig en is in de praktijk ook niet op maat te snijden. Veel mensen die nu het eigen risico helemaal volmaken doen dat ook meerjarig, maar worden niet gecompenseerd. Zij betalen niet alleen hun persoonlijke eigen risico, maar ook de compensatie voor de groep die wordt gecompenseerd, en worden derhalve dubbel gepakt. Zeker de groep die bovenop het drempelbedrag van het eigen risico dat zij ieder jaar volmaken eigenlijk niet veel meer gebruik maakt van zorg. Zij betalen daarnaast namelijk ook de torenhoge solidariteitsbijdragen. De leden van de VVD-fractie vinden dat de regering met deze regeling deze solidariteitsbereidheid onder druk zet in plaats van koestert en wijst deze regeling derhalve principieel van de hand.

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat ervoor gewaakt moet worden dat de regeling niet dusdanig wordt opgetuigd dat de uitvoeringspraktijk onevenredig wordt belast, waardoor de regeling naast oneerlijk ook nog eens te duur en te administratief belastend wordt om nog te worden uitgevoerd. Dit is al eerder de ondergang van verschillende eigen betalingsregelingen geweest.

De minister schrijft dat de regering zich laat leiden door het perspectief van een betrouwbare en consistente overheid. Daarvoor is nodig dat meerjarig dezelfde regeling van toepassing is. Dat is ook van belang voor de werking van deze regelingen. Pas als mensen zich bewust zijn van het bestaan van eigen betalingen werken ze beter. Overigens heeft deze regering bij de start de no-claimregeling afgeschaft, die eigenlijk nog te kort van toepassing was om ook daadwerkelijk bij iedereen bekend te zijn en dus optimaal te werken. Dat achten deze leden nu geen schoolvoorbeeld van consistentie.

De regering komt tot de conclusie dat het eigen risico van € 150 te laag is om de regeling per bezoek te laten vollopen. De administratieve rompslomp is ook veel te hoog om een verfijnd systeem op te zetten met een plafond van €150. Bij welk bedrag acht de regering zo'n verfijning wel wenselijk? Is de regering überhaupt genegen om zo'n verfijnd systeem in te voeren? Wat is daarvoor nodig?

Antwoord

Zoals in de brief aangegeven is het kabinet voornemens in het voorjaar van 2010, mede aan de hand van de uitkomsten van de eerste evaluatie, aan beide Kamers een brief te sturen waarin het een samenhangend standpunt weergeeft over de toekomst van het systeem van het verplicht eigen risico. De uitkomsten van de analyse van het CPB leiden tot de conclusie dat een procentuele regeling geen significante positieve bijdrage levert aan het gedragseffect. Echter er zijn meerdere motieven voor een eigen betaling; hierop zal ook worden ingegaan in de brief van het voorjaar van 2010.

De regering maakt het mogelijk om het eigen risico in te zetten als sturingsinstrument richting de verzekerden, om gebruik te maken van voorkeursaanbieders. Verzekeraars kunnen dit overigens al door premievoordeel te geven bij de afsluiting van een naturapolis. De selectieve zorginkoop van verzekeraars om de beste prijs/kwaliteitverhouding in te kopen voor hun verzekerden is cruciaal om de gezondheidszorg op termijn niet alleen betaalbaar te houden, maar vooral ook om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verhogen. Daarom vinden de leden van de VVD-fractie het acceptabel dat de mogelijkheid wordt geboden om het eigen risico in te zetten als stimulans om dit systeem versneld van de grond te krijgen. De kosten van gezondheidszorg stijgen snel, de kwaliteit blijft achter. Kan de regering aangeven waarom niet is gekozen om het eigen risico te verhogen en een deel van het eigen risico beschikbaar te stellen als stimulans voor een selectieve zorginkoop?

Antwoord

Bij de vervanging van de no-claimteruggaveregeling door het verplicht eigen risico heb ik uitgebreid aangegeven waarom besloten is tot een verplicht eigen risico met een maximum van €150. Het kabinet ziet geen aanleiding dit maximum thans, anders dan met de in artikel 18a, tweede lid, van de Zvw opgenomen indexering te verhogen.

Het sturingsinstrument biedt een keuzemogelijkheid aan de zorgverzekeraar om in bepaalde gevallen kosten van zorg niet of maar voor een deel mee te nemen bij het verplicht eigen risico. De zorgverzekeraar hoeft geen gebruik van dit instrument te maken. Het voorstel van de leden van de VVD-fractie zou inhouden dat verzekerden een hoger verplicht eigen risico verschuldigd zouden zijn dan het huidige maximum, indien de zorgverzekeraar geen invulling geeft aan het sturingsinstrument. Ik acht dat niet wenselijk.

Er wordt aangegeven dat de regering specifiek aandacht schenkt aan de vraag of zorgverzekeraars eventueel een relatie leggen tussen wettelijke en aanvullende verzekering, zeker in het geval waarin de aanvullende verzekering vergoeding geeft voor preventieve of gezondheidsbevorderende programma's. Een dergelijke relatie zou voor verzekerden een belemmering kunnen vormen om van zorgverzekeraar te wisselen. De leden van de VVD-fractie vinden het onwenselijk dat de regering de inzet van het eigen risico, dat nu van toepassing is op het tweede compartiment, ook van toepassing wil laten zijn op het derde compartiment ('een dergelijk programma hoeft niet perse te behoren tot de wettelijk verzekerde zorg'). Eigenlijk schaft de regering daarmee een deel van het eigen risico af en vervaagt de grens tussen tweede en derde compartiment en daarmee tot wat wij collectief en wat wij individueel betalen. Kan de minister ook monitoren wat dit betekent voor de collectieve lasten? Een ander zeer onwenselijk neveneffect is, dat de verweving tussen het collectieve deel en het aanvullende deel van de verzekering een belemmering zal vormen om van zorgverzekeraar te wisselen. De regering kondigt aan hierop toezicht te houden. De VVD-fractie vindt dit niet aanvaardbaar. Het zorgverzekeringssysteem in Nederland werkt bij de gratie van het feit dat verzekerden weg kunnen bij hun zorgverzekeraar als de zorgverzekeraar zijn werk onvoldoende doet, of een concurrerende zorgverzekeraar het veel beter kan. Deze maatregel zal de verzekerden binden aan de zorgverzekeraar waar zij zijn verzekerd. Het behoeft geen onderzoek om te bedenken dat dit remmend werkt op het besluit om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Het aantal overstappers is – als we het eerste jaar van de zorgverzekeringswet buiten beschouwing laten - bescheiden. Meer diversiteit en meer verschil in kwaliteit en prijs zal kunnen ontstaan als de selectieve inkoop daadwerkelijk een vlucht neemt. Dat zou kunnen betekenen dat meer mensen overstappen of overwegen dat te doen. Het hele beleid zou gericht moeten zijn op het wegnemen van belemmeringen om over te stappen of het nemen van maatregelen die overstap bevorderen. De minister echter werpt met onderhavig voorstel juist een extra belemmering op. Daarmee wordt de ruggengraat van het systeem aangetast. Deze leden wijzen dit voorstel krachtig van de hand.

Antwoord

Anders dan de leden van de VVD-fractie blijkens hun vraagstelling menen, zal het verplicht eigen risico uitsluitend betrekking blijven hebben op de zorg die deel uitmaakt van het wettelijk Zvw-pakket. Het verplicht eigen risico zal niet gaan gelden voor zorgvormen die in de aanvullende verzekeringen is opgenomen. Daardoor is er dus geen sprake van dat een deel van het verplicht eigen risico wordt afgeschaft.

Het verplicht eigen risico heeft uitsluitend betrekking op de kosten van zorg die in het wettelijke Zvw-pakket is opgenomen. Om die reden kunnen de kosten van zorg, waarover de verzekeraar in het kader van de toepassing van het sturingsinstrument kan besluiten dat deze deels of geheel buiten het verplicht eigen risico blijven, enkel die zorgvormen betreffen die in het Zvw-pakket zijn opgenomen. In die zin is er geen sprake van de door deze leden bedoelde relatie met de aanvullende verzekering.

In het Zvw-pakket zijn nauwelijks preventieve en gezondheidsbevorderende programma's opgenomen. Indien de mogelijkheid om kosten van zorg buiten het verplicht eigen risico te houden, uitsluitend betrekking zou hebben op de kosten van dergelijke programma's die deel uitmaken van het Zvw-pakket, zou het sturingsinstrument op dat terrein niet echt iets

voorstellen. Daarmee zou het sturingsinstrument ook nauwelijks een stimulans voor verzekerden kunnen betekenen om deel te nemen aan preventieve en gezondheidsbevorderende programma's.

Gezien het belang dat het kabinet hecht aan het bevorderen van preventie, is besloten dat verzekeraars de kosten van zorg die in het Zvw-pakket is opgenomen ook buiten het verplicht eigen risico kunnen houden indien de verzekerde een preventie- of gezondheidsbevorderend programma volgt dat niet uit de Zvw gefinancierd wordt. Op die manier kan het sturingsinstrument op het terrein van preventie en gezondheidsbevordering een groter effect hebben.

Hiervoor heb ik al aangegeven dat de meeste preventieve en gezondheidsbevorderende programma's niet zijn opgenomen in het Zvw-pakket. Aanvullende verzekeringen bieden vaak wel een vergoeding voor dergelijke programma's. Daarom zou een relatie die een verzekeraar bij de invulling van het sturingsinstrument legt met programma's waarvoor de aanvullende verzekering dekking biedt, een belemmering voor verzekerden kunnen vormen om naar een andere zorgverzekeraar over te stappen.

De regering is het volledig eens met de leden van de VVD-fractie dat de mogelijkheden voor verzekerden om van zorgverzekeraar te veranderen, in stand moeten blijven. Dit vormt immers een essentieel element in het systeem van de Zvw, dat niet gemist kan worden. Om die reden is de eventuele relatie die zorgverzekeraars bij de invulling van het sturingsinstrument leggen tussen de wettelijke en de aanvullende verzekering, ook als een specifiek aandachtspunt genoemd in de evaluatie van de toepassing van het sturingsinstrument door de zorgverzekeraars. Dit geeft aan hoeveel belang ook het kabinet toekent aan het onverkort in tact laten van de mogelijkheid van zorgverzekeraar te wisselen.

Kan de regering reageren op het voorstel van UVIT om naast diensten ook preferente middelen aan te wijzen die (gedeeltelijk) buiten het eigen risico kunnen vallen?

Antwoord

Ik ben voorstander van het voorstel van UVIT en zal het ontwerp van de de algemene maatregel van bestuur met het oog hierop aanpassen.

De leden van de VVD-fractie vragen de regering of verzekerden die onder de criteria voor compensatie vallen deze compensatie altijd krijgen, ook als de verzekeraar geen eigen risico in rekening brengt.

Antwoord

Artikel 118a van de Zvw stelt als voorwaarde voor de compensatie dat sprake moet zijn van meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Het recht op compensatie is niet gekoppeld aan het feitelijk betalen van het verplicht eigen risico. De verzekerde heeft derhalve recht op compensatie ook al wordt feitelijk het eigen risico niet in rekening gebracht.

Compensatie

De leden van de VVD-fractie zijn tegen compensatie, en derhalve ook tegen uitbreiding van de groep die ervoor in aanmerking komt.

De groep verzekerden die in aanmerking komt voor de compensatie voor het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet zal deels overlappen met de groep chronisch zieken en gehandicapten voor de nieuwe in de brief van 29 april jl. geschetste regeling. De regering geeft aan dat bekeken zal worden of het mogelijk is om de afbakeningscriteria voor beide regelingen zo goed als mogelijk en logisch is op elkaar te laten aansluiten. Nu moet de laatste regeling nog in werking treden. Het is derhalve voor de hand liggend dat de regering deze regelingen naadloos op elkaar laat aansluiten. Juist nieuwe regelingen geven die gelegenheid om van het begin logisch op elkaar aan te sluiten.

Antwoord

Beide regelingen kennen hun eigen doelstellingen die afwijkend zijn van elkaar.

Bepaalde verzekerden krijgen een compensatie voor het verplicht eigen risico omdat zij meerjarige, onvermijdbare zorgkosten maken, waardoor zij jaar op jaar worden geconfronteerd met het maximale eigen risico.

Met de brief van 29 april 2008 "Voorstel nieuwe regeling financiële tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten" (Kamerstukken II, 2007/08, 29689 nr. 188) doet het kabinet een voorstel voor een betere regeling voor tegemoetkoming van de meerkosten van gehandicapten en chronisch zieken.

Voorts zal worden gezien of het mogelijk is de afbakeningscriteria die gelden voor de compensatie voor het verplicht eigen risico en die gaan gelden voor de toekomstige tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, zo goed als mogelijk en logisch is op elkaar aan te laten sluiten.

CPB Notitie

De regering heeft het CPB een aantal vragen gesteld over het gedragseffect van eigen betalingen. Eén daarvan is de vraag wat de invloed is van verschillende instrumenten op het gedragseffect. Een daarvan is het al dan niet opnemen van de huisarts in het eigen risico. Het CPB geeft twee voor de hand liggende resultaten aan: Het invoeren van eigen betalingen voor de huisarts leidt tot een groter gedragseffect, evenals het verhogen van het eigen risico. Bij een eigen risico van € 150 wordt het gedragseffect tweemaal zo groot door het opnemen van huisartsenzorg in het eigen risico. Opmerkelijk is dat de regering wel de onderzoeksvragen bij het CPB heeft neergelegd, maar geen gevolg geeft aan de conclusies van het CPB. De leden van de VVD-fractie vragen de regering dan ook waarom deze vragen eigenlijk bij het CPB zijn neergelegd. Als de regering helemaal nooit wil overwegen om de huisartsenzorg onder het eigen risico te brengen, waarom laat zij dat dan wel onderzoeken? Is dat dan niet zonde van de tijd en het geld dat zo'n onderzoek kost? Waarom overweegt de regering niet bovenstaande conclusies te vertalen in beleid?

Antwoord

Ongeacht of het beleidsinhoudelijk wenselijk is, is het wel goed om inzichtelijk te hebben wat de consequentie is van het uitsluiten van de huisarts voor het gedragseffect. Om te beslissen of de huisarts niet langer buiten het verplicht eigen risico moet vallen, zal niet uitsluitend gekeken moeten worden naar het gedragseffect. Meerdere effecten zijn van invloed op deze beslissing zoals bijvoorbeeld de poortwachtersfunctie, verschuiving naar de eerste lijn e.d.

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennis genomen van de brief van de minister van VWS d.d. 23 mei 2008 inzake het verplicht eigen risico. Zij hebben zich in het verleden uitgesproken tegen de invoering van een verplicht eigen risico. Het idee dat dit land bevolkt wordt door overmatige zorgvragers die er met financiële 'prikkel' toe moeten worden aangezet hun zorgvraag te matigen staat hen tegen.

Het gebruik van het eigen risico als 'sturingsinstrument' door zorgverzekeraars baart de leden van de PVV-fractie zorgen, met name wanneer dit in het kader van het preferentiebeleid geneesmiddelen zou gebeuren. Patiënten zouden altijd het geneesmiddel voorgeschreven moeten krijgen dat het beste voor hen is. Erkent de minister dat het risico dat toch al dreigt bij het preferentiebeleid, namelijk dat patiënten een goedkoper substituut gebruiken terwijl een duurder middel vanuit medisch oogpunt wellicht beter voor hen is, door dergelijke experimenten nog eens extra vergroot zal worden?

Antwoord

Uitgangspunt van het geneesmiddelenbeleid is dat een patiënt alle voor hem noodzakelijke geneesmiddelen krijgt. Dit beginsel wordt niet doorkruist door het preferentiebeleid dat

zorgverzekeraars voeren voor een aantal geneesmiddelen. Zorgverzekeraars kunnen preferente geneesmiddelen alleen maar kiezen uit geneesmiddelen met precies dezelfde werkzame stof. De verschillen tussen die geneesmiddelen zijn dan ook heel erg klein zodat niet snel sprake zal kunnen zijn van duurdere middelen met dezelfde werkzame stof die vanuit medisch oogpunt wellicht beter voor de patiënt zijn. Met een dergelijke eventualiteit is overigens wel rekening gehouden. De patiënt heeft onder omstandigheden op grond van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering ook aanspraak op een niet als preferent aangewezen geneesmiddel. Hij heeft daar recht op als de voorschrijvende arts behandeling met een als preferent aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord acht. In dat geval schrijft de arts een ander geneesmiddel voor en geeft op het recept de noodzaak daarvan aan. De arts wordt niet beperkt in zijn voorschrijfbeleid anders dan door overwegingen van zorginhoudelijke aard en patiënten krijgen het geneesmiddel voorgeschreven dat de arts het beste voor hen acht. Het preferentiebeleid voor geneesmiddelen is er op gericht om de prijzen van preferente geneesmiddelen naar beneden te brengen. Dat is in het belang van de patiënt en de premiebetaler.. Gezien het bovenstaande zie ik geen risico zoals geschetst door de PVV-fractie.

Inbreng ChristenUniefractie

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben met teleurstelling kennisgenomen van het besluit van de minister om hulpmiddelen pas in 2010 in de compensatieregeling op te nemen. De minister geeft aan dat het in 2008 nog niet mogelijk is om de compensatieregeling met hulpmiddelen uit te breiden, omdat de gegevens hieromtrent niet eenduidig door de zorgverzekeraars worden geregistreerd. Deze leden vragen de minister inzichtelijk te maken op welke gegevensregistratie hierbij precies wordt bedoeld? Is bij het in kaart brengen van de mogelijkheden om de compensatieregeling uit te breiden met hulpmiddelen ook aansluiting gezocht bij de gegevensregistratie op basis van de GPH code systematiek? Deze leden vragen de minister uitvoeriger aan te geven waarom het vooralsnog niet mogelijk is om de compensatieregeling al in 2008 met hulpmiddelen uit te breiden en daarbij ook expliciet de gegevensregistratie op basis van de GPH code systematiek te betrekken.

Antwoord

Het gebruik van het GPH houdt in dat aan het hulpmiddel een Generieke Product Code wordt toegekend. Het codesysteem is opgezet om te gebruiken in het (elektronische) declaratieverkeer. Daar wordt het ook veelvuldig gebruikt. Echter niet alle verzekeraars slaan in hun schadeadministratie de hulpmiddelen ook onder deze code op. Door verzekeraars wordt daarbij veelvuldig met een "eigen" codering gewerkt.

Er is geen verplichte uniformering bij de registratie van hulpmiddelen in de schadesystemen van verzekeraars. Door veel verzekeraars worden de hulpmiddelen onder een "eigen" codering geregistreerd. Bij deze "eigen" coderingen kan het zijn dat daarbij grovere indelingen worden gebruikt dan de GPH code.

Voor uitbreiding van de compensatieregeling is noodzakelijk dat er zekerheid is dat de hulpmiddelenregistratie zodanig is dat voor alle verzekeraars de gewenste groep van personen kan worden vastgesteld.

De situatie voor de registratie van hulpmiddelen is dan ook op het moment niet te vergelijken met de registratie van geneesmiddelen waar wel sprake is van een uniforme registratie.

Inbreng SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie zien graag een antwoord tegemoet op de volgende vragen.

1.

Hoe oordeelt de regering over de gedachte dat een lager percentage dan 100 procent er tevens voor zou zorgen dat verzekerden hun eigen bijdragen niet in een keer hoeven te betalen? Kan

dit geen belangrijke tegemoetkoming zijn om de eigen risicoregeling voor verzekerden beter aanvaardbaar te maken?

Antwoord 1

Zoals ik bij de behandeling van het wetsvoorstel vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (wetsvoorstel 31 094) in de Eerste Kamer heb uitgesproken, spreekt de gedachte dat verzekerden met een lager percentage dan 100 niet in één keer hun verplicht eigen risico volmaken, mij op zich aan. Zoals ik in mijn brief van 23 mei jl. heb vermeld leidt een percentage lager dan 100 tot dusdanige ongewenste effecten dat naar de opvatting van het kabinet met ingang van 1 januari 2009 op het percentage op 100 dient te worden vastgesteld. Mede vanwege deze negatieve effecten betwijfel ik of een lager percentage daadwerkelijk zou bijdragen aan een betere acceptatie van het verplicht eigen risico.

2.

Wat vindt de regering van de conclusie op blz. 15 van het CPB-rapport dat juist bij lage eigen risico's het gedragseffect zeer licht kan toenemen door de bijbetaling te verlagen naar een ander percentage? Is daarom juist bij een eigen risico van € 150 een lager percentage toch een betere maatregel, mede in het licht van het basismodel in tabel 3.2?

Antwoord 2

Uit de CPB-analyse blijkt inderdaad dat het mogelijk is dat een verlaging van het percentage kan leiden tot een hoger gedragseffect. Opgemerkt moet wel worden dat dit hogere gedragseffect zich alleen voordoet bij het basismodel. Bij de andere modellen treedt een beperkte afname op. Tegenover het mogelijke positieve gedragseffect staat echter met zekerheid een lager financieringseffect. Dat negatieve financieringseffect is veel groter in omvang dan de meest optimistische inschatting van het gedragseffect. Daarom vergt een verlaging van het percentage - zoals toegelicht in de antwoorden op de vragen van de CDA-fractie - een verhoging van het maximum van het verplicht eigen risico. Vanwege de negatieve consequenties die dat heeft is besloten om het percentage op 100% vast te stellen.

3.

Waarop is de stelling gebaseerd dat ook alternatieve vormen van een verlaagde eigen bijdrage, zoals een IZA-systeem of een inkomensafhankelijk eigen risico, geen of weinig gedragseffect heeft? Is de regering wel bereid onderzoek te doen naar alternatieven?

Antwoord 3

In zijn algemeenheid blijkt uit de analyse van het Centraal Planbureau dat gedragseffecten relatief beperkt van omvang zijn. Uit deze analyse blijkt dat zeker als het maximale eigen risico vrij beperkt is, het gedragseffect klein zal zijn.

Op grond van de analyse van het CPB mag worden verwacht dat het gedragseffect zal toenemen als voor iedereen een hoger eigen risico geldt. Als de invoering van een inkomensafhankelijk eigen risico er toe zou leiden dat er voor een groot deel van de bevolking vrijwel niets verandert en slechts voor een klein deel (met hoge inkomens) het verplicht eigen risico hoger uitvalt, dan zal het gedragseffect vrijwel niet toenemen. Een dergelijk systeem zal echter wel gepaard gaan met forse uitvoeringskosten

Bij het bepalen van het percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico voor 2009, heeft het kabinet zich gerealiseerd dat het de eerstkomende jaren niet mogelijk is om een inkomensafhankelijk systeem in te voeren, omdat dit veel vergt van de Belastingdienst.

4.

Waarop is de stelling gebaseerd dat er met een lager percentage dan 100 procent aanzienlijk hogere administratieve lasten en uitvoeringskosten zijn voor de verzekeraars? Is daar onderzoek naar gedaan? Hoe groot zijn die administratieve lasten?

Antwoord 4

Door een lager percentage dan 100% maken verzekerden minder snel het verplicht eigen risico vol. Dit leidt dus tot meer communicatie tussen verzekeraar en verzekerde. Daarnaast zullen de systemen van de zorgverzekeraars aangepast moeten worden. De hoogte van de kosten is afhankelijk van het systeem. Er is geen onderzoek gedaan naar de administratieve lasten van verschillende opties.

5.

Aan de hand van welke criteria wil de regering de herziene regeling rond het eigen risico evalueren? Vindt deze evaluatie pas plaats na afloop van het jaar 2009 of reeds gedurende dit kalenderjaar?

Antwoord 5

In de brief aan de Kamer heb ik de hoofdthema's voor de evaluatie van het verplicht eigen risico geschetst. Ik verwijs daar in dit verband naar. De evaluatie zal plaatsvinden met ingang van het jaar 2009. De eerste uitkomsten van de evaluatie zullen dus in de loop van 2010 beschikbaar komen. De evaluatie vindt dus niet gedurende dit kalenderjaar plaats. Ik acht het wel van belang ook de ontwikkelingen in 2008 te volgen. Daarom heb ik de Nederlands Zorgautoriteit gevraagd het verplicht eigen risico te volgen en daaraan aandacht te besteden in de Monitor zorgverzekeringsmarkt.

6.

Hoe wil de regering in het voorjaar van 2010 komen tot een samenhangend standpunt over de toekomst van het verplichte eigen risico, terwijl tegelijk lijkt te worden gesuggereerd dat verdere verkenningen niet zullen plaatsvinden, omdat ze geen praktisch resultaat op zullen leveren?

Antwoord 6

In mijn brief heb ik aangegeven dat ik mede aan de hand van de uitkomsten van de eerste evaluatie een samenhangend standpunt aan de Kamer zal zenden over de toekomst van het verplicht eigen risico. Dat betekent dat in het kader daarvan ook verdere verkenningen zullen plaatsvinden die daarvoor noodzakelijk zijn.

7.

Is de regering van plan om in de aanloop naar dat standpunt opnieuw na te denken over de waarde van een lager percentage dat meetelt voor het eigen risico – al dan niet in combinatie met andere wijzigingen? Of ziet de regering een percentage van 100 als de enige juiste keuze?

Antwoord 7

De regering heeft besloten om in de huidige situatie het percentage niet lager vast te stellen dan 100%. Echter de regering wil deze optie niet geheel uitsluiten en zal daarover in samenhang met andere maatregelen een nader standpunt over innemen. U wordt hierover geïnformeerd in de brief die in het begin van 2010 naar beide Kamers wordt verzonden.

8.

Is het wel de bedoeling het CPB om een nieuwe beoordeling te vragen, om te voorkomen dat er op basis van verouderde gegevens een conclusie wordt getrokken?

Antwoord 8

Het CPB is de instantie die ten tijde van de invoering van de no-claimteruggave regeling en het verplichte eigen risico een inschatting heeft gemaakt over het gedragseffect dat optreedt bij een eigen betalingen. Naar aanleiding van het amendement van der Vlies is daarom deze instantie gevraagd om een berekening te maken van het effect van een procentuele regeling.

De verdeling van zorgkosten is gemaakt op basis van de meest recente volledige gegevens (Zvw 2006). Deze verdeling van zorgkosten is naar verwachting niet onderhevig aan grote veranderingen. Daarom wordt ingeschat dat de onderliggende data voor het model niet wezenlijk zullen verschillen met de realiteit van 2008.

9.

Hoe dienen verzekeraars het verplicht eigen risico te declareren bij hun verzekerden? Mogen zij hiervoor gebruik maken van een automatische incasso, terwijl die alleen is afgegeven in verband met het innen van de nominale premie?

Antwoord 9

Zorgverzekeraars zijn vrij in de wijze waarop zij het eigen risico bij hun verzekerden in rekening brengen. Zij mogen alleen gebruik maken van het systeem van de automatische incasso, indien de verzekerde daarvoor toestemming heeft gegeven. Het is niet toegestaan zonder toestemming gebruik te maken van de machtiging voor de automatische incasso van de premie.

10.

Heeft de regering voornemens om ook de huisartsenzorg onder het verplicht eigen risico te brengen?

Antwoord 10

Ik ben momenteel niet voornemens om de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden onder het eigen risico te brengen. Om te beslissen of de huisarts niet langer buiten het eigen risico moet vallen, zal niet uitsluitend gekeken moeten worden naar het gedragseffect. Meerdere effecten zijn van invloed op deze beslissing zoals bijvoorbeeld de poortwachtersfunctie, verschuiving naar de eerste lijn e.d.

11.

Maakt de regeling dat verzekeraars bepaalde zorgvormen uit kunnen sluiten de situatie voor verzekerden nog onduidelijker, omdat zij rekening moeten houden met nog meer onzekerheidsfactoren als zij een polis afsluiten?

Antwoord 11

Deze regeling leidt er niet toe dat verzekerden met nog meer onzekerheidsfactoren rekening moeten houden. Immers, als een zorgverzekeraar een dergelijke polis aanbiedt zal hij gehouden zijn om aan de verzekerden die daarnaar vragen duidelijk de consequenties aan te geven. Die komen er op neer dat de verzekerde helder wordt geschetst wanneer hij het verplicht eigen risico geheel of gedeeltelijk niet hoeft te betalen. Daarmee wordt ook helder welke verplichting uit die keuze voor de verzekerde voortvloeit.

12.

Kunnen verzekeraars er ook toe besluiten dat zij helemaal geen verplicht eigen risico hanteren, omdat zij bijvoorbeeld de premie wat hoger vaststellen? Is de conclusie juist dat de tekst van artikel 2.17 dit niet uitsluit? Hoe oordeelt de regering hierover?

Antwoord 12

Artikel 2.17 van het ontwerpbesluit biedt niet de mogelijkheid dat zorgverzekeraars helemaal geen verplicht eigen risico hanteren. De mogelijkheid om dat te doen is beperkt tot de in die bepaling omschreven mogelijkheden. Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars gehouden zijn om dit middel in te zetten als sturingsinstrument.

13.

Waarom is er alleen gekozen voor een optie dat het mag gaan om een zorgaanbieder en niet voor andere keuzemiddelen?

Antwoord 13

In eerste instantie is de mogelijkheid voor zorgverzekeraars te sturen slechts ter sprake gekomen in de context van preferente zorgaanbieders en op preventie gerichte programma's. Ik ben echter voorstander van het idee om het bereik van dit sturingsinstrument uit te breiden en zal dit mogelijk maken door de AMvB op dit punt aan te passen. Daarnaast zal ik met Zorgverzekeraars Nederland in overleg treden om de wenselijkheid te bezien van uitbreiding van het bereik naar preferente hulpmiddelen.