

Vergaderjaar 2007–2008

31 094

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

G

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 20 augustus 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin¹ heeft op 17 juni 2008 de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 mei 2008 over het verplicht eigen risico en het bijgevoegde ontwerpbesluit² besproken.

Naar aanleiding daarvan heeft de commissie de minister bij brief van 23 juni 2008 een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd.

De minister heeft hierop bij brief van 14 augustus 2008 gereageerd.

De commissie brengt hiermee verslag uit van het aldus gevoerde schriftelijke overleg.

De griffier van de commissie,
Warmolt de Boer

¹ Samenstelling:

Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), vice-voorzitter, Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP), voorzitter, Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Leijne (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Klein Breteler (CDA), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU) en Yildirim (Fractie-Yildirim).

² Kamerstukken II 2007–2008, 29 689, nr. 194 en bijlagen.

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 23 juni 2008

Met belangstelling heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin kennis genomen van uw brief van 23 mei 2008 over het verplicht eigen risico en het bijgevoegde ontwerpbesluit (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 194 en bijlagen). De brief en de wijzigingen in het Besluit Zorgverzekering geven de commissie aanleiding tot de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de **CDA**-fractie hebben kennis genomen van de vragen van de Tweede Kamer en de hierop volgende antwoorden van de minister (d.d. 10 juni 2008)¹, maar hebben desondanks nog enkele vragen. De leden van de fractie van de **PvdA** hebben met interesse kennis genomen van de brief en stellen naar aanleiding daarvan nog een aantal vragen. De vragen van de fracties van CDA en PvdA worden mede gesteld namens de **SP**-fractie en – met uitzondering van de eerste vraag – namens de leden van de fracties van **GroenLinks**, **SGP** en **ChristenUnie**.

Inbreng CDA-fractie

Naar aanleiding van een vraag van de CDA-fractie heeft de minister op 6 november 2007 tijdens het debat over de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico aan de Eerste Kamer toegezegd te zullen bezien of de maximale termijn van inning van het eigen risico bekort kan worden van 12 maanden naar 6 maanden². Kunt u aangeven hoe het staat met deze toezegging?

De uitbreiding van de groep chronisch zieken en gehandicapten met verzekerden die twee opeenvolgende jaren in een Diagnose Kostengroep (DKG) zijn ingedeeld, wordt vanwege administratieve redenen pas in 2010 geëffectueerd. Waarom gebeurt dit niet met terugwerkende kracht voor 2009?

In het kader van het sturingsbeleid krijgen zorgverzekeraars ruime marges om het eigen risico van verzekerden te reduceren indien gebruik wordt gemaakt van gecontracteerde preferente zorgaanbieders. Theoretisch kan dit er toe leiden dat (een nog beperkt aantal) zorgverzekeraars slechts polissen aanbieden met sturingsprikkel (het andere uiterste, zorgpolissen zonder eigen risico, omdat dit in de premie is opgenomen (artikel 2.17 van het ontwerpbesluit) is wel beantwoord). Dit zou de keuze van patiënten voor zelf gekozen zorgaanbieders sterk beperken. Overigens heeft de minister in november 2007 wel toegezegd dat zorgverzekeraars, die gebruik maken van sturingselementen, hun verzekerden helder moeten informeren op welke kwaliteit men dan mag rekenen.

Is het terecht dat het vervallen van een eigen bijdrage voor psychotherapie wordt doorgevoerd door een nog nader vast te stellen tariefsmaatregel in de tweedelijnszorg? Dit zou onredelijk kunnen uitwerken voor die zorgaanbieders met een beperkte productie in de eerstelijnszorg psychotherapie en een grote productie eerstelijnszorg.

In onderdeel IV.c van de brief, aspecten voor de evaluatie van het verplicht eigen risico, vermeldt de minister een lijst van punten die in elk geval deel uit maken van de evaluatie. Mag hieruit worden geconcludeerd dat hier in de loop van 2008/2009 nog andere punten aan kunnen worden toegevoegd of is er sprake van een limitatieve lijst?

¹ Kamerstukken II 2007–2008, 29 689, nr. 198.

² Handelingen I 2007–2008 nr. 6, blz. 211.

Inbreng PvdA-fractie

Uit de brief van de minister valt op te maken dat nieuwe gegevens van het Centraal Planbureau (CPB) lijken uit te wijzen dat het gedragseffect van het eigen risico beperkter is dan werd verondersteld. Welke gevolgen verbindt de minister hieraan voor de verdere vormgeving van het eigen risico en het systeem van eigen betalingen?

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel dat het verplichte eigen risico introduceerde, is in de Eerste Kamer door de minister toegezegd dat zorgverzekeraars pas zouden mogen gaan sturen op het eigen risico als zij konden voldoen aan de harde voorwaarde dat zij ook de kwaliteit van de zorg waarmee wordt gestuurd inzichtelijk konden maken voor de cliënt¹. Het is opmerkelijk dat de minister, die dit destijds zelf een harde voorwaarde noemde, hier niet op ingaat in zijn brief. Hoe zal aan deze voorwaarde worden voldaan?

De minister geeft in zijn brief aan dat de motie-Putters² op het punt van een meer verfijnde compensatieregeling, waarbij wordt uitgegaan van DKG's en Farmaceutische Kostengroepen (FKG's), op dit moment niet uitvoerbaar is. Dit is teleurstellend omdat de meerjarige zorgkosten volgens deze parameters wel zijn te berekenen voor de voormalig ziekenfondsverzekerden. Waarom is de minister niet bereid om voor het aandeel voormalig particulier verzekerden enige coulance te betrachten, zodat voor de groep voormalig ziekenfondsverzekerden en voor die voormalig particulier verzekerden die het kunnen aantonen dat zij meerjarige zorgkosten hadden, de compensatieregeling zoals beoogd in de motie-Putters uitgevoerd kan worden? Is de minister bereid om, indien uitvoeringstechnische problemen deze wijze van compenseren op dit moment in de weg staan, deze compensatie alsnog met terugwerkende kracht toe te kennen in 2009?

Compensatie voor het eigen risico zou moeten plaatsvinden in het jaar dat de verzekerde de kosten maakt. Eigen verantwoordelijkheid, kostenbewustzijn en boter bij de vis – principes die in het nieuwe zorgstelsel belangrijk gevonden worden – lijken niet te gelden als het gaat om het compenseren van de kosten van het eigen risico. Bij eigen verantwoordelijkheid en rechtvaardigheid hoort echter ook dat de compensatie wordt uitgekeerd zo dicht mogelijk bij het moment dat de kosten worden gemaakt. Wat is de visie van de minister hierop en is hij bereid toe te zeggen de compensatie in elk geval uit te keren in het jaar dat de kosten gemaakt worden door de verzekerde?

De minister geeft in zijn brief aan dat alternatieven voor het nu vigerende verplichte eigen risico, het opschuiven van de voet van het eigen risico voor mensen met chronische ziekten en ouderen, door het kabinet niet overwogen worden om burgers niet opnieuw met systeemveranderingen op te zadelen en de uitvoering ingewikkeld zou zijn. Dit is zo'n lange tijd na het plenaire debat in de Eerste Kamer een teleurstellende reactie. Op welke wijze heeft de minister deze mogelijkheid, conform zijn toezegging aan de Eerste Kamer, onderzocht en welke voors en tegens heeft hij daarbij afgewogen. Kan de minister toezeggen dit onderzoek naar de Eerste Kamer te zenden?

Voorts heeft de minister, met het oog op het toekomstige systeem van eigen risico en eigen betalingen, toegezegd te onderzoeken of inkomensafhankelijke eigen betalingen (zoals in het IZA-model) binnen de Zorgverzekeringswet mogelijk zijn³. Ook op dit punt geeft de minister aan niet voornemens te zijn veranderingen in die richting in het systeem aan te brengen. Op basis van welke inhoudelijke en uitvoeringstechnische argu-

¹ Handelingen I 2007–2008, nr. 6, blz. 198.

² Kamerstukken I 2007–2008, 31 094, letter F.

³ Handelingen I 2007–2008, nr. 6, blz. 215 en 220–222.

menten bent u deze mening toegedaan? Kan de minister ook het onderzoek dat daaromtrent is gedaan aan de Eerste Kamer sturen?

Kan de minister tenslotte aangeven wanneer de Nederlandse Zorgautoriteit met een monitor van het Eigen Risico zal komen en toezeggen deze ook aan de Eerste Kamer te zenden?

De leden van de commissie wachten met belangstelling de antwoorden af.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin,
Warmolt de Boer

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 augustus 2008

Hierbij doe ik u toekomen de antwoorden op de vragen die de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin heeft gesteld over mijn brief van 23 mei 2008 over het verplicht eigen risico en het daarbij bijgevoegde ontwerpbesluit (Kamerstukken II, 2007/08, 29 689, nr. 194 en bijlagen).

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

Inbreng CDA-fractie

Naar aanleiding van een vraag van de CDA-fractie heeft de minister op 6 november 2007 tijdens het debat over de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico aan de Eerste Kamer toegezegd te zullen bezien of de maximale termijn van inning van het eigen risico bekort kan worden van 12 maanden naar 6 maanden.¹ Kunt u aangeven hoe het staat met deze toezegging?

Antwoord

Bekorting van de maximale termijn waarbinnen het verplicht eigen risico in rekening mag worden gebracht, betekent een afwijking van de algemeen geldende termijnen die in het Burgerlijk Wetboek en in de Algemene wet bestuursrecht zijn opgenomen. Voor een dergelijke afwijking moeten zwaarwegende redenen aanwezig zijn. Om die reden vindt hierover overleg met het ministerie van Justitie plaats. Dit overleg is nog niet afgerond.

De uitbreiding van de groep chronisch zieken en gehandicapten met verzekerden die twee opeenvolgende jaren in een Diagnose Kostengroep (DKG) zijn ingedeeld, wordt vanwege administratieve redenen pas in 2010 geëffectueerd. Waarom gebeurt dit niet met terugwerkende kracht voor 2009?

Antwoord

De uitbreiding van de groep verzekerden meerjarige, onvermijdbare zorgkosten met verzekerden die twee achtereenvolgende jaren in een DKG zijn ingedeeld, vindt plaats met ingang van 2009. Anders dan de leden van de CDA-fractie veronderstellen, wordt bedoelde uitbreiding niet pas per 2010 geëffectueerd.

In het kader van het sturingsbeleid krijgen zorgverzekeraars ruime marges om het eigen risico van verzekerden te reduceren indien gebruik wordt gemaakt van gecontracteerde preferente zorgaanbieders. Theoretisch kan dit er toe leiden dat (een nog beperkt aantal) zorgverzekeraars slechts polissen aanbieden met sturingsprikkel (het andere uiterste, zorgpolissen zonder eigen risico, omdat dit in de premie is opgenomen (artikel 2.17 van het ontwerpbesluit) is wel beantwoord). Dit zou de keuze van patiënten voor zelf gekozen zorgaanbieders sterk beperken. Overigens heeft de minister in november 2007 wel toegezegd dat zorgverzekeraars, die gebruik maken van sturingsinstrumenten, hun verzekerden helder moeten informeren op welke kwaliteit men dan mag rekenen.

Antwoord

Ook in het theoretische geval dat zorgverzekeraars uitsluitend polissen zouden aanbieden waarin het sturingsinstrument wordt toegepast, kan een verzekerde zich wenden tot een zorgaanbieder waarmee zijn zorgverzekeraar geen afspraak in het kader van de toepassing van het sturingsinstrument heeft gemaakt. Net als in de huidige situatie behoudt de verzekerde keuzevrijheid tot welke zorgaanbieder hij zich wendt. Wel kan zijn zorgverzekeraar bepalen dat hij bij het inroepen van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, niet de volledige kosten restitueert. Ook zullen in die situatie de kosten van de zorg die ten laste van de Zorgverzekeringswet komen, geheel meetellen voor het verplicht eigen risico. Ik wil hierbij nogmaals uitspreken dat de zorgverzekeraars, indien zij met ingang van 2009 het sturingsinstrument gaan toepassen, hun verzekerden daarover in het polisaanbod voor 2009 goed moeten informeren. Op die

¹ Handelingen I 2007/08 nr. 6, blz. 211.

manier worden de consequenties van toepassing van het sturingsinstrument voor de verzekerden duidelijk en weten zij wat dit betekent als zij zich wenden tot een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar al dan niet een afspraak terzake heeft gemaakt.

Ten aanzien van het kwaliteitsaspect merk ik op dat alle zorgverlening altijd aan de in Nederland geldende kwaliteitseisen moet voldoen. Dit geldt uiteraard ook voor de zorgverlening waarover de zorgverzekeraars met toepassing van het sturingsinstrument afspraken hebben gemaakt met zorgaanbieders. De signalen tot nu toe wijzen erop dat zorgverzekeraars zich bij de door hen beoogde toepassing van het sturingsinstrument voorshands vooral willen richten op kwalitatief goed georganiseerde zorgverlening, waardoor de kosten lager dan gemiddeld zijn. Voor het overgrote deel gaat het dan om zorgverlening waarbij de behandeling bijvoorbeeld van zodanige kwaliteit is dat er minder dan gemiddeld complicaties optreden of dat er minder dan gebruikelijk hernieuwde ingrepen of uitgebreide nabehandelingen noodzakelijk zijn. Deze kwalitatief betere zorgverlening is per saldo goedkoper voor de zorgverzekeraars – zeker niet in het minst – ook veel prettiger voor de patiënt. Hierbij gaat een hoge kwaliteit van zorgverlening dus hand in hand met een grotere doelmatigheid, hetgeen leidt tot lagere kosten. Een deel van die lagere kosten zullen de zorgverzekeraars doorgeven aan de verzekerden die gebruik maken van de zorgverlening waarover met toepassing van het sturingsinstrument afspraken zijn gemaakt. Op die wijze zullen zorgverzekeraars met ingang van 2009 verzekerden stimuleren gebruik te maken van dergelijke kwalitatief hoogstaande en daardoor doelmatiger zorgverlening, waarover de zorgverzekeraar via het sturingsinstrument afspraken heeft gemaakt.

Voorts verwacht ik dat zorgverzekeraars zorgvuldig zullen omgaan met de toepassing van het sturingsinstrument en daarbij veel aandacht zullen besteden aan de kwaliteit van de betreffende zorgverlening. Indien zorgverzekeraars aan dat aspect onvoldoende aandacht zouden besteden en er sprake zou zijn van zorgverlening die kwalitatief minder is dan gebruikelijk, zou dat tot ook een fors imago probleem leiden. Daarmee zou de geloofwaardigheid van de zorgverzekeraars op het punt van het hanteren van het sturingsinstrument ernstig worden aangetast, met als mogelijk gevolg dat het sturingsinstrument na enkele jaren zou kunnen vervallen.

Is het terecht dat het vervallen van een eigen bijdrage voor psychotherapie wordt doorgevoerd door een nog nader vast te stellen tariefsmaatregel in de tweedelijnszorg? Dit zou onredelijk kunnen uitwerken voor die zorgaanbieders met een beperkte productie in de eerstelijnszorg psychotherapie en een grote productie eerstelijnszorg.

Antwoord

Ik beraad mij nog op welke wijze de tariefsmaatregel voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg wordt ingevuld. Ik ben hierover ook in overleg met de koepels van de zorgverzekeraars en van de betreffende zorgaanbieders. Bij de aanbidding van de Rijksbegroting 2009 wordt het parlement geïnformeerd over de precieze invulling van deze tariefsmaatregel.

Overigens behoort ook psychotherapie tot de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

In onderdeel IV.c van de brief, aspecten voor de evaluatie van het verplicht eigen risico, vermeldt de minister een lijst van punten die in elk geval deel uit maken van de evaluatie. Mag hieruit worden geconcludeerd dat hier in de loop van 2008/2009 nog andere punten aan kunnen worden toegevoegd of is er sprake van een limitatieve lijst?

Antwoord

Het klopt dat de opsomming van de aspecten voor de evaluatie niet limitatief is.

Inbreng PvdA-fractie

Uit de brief van de minister valt op te maken dat nieuwe gegevens van het Centraal Planbureau (CPB) lijken uit te wijzen dat het gedragseffect van het eigen risico beperkter is dan werd verondersteld. Welke gevolgen verbindt de minister hieraan voor de verdere vormgeving van het eigen risico en het systeem van eigen betalingen?

Antwoord

Deze uitkomsten van de doorrekening van het Centraal Planbureau hebben ertoe geleid dat het kabinet besloten heeft op korte termijn geen wijzigingen door te voeren in de vormgeving van het verplicht eigen risico en de bestaande eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Om het met het amendement Van der Vlies c.s. (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 34) beoogde grotere gedragseffect te bewerkstelligen en de huidige opbrengst in termen van financieringsverschuiving te behouden, zou een aanzienlijke verhoging van het maximumbedrag van het verplicht eigen risico noodzakelijk zijn. Dat samen met het feit dat een lager percentage dan 100 van de zorgkosten dat zou meetellen voor het verplicht eigen risico zou leiden tot wezenlijk hogere administratieve lasten en uitvoeringskosten bij zorgverzekeraars, heeft het kabinet tot de conclusie geleid per 2009 geen systeemwijzigingen in het verplicht eigen risico en de eigen betalingen door te voeren. Dit heeft ook het voordeel dat verzekerden kunnen wennen aan de opzet van het per 2008 ingevoerde verplicht eigen risico. Verzekerden behoeven zich daardoor niet, een jaar na de vervanging van de no-claimteruggave door het verplicht eigen risico, weer in te stellen op een wezenlijke verandering in het systeem van eigen betalingen in de Zvw. In de voor het voorjaar van 2010 toegezegde notitie zal het kabinet zijn standpunt weergeven over de toekomst van het systeem verplicht eigen risico en de eigen betalingen.

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel dat het verplichte eigen risico introduceerde, is in de Eerste Kamer door de minister toegezegd dat zorgverzekeraars pas zouden mogen gaan sturen op het eigen risico als zij konden voldoen aan de harde voorwaarde dat zij ook de kwaliteit van de zorg waarmee wordt gestuurd inzichtelijk konden maken voor de cliënt.¹ Het is opmerkelijk dat de minister, die dit destijds zelf een harde voorwaarde noemde, hier niet op ingaat in zijn brief. Hoe zal aan deze voorwaarde worden voldaan?

Antwoord

Zoals tevens in mijn antwoord op een vraag vanuit de leden van de CDA-fractie, merk ik ten aanzien van het kwaliteitsaspect op dat alle zorgverlening altijd aan de in Nederland geldende kwaliteitseisen moet voldoen. Dit geldt uiteraard ook voor de zorgverlening waarover de zorgverzekeraars met toepassing van het sturingsinstrument afspraken hebben gemaakt met zorgaanbieders. De signalen tot nu toe wijzen erop dat zorgverzekeraars zich bij de door hen beoogde toepassing van het sturingsinstrument voorshands vooral willen richten op kwalitatief goed georganiseerde zorgverlening, waardoor de kosten lager dan gemiddeld zijn. Voor het overgrote deel gaat het dan om zorgverlening waarbij de behandeling bijvoorbeeld van zodanige kwaliteit is dat er minder dan

¹ Handelingen I 2007/08 nr. 6, blz. 198.

gemiddeld complicaties optreden of dat er minder dan gebruikelijk hernieuwde ingrepen of uitgebreide nabehandelingen noodzakelijk zijn. Deze kwalitatief betere zorgverlening is per saldo goedkoper voor de zorgverzekeraar en – zeker niet in het minst – ook veel prettiger voor de patiënt. Hierbij gaat een hoge kwaliteit van zorgverlening dus hand in hand met een grotere doelmatigheid, hetgeen leidt tot lagere kosten. Een deel van die lagere kosten zullen de zorgverzekeraars doorgeven aan de verzekerden die gebruik maken van de zorgverlening waarover met toepassing van het sturingsinstrument afspraken zijn gemaakt. Op die wijze zullen zorgverzekeraars met ingang van 2009 verzekerden stimuleren gebruik te maken van dergelijke kwalitatief hoogstaande en daardoor doelmatiger zorgverlening, waarover de zorgverzekeraar via het sturingsinstrument afspraken heeft gemaakt.

Voorts verwacht ik dat zorgverzekeraars zorgvuldig zullen omgaan met de toepassing van het sturingsinstrument en daarbij veel aandacht zullen besteden aan de kwaliteit van de betreffende zorgverlening. Indien zorgverzekeraars aan dat aspect onvoldoende aandacht zouden besteden en er sprake zou zijn van zorgverlening die kwalitatief minder is dan gebruikelijk, zou dat tot ook een fors imago-probleem leiden. Daarmee zou de geloofwaardigheid van de zorgverzekeraars op het punt van het hanteren van het sturingsinstrument ernstig worden aangetast, met als mogelijk gevolg dat het sturingsinstrument na enkele jaren zou kunnen vervallen. Tevens moge ik wijzen op het kwaliteitstraject dat de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten voor circa 80 aandoeningen hebben opgezet en dat ik op 6 november 2007 vermeldde tijdens de mondelinge behandeling van wetsvoorstel 31 094 in de Eerste Kamer. De indicatoren worden in vier tranches opgeleverd. Op dit moment zijn de indicatoren voor de eerste 10 aandoeningen beschikbaar. In september 2008 komt de tweede tranche, in 2009 de derde, tot een totaal van 80 aandoeningen in 2011. Met de mate waarin de indicatoren beschikbaar komen, kunnen zij door zorgverzekeraars ingezet worden ten behoeve het sturingsinstrument.

Tot slot wijs ik erop dat de wijze waarop zorgverzekeraars met dit instrument zullen omgaan, nauwlettend zal worden gevolgd. Daarbij zal tevens het patiëntenperspectief worden betrokken, en in het bijzonder de vraag of en in hoeverre patiënten in staat worden gesteld om niet alleen op basis van prijs, maar ook op basis van kwaliteit te kiezen.

De minister geeft in zijn brief aan dat de motie-Putters¹ op het punt van een meer verfijnde compensatieregeling, waarbij wordt uitgegaan van DKG's en Farmaceutische Kostengroepen (FKG's), op dit moment niet uitvoerbaar is. Dit is teleurstellend omdat de meerjarige zorgkosten volgens deze parameters wel zijn te berekenen voor de voormalig ziekenfondsverzekerden. Waarom is de minister niet bereid om voor het aandeel voormalig particulier verzekerden enige coulance te betrachten, zodat voor de groep voormalig ziekenfondsverzekerden en voor die voormalig particulier verzekerden die het kunnen aantonen dat zij meerjarige zorgkosten hadden, de compensatieregeling zoals beoogd in de motie-Putters uitgevoerd kan worden? Is de minister bereid om, indien uitvoeringstechnische problemen deze wijze van compenseren op dit moment in de weg staan, deze compensatie alsnog met terugwerkende kracht toe te kennen in 2009?

Antwoord

Ook ik betreur het dat voor 2008 geen meer verfijnde compensatieregeling mogelijk is. De door de leden van de PvdA-fractie voorgestelde coulante behandeling van voormalig particulier verzekerden leidt tot een verschil in behandeling ten opzichte van de voormalig ziekenfondsverzekerden. Zoals ik op 6 november 2007 bij de mondelinge behandeling van wetsvoorstel

¹ Kamerstukken I 2007/08, 31 094, F.

31 094 ook al heb uitgesproken, acht het kabinet een dergelijk verschillende behandeling juridisch niet verantwoord en ook niet aanvaardbaar. Naast dit doorslaggevende juridische bezwaar, speelt hierbij ook dat de door deze leden voorgestelde aanpak uit het oogpunt van administratieve lasten en uitvoerbaarheid, tot veel extra werkzaamheden zou leiden. Om de uitvoering van de compensatieregeling zo eenvoudig mogelijk te houden en deze met zo min mogelijk kosten te laten verlopen, is bij de opzet van de regeling er juist voor gekozen gebruik te maken van reeds beschikbare en geautomatiseerde gegevensbestanden. Compensatie met terugwerkende kracht zou betekenen dat verzekerden op basis van hun DKG-indeling in 2006 en 2007 gedurende twee jaar recht zouden krijgen op compensatie in 2009 en – met terugwerkende kracht – in 2008. Omdat dit niet spoort met de uitgangspunten van de compensatieregeling, acht ik dat niet wenselijk.

Compensatie voor het eigen risico zou moeten plaatsvinden in het jaar dat de verzekerde de kosten maakt. Eigen verantwoordelijkheid, kostenbewustzijn en boter bij de vis – principes die in het nieuwe zorgstelsel belangrijk gevonden worden – lijken niet te gelden als het gaat om het compenseren van de kosten van het eigen risico. Bij eigen verantwoordelijkheid en rechtvaardigheid hoort echter ook dat de compensatie wordt uitgekeerd zo dicht mogelijk bij het moment dat de kosten worden gemaakt. Wat is de visie van de minister hierop en is hij bereid toe te zeggen de compensatie in elk geval uit te keren in het jaar dat de kosten gemaakt worden door de verzekerde?

Antwoord

Artikel 118a van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat de compensatie wordt uitgekeerd in hetzelfde jaar waarover het verplicht eigen risico voldaan moet worden. Hiermee wordt de compensatie dus uitgekeerd in het jaar waarin de verzekerde de kosten van zorg maakt en deze kosten ten laste van het verplicht eigen risico komen.

De minister geeft in zijn brief aan dat alternatieven voor het nu vigerende verplichte eigen risico, het opschuiven van de voet van het eigen risico voor mensen met chronische ziekten en ouderen, door het kabinet niet overwogen worden om burgers niet opnieuw met systeemveranderingen op te zadelen en de uitvoering ingewikkeld zou zijn. Dit is zo'n lange tijd na het plenaire debat in de Eerste Kamer een teleurstellende reactie. Op welke wijze heeft de minister deze mogelijkheid, conform zijn toezegging aan de Eerste Kamer, onderzocht en welke voors en tegens heeft hij daarbij afgewogen. Kan de minister toezeggen dit onderzoek naar de Eerste Kamer te zenden?

Antwoord

Na de parlementaire behandeling van wetsvoorstel 31 094 was alle aandacht er op gericht de voor het verplicht eigen risico noodzakelijke nadere regelgeving af te ronden. Die afronding vond halverwege december 2007 plaats. Vervolgens is aan het CPB gevraagd de mogelijke gedragseffecten van een lager percentage dan 100 van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico, door te rekenen. De uitkomsten van deze CPB-berekeningen kwamen in de loop van april 2008 beschikbaar. Omdat deze uitkomsten – ook voor mij – teleurstellend waren, heeft er indringend overleg met het CPB plaatsgevonden en daarna heeft het CPB de uitkomsten opnieuw tegen het licht gehouden. Dit heeft echter niet geleid tot andere resultaten. De CPB-notitie was eind april jl. beschikbaar. Daarna moest ik mijn conclusies aan het kabinet voorleggen.

Deze noodzakelijke stappen overziend ben ik het niet met de leden van de PvdA-fractie eens dat het een lange tijd geduurd heeft voordat ik de kabinetsreactie met mijn brief van 23 mei jl. aan beide Kamers der Staten-Generaal heb gezonden.

In mijn brief van 23 mei 2008 heb ik de argumenten genoemd die het kabinet bij zijn besluitvorming heeft afgewogen. Bij die besluitvorming zijn de uitkomsten van de doorrekeningen van het CPB van wezenlijk belang geweest. De CPB-notitie heb ik als bijlage 1 bij mijn brief van 23 mei 2008 gevoegd.

Voorts heeft de minister, met het oog op het toekomstige systeem van eigen risico en eigen betalingen, toegezegd te onderzoeken of inkomensafhankelijke eigen betalingen (zoals in het IZA-model) binnen de Zorgverzekeringswet mogelijk zijn.¹ Ook op dit punt geeft de minister aan niet voornemens te zijn veranderingen in die richting in het systeem aan te brengen. Op basis van welke inhoudelijke en uitvoeringstechnische argumenten bent u deze mening toegedaan? Kan de minister ook het onderzoek dat daaromtrent is gedaan aan de Eerste Kamer sturen?

Antwoord

Ten aanzien van dit punt verwijs ik eveneens naar mijn brief van 23 mei 2008. Daarin staan de argumenten van zowel inhoudelijke, juridische als uitvoeringstechnische aard, die het kabinet tot de afweging hebben gebracht die in de betreffende brief staat verwoord.

In de voor het voorjaar van 2010 toegezegde notitie zal het kabinet, mede op basis van de dan beschikbare gegevens over het verplicht eigen risico, nader ingaan op de mogelijkheden van een inkomensafhankelijk systeem van eigen betalingen in de Zvw en welke voor- en nadelen daaraan zijn verbonden.

Kan de minister tenslotte aangeven wanneer de Nederlandse Zorgautoriteit met een monitor van het Eigen Risico zal komen en toezeggen deze ook aan de Eerste Kamer te zenden?

Antwoord

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de eerste monitor van het verplicht eigen risico in juli 2008 uitgebracht. Deze monitor met mijn standpunt daarover heb ik in juli 2008 aan uw Kamer gestuurd.

¹ Handelingen I 2007/08 nr. 6, blz. 215, 220–222.