

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

Nr. 37

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 26 februari 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen toe te zenden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het door de minister bij brief van 19 oktober 2007 aan de Kamer voorgelegde Besluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (31 094, nr. 36).

De op 26 november 2007 aan de minister toegezonden vragen en opmerkingen zijn, met de door de bewindsman bij brief van 26 februari 2008 toegezonden reactie, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Halsema (GL), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) en Vacature (algemeen).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Vendrik (GL), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA), Ortega-Martijn (CU) en De Wit (SP).

CDA-fractie

1

Artikel I

Onderdeel A

In onderdeel 3 staat: «de gemiddelde betaling van het verplicht eigen risico van alle verzekerden tezamen». Wordt hiermee bedoeld de gemiddelde betaling van alle verzekerden, vanaf 0 jaar, of worden hiermee bedoeld de verzekerden vanaf 18 jaar? Immers, alleen de tweede groep betaalt het verplichte eigen risico. De leden van de CDA-fractie gaan uit van de tweede interpretatie en vragen de regering of zij het artikel in die zin kan verhelderen.

Het is inderdaad zo dat uitsluitend verzekerden van achttien jaar en ouder het verplicht eigen risico verschuldigd zijn, net zoals de no-claimteruggave tot en met 31 december 2007 enkel voor verzekerden van die leeftijdsgroep geldt. Volledigheidshalve heb ik dit in de nota van toelichting bij het besluit vermeld.

In bedoeld onderdeel is aangesloten bij de huidige omschrijving van het macro-prestatiebedrag in artikel 1, onderdeel i, van het Besluit zorgverzekering. In die omschrijving is tot 1 januari 2008 ook sprake is van «de gemiddelde no-claimteruggave voor alle verzekerden tezamen». Daarom is deze omschrijving van het macro-prestatiebedrag niet gewijzigd op het punt van de groep verzekerden waarmee rekening wordt gehouden. Alleen is de formulering aangepast omdat er met ingang van 2008 immers geen sprake meer is van no-claimteruggaven die de zorgverzekeraars moeten uitkeren, maar van bedragen die de zorgverzekeraars ontvangen in verband met het verplicht eigen risico.

2

In artikel 2.17, derde lid, wordt vastgesteld dat het eigen risico over jaar t, uiterlijk op 31 december van het jaar t+1 in rekening moet zijn gebracht. Dit is de uiterste wettelijke mogelijkheid, maar wel erg laat. Immers, de behandeling kan 700 dagen eerder hebben plaatsgehad. Een eigen risico dat pas na 700 dagen in rekening wordt gebracht zal zeker ergernis opwekken. Kan de regering ervoor zorgen dat betalingen en in rekening brengen zo snel mogelijk plaatsvinden? Is de regering bereid met een voorstel te komen, waarbij de uiterste betaaldatum eerder ligt, bijvoorbeeld op 1 april 2009? Indien dit niet in 2008 kan, kan zij dan toezeggen dat dit wel in 2009 is te regelen?

Het DBC-argument overtuigt de leden van de CDA-fractie niet. Een geopende DBC kan inderdaad een jaar open blijven staan, maar één signaal naar de verzekeraar is voldoende. Verder zijn openstaande DBC's toch echt altijd duurder dan € 150.

Ik ben het met deze leden eens dat een eigen betaling effectiever is wanneer de termijn tussen het moment van zorgverlening en het moeten voldoen van de eigen betaling, zo kort mogelijk is. Omdat de zorgverzekeraars risicodragend zijn voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, hebben zij er belang bij het verplicht eigen risico zo snel mogelijk na ontvangst van de declaraties van zorgaanbieders bij hun verzekerden in rekening te brengen. Bij het in rekening brengen van het verplicht eigen risico bij hun verzekerden zullen de zorgverzekeraars hun eigen afweging maken. Naast het feit dat indien het verplicht eigen risico snel bij de verzekerde in rekening wordt gebracht het incassorisico kleiner is, speelt uiteraard ook mee de verhouding tussen de hoogte van het in rekening te brengen bedrag en de uitvoerings- en inningskosten die daarmee gemoeid zijn.

In dit kader is het van belang dat zorgaanbieders hun declaraties zo spoedig mogelijk indienen. Daarom ga ik na of in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) hiervoor een oplossing mogelijk is.

Het kabinet is niet bereid om voor het verplicht eigen risico 2008 te regelen dat de zorgverzekeraar het verplicht eigen risico uiterlijk 1 april 2009 bij de verzekerde in rekening moet brengen. Dan zou namelijk een aanzienlijk deel van de declaraties over zorg verleend in 2008 niet meetellen voor het verplicht eigen risico 2008 met opbrengstverlies van het verplicht eigen risico als gevolg. Dit acht het kabinet niet aanvaardbaar vanwege de gevolgen die dit zou hebben voor de premies.

Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek naar een mogelijke oplossing in het kader van de Wmg, zal worden bezien of met ingang van 2009 de termijn waarop de zorgverzekeraars het verplicht eigen risico bij de verzekerden in rekening moeten brengen kan worden bekort. Naar aanleiding van de opmerking dat ziekenhuizen bij het openen van een DBC een melding aan de betreffende zorgverzekeraar kunnen geven, wijs ik erop dat het opleggen van een dergelijke verplichting aan de ziekenhuizen betekent dat nieuwe administratieve lasten worden ingevoerd. Ook dit zal in de beschouwingen over mogelijke oplossingen moeten worden mee gewogen.

3

Onderdeel I

Dit onderdeel regelt wie ter compensatie van het verplichte eigen risico € 47 krijgt uitbetaald. De leden van de CDA-fractie hebben hierover een aantal vragen:

- 1. Wat is de peildatum, waarop de verzekerde verzekerd dient te zijn om in aanmerking te komen voor uitbetaling van de compensatie? Waarom is deze peildatum, die in geval van overlijden of emigratie belangrijk kan zijn, niet vastgelegd in het besluit? Komt elke verzekerde van 18 jaar of ouder op de peildatum in aanmerking voor de compensatie?*
- 2. In het debat bevestigde de regering dat het bij FKG's gaat over de FKG-indeling van 2007, ook wanneer het het jaar 2006 betreft. Kan de regering dat herbevestigen?*

1. Voor de verzekerden die op grond van hun FKG-indeling in 2006 en 2007 voor compensatie voor het verplicht eigen risico in aanmerking komen, wordt in het besluit geen peildatum geregeld. Hiervoor zal een praktische benadering worden gevolgd. Deze praktische benadering houdt in dat het CAK een controle op verzekeringsrecht zal laten uitvoeren voor de verzekerden opgenomen in de FKG-bestanden die de zorgverzekeraars aanleveren. Met een dergelijke controle, die door VECOZO (VEilige COmmunicatie in de Zorg) wordt uitgevoerd, wordt achterhaald welke verzekerden uit de FKG-bestanden in 2008 in het kader van de Zvw nog verzekeringsplichtig zijn en daarmee met ingang van 1 januari 2008 onder het verplicht eigen risico vallen. Op grond van artikel 7.4a van de Regeling zorgverzekering moeten de zorgverzekeraars in de FKG-bestanden over 2006 en 2007 die zij aan het CAK doorgeven, ook de gegevens opnemen van verzekerden die in de loop van 2008 de leeftijd van achttien jaar bereiken en die dus in de loop van 2008 onder het verplicht eigen risico komen te vallen. In het kader van de eigen bijdrageregeling AWBZ voert het CAK een GBA-toets uit voor verzekerden van achttien jaar en ouder die in een AWBZ-instelling zijn opgenomen. Met de hiervoor aangegeven praktische benadering en de GBA-toets die het CAK voor de eigen bijdrageregeling AWBZ uitvoert, wordt

bereikt dat alle Zvw-verzekerden die in 2008 achttien jaar en ouder zijn of worden en daarmee onder het verplicht eigen risico vallen of komen te vallen, in aanmerking komen voor de compensatie mits zij voldoen aan de criteria die gelden voor de uitkering bedoeld in artikel 118a van de Zorgverzekeringswet.

- Ik bevestig nogmaals dat voor de compensatieregeling 2008 wordt uitgegaan van de FKG-indeling die geldt voor 2007. Dit heb ik reeds eerder aangegeven in mijn brief van 27 september 2007 (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 18, blz. 5). Dat voor de compensatie-uitkering 2008 wordt uitgegaan van de FKG-indeling 2007, heb ik bepaald in de regeling waarmee de Regeling zorgverzekering wordt gewijzigd in verband met de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico.

4

De leden van de CDA-fractie zijn tevreden dat mensen, die een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven automatisch in aanmerking komen voor de compensatie. Zij kunnen leven met de uitzondering voor mensen van wie verwacht wordt dat zij spoedig huiswaarts kunnen keren. Echter, het feit dat echtparen, van wie één van beide partners niet in een instelling woont en de ander wel, niet in aanmerking komen, begrijpen de leden van de CDA-fractie niet. In het amendement staat:

«dit amendement voorziet erin dat mensen, die voor langere tijd zijn opgenomen in een AWBZ-instelling onder de CAK-regeling vallen». Daar is geen onderscheid tussen alleenstaanden en gehuwden. Is de regering bereid om alsnog ook een uitzondering te maken voor de mensen die onder lid 14, 1a en 14, 1d vallen? Dat zou recht doen aan de wettekst.

Geregeld wordt dat verzekerden van 18 jaar en ouder die op 1 juli 2008 zonder onderbreking langer dan een half jaar in een AWBZ-instelling zijn opgenomen, recht krijgen op de compensatie van € 47 voor het verplicht eigen risico in 2008. Hiermee wordt inderdaad beter recht gedaan aan de bedoeling van het met het amendement Omtzigt c.s. (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 21) gewijzigde artikel 118a van de Zorgverzekeringswet.

Tot deze wijziging ten opzichte van het voorgehangen concept van de algemene maatregel van bestuur is besloten omdat uit nader onderzoek bleek dat het CAK op 1 juli 2008 gegevens heeft over de verzekerden die op die datum langer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven. Ik heb deze wijziging op 6 november 2007 toegezegd tijdens de behandeling van wetsvoorstel 31 094 in de Eerste Kamer.

5

Zal het Bijdragebesluit worden aangepast, zodat niet alleen rekening wordt gehouden met betaalde premies, maar ook met het eigen risico? Zo ja, op welke wijze zal dat gebeuren?

Nee, het Bijdragebesluit zorg zal niet worden aangepast. Bij de uitvoering van artikel 9 van het Bijdragebesluit zorg wordt uit praktische overwegingen uitgegaan van de standaardpremie. Dit betekent dat met ingang van 2008 rekening wordt gehouden met het bedrag dat gemiddeld verschuldigd is aan het verplicht eigen risico, net zoals tot 1 januari 2008 rekening werd gehouden met de gemiddelde no-claimteruggave.

6

Tenslotte missen de leden van de CDA-fractie enige invulling van de motie-Wiegman-van Scheppelen-Meppink c.s. en de motie-Putters c.s. Is de regering bereid binnen vier maanden invulling te geven aan deze motie? Als de regels worden vastgesteld op 1 april, is er nog tijd genoeg om in het vierde kwartaal een uitkering te doen.

In dit stadium is het niet mogelijk al enige invulling te geven aan deze moties. Thans onderzoek ik welke mogelijkheden er zijn om voor de compensatie over 2008 invulling te geven aan de elementen opgenomen in de twee genoemde moties. Ik zal daarover rond 1 april 2008 rapporteren aan de Eerste en Tweede Kamer. In algemene zin is het niet noodzakelijk dat de regels per 1 april 2008 zijn vastgesteld.

VVD-fractie

Opmerking

De leden van de fractie van de VVD hebben zich destijds uitgesproken tegen een wetswijziging waarin de no-claim wordt afgeschaft en gelijktijdig het verplicht eigen risico wordt ingevoerd. De opmerkingen die de VVD-fractie tijdens het debat op 29 oktober 2007 hierover heeft gemaakt blijven onverkort van kracht.

Voorts constateren deze leden dat deze argumenten tot op heden door de regering onvoldoende zijn weerlegd. Zij blijven derhalve tegen deze wetswijziging. Bij de nadere precisering van deze wetswijziging hebben de leden van de fractie van de VVD geen nadere opmerkingen.

Reactie

Ik neem nota van de consistente opstelling van de leden van de fractie van de VVD.