

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. 18

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 september 2007

1. Inleiding

Op 26 september 2007 wisselden wij in eerste termijn van gedachten over het wetsvoorstel waarin de no-claimteruggaveregeling in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt vervangen door een verplicht eigen risico. Een aantal vragen van de leden heb ik toen in mijn algemene betoog beantwoord. Aan de beantwoording van een aantal meer specifieke vragen kon ik echter niet meer toekomen. Hierbij doe ik mijn toezegging gestand, om deze schriftelijk te beantwoorden.

In paragraaf 1 beantwoord ik de vragen die diverse leden hebben gesteld over de mogelijkheid om te voorzien in compensatie via de buitengewone-lastenaftrek (BU) inkomstenbelasting, in plaats van via het voorgestelde artikel 118a Zvw.

Vervolgens ga ik in op de reikwijdte van de groep die op grond van artikel 118a Zvw gecompenseerd kan worden, alsmede op de vraag op welke termijn ik voorstellen zal doen om de groep die op grond van dat artikel gecompenseerd zal worden, beter de werkelijke groep met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten te laten benaderen.

Ten slotte zal ik de overgebleven vragen per kamerlid behandelen.

2. Compensatie via de buitengewone uitgavenaftrek (BU) in plaats van via art. 118a Zvw

Ik heb in mijn eerste termijn de heer Omtzigt toegezegd schriftelijk in te gaan op de mogelijkheid om de compensatie voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten via de buitengewone uitgavenregeling vorm te geven. Ook mevrouw Kant en de heer Vendrik hebben vragen over de buitengewone uitgavenregeling gesteld. Allereerst wil ik opmerken dat in het coalitieakkoord de afspraak is gemaakt om de BU af te schaffen ook omdat deze regeling ongericht is en niet goed is toe te spitsen op chronisch zieken en gehandicapten. Uitbreiding van de

BU-regeling zal de beoogde afschaffing per 2009 onnodig bemoeilijken omdat een groot deel van de groep die voordeel heeft van de uitbreiding in 2008, dit voordeel in 2009 weer zal verliezen. Compensatie via de BU kan dus maar voor één jaar. Een groot nadeel van compensatie via de BU ten opzichte van compensatie voor het eigen risico via de CAK-regeling is dat de BU door verzekerden zelf moet worden aangevraagd. Uit onderzoeken van het Nivel blijkt dat er nog steeds een hoog niet-gebruik is onder chronisch zieken en gehandicapten, ondanks de verbeteringen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden. De doelgroep wordt dus slecht bereikt. Dat er ondanks dat circa 6 mln mensen gebruik maken van de BU, illustreert het ongerichte karakter van de regeling.

De compensatie via het CAK biedt een structurele oplossing. Groot voordeel is dat de compensatie automatisch aan verzekerden wordt uitbetaald. Ik wil ook wijzen op het feit dat de CAK-compensatie voor alle verzekerden met meerjarig onvermijdbare zorgkosten hetzelfde is namelijk € 47. De compensatie via de BU is afhankelijk van leeftijd en inkomen (marginaal tarief en drempel). De compensatie kan hierdoor veel hoger of lager uitvallen dan € 47 die nodig is om gemiddeld niet slechter af te zijn dan mensen die niet chronisch ziek zijn of om even goed af te zijn als in een systeem zonder eigen betalingen. Een nadeel van de compensatie via de BU is ook dat mensen langer op hun geld moeten wachten. Pas medio 2009 ontvangen zij hun geld. De compensatie via het CAK betekent dat verzekerden in 2008 hun geld ontvangen. Bij de CAK-route weten we dat niet iedereen bereikt wordt, maar dat diegenen die we wel bereiken ook daadwerkelijk meerjarig onvermijdelijke kosten maken. Overigens ga ik hieronder nog in op de suggesties die zijn gedaan om de doelgroep voor de CAK-regeling nog beter af te bakenen. Bij de BU-route weten we ook dat we niet iedereen bereiken vanwege een niet-gebruik van de BU-regeling dat oploopt tot 50% voor chronisch zieken en gehandicapten. De BU heeft als bijkomend nadeel dat teveel verzekerden gecompenseerd worden. Circa 60% van alle verzekerden maakt het eigen risico vol. Dat betekent dat, zelfs bij het huidige niveau van niet gebruik binnen de BU, we er vanuit kunnen gaan dat minimaal 4 miljoen verzekerden gecompenseerd worden. Zelfs zonder precieze definitie van chronisch zieken en gehandicapten is duidelijk dat dit minder gericht is. Omdat ook veel niet-chronisch zieken compensatie via de BU zullen ontvangen, kan ook niet meer worden volgehouden dat chronisch zieken gemiddeld niet slechter af zijn dan niet-chronisch zieken.

Wanneer de eigen betalingen onder de vermenigvuldigingsfactor worden geplaatst worden beneden modale huishoudens overgecompenseerd. De maximale betaling van € 150 levert dan een aftrekpost op van € 320. Het netto voordeel als gevolg van de lagere belasting bedraagt minimaal € 110 voor 65-minners en € 50 voor 65-plussers. Samen met de premieverlaging die gepaard gaat met de invoering van het eigen risico, hebben alle 65-minners dus minimaal € 78 (€ 103+€ 125-€ 150) voordeel van het eigen risico ten opzichte van een systeem zonder eigen betalingen. Ook voor 65-plussers pakt dit saldo voordelig uit (+€ 3). De mensen die door de BU-route (over)gecompenseerd worden, en die niet tot de eigenlijke doelgroep behoren, verliezen deze compensatie weer bij afschaffing van de BU in 2009. Dit leidt tot negatieve inkomenseffecten die de overhevelingoperatie verder kunnen bemoeilijken.

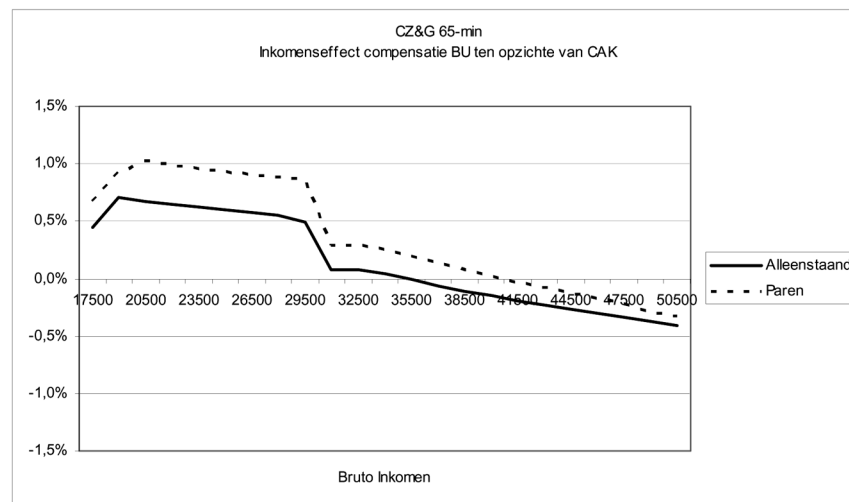
Omdat ruim 6 mln mensen gebruik maken van de BU is compensatie via deze route relatief zeer kostbaar (€ 275 mln). Om te voorkomen dat de uitgaven voor de buitengewone uitgavenregeling verder toenemen, zal een aanpassing van de drempel noodzakelijk zijn. In het vervolg schets ik een voorbeeld hoe de compensatie via de BU vorm zou kunnen krijgen. Omdat ik ervan uitga dat het niet de bedoeling is om de laagste inkomens te treffen, ga ik in mijn voorbeeld uit van een gedifferentieerde drempel.

Eveneens veronderstel ik dat het niet de bedoeling is om 65-plussers met een laag inkomen minder compensatie te geven via de BU-route. Als gevolg van het marginaal tarief zouden zij onder de BU immers maar 15,7% van de aftrek van € 150 overhouden. Ik heb daarom verondersteld dat de aftrek voor het verplichte eigen risico onder de vermenigvuldigingsfactor wordt gebracht. Voor huishoudens met een inkomen onder € 35 000 blijft de drempel 1,65%. Over het inkomen dat meer bedraagt dan € 35 000 wordt het drempelpercentage verhoogd tot 3,75%. Het niet maken van onderscheid tussen alleenstaanden en partners leidt overigens tot een ongelijke behandeling. Zonder een enkele rechtvaardigingsgrond is dit zowel politiek als juridisch moeilijk houdbaar. Als voor paren een hogere inkomensgrens zou worden gehanteerd, zou het drempelpercentage uiteraard verder moeten worden verhoogd om dezelfde opbrengst te realiseren.

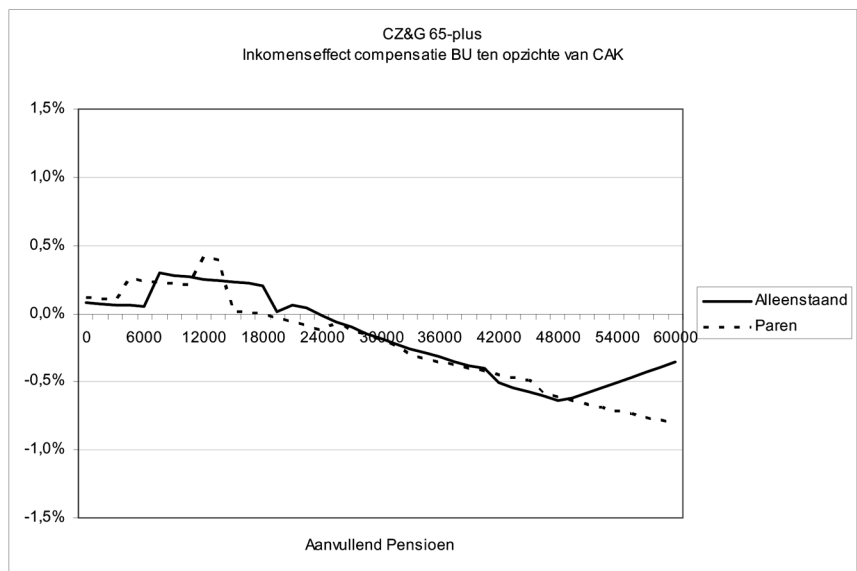
In onderstaande grafieken laat ik het verschil zien tussen de CAK-compensatie en de compensatie voor de BU voor mensen met extra zorgkosten. Ik veronderstel dat zij € 310 aan specifieke uitgaven opvoeren, een aanvullende polis hebben en hun gehele eigen risico volmaken.

Gevolgen 65-min

Alleenstaanden met een beneden modaal inkomen levert de BU-route een inkomensvoordeel op. Voor de eigen betaling van € 150 ontvangen zij € 103 aan premieverlaging en ongeveer € 150 aan BU-aftrek. Hebben huishoudens recht op huurtoeslag dan is het voordeel circa € 75 groter. Bij bovenmodale inkomens is de mutatie tussen 0 en – 1%-punt als gevolg van de hogere drempel.



Bij **paren** geldt hetzelfde als bij alleenstaanden. Het effect is alleen groter



De heer Omtzigt heeft gevraagd welke verbeteringen ik voor mij zie met betrekking tot de CAK-compensatieregeling in 2009. Ook de heer Van der Vlies, mevrouw Agema en de heer Van der Veen hebben gevraagd naar verfijning van de compensatieregeling. Zoals ik mondeling al heb aangegeven zie ik goede mogelijkheden om de compensatieregeling via het CAK te verbeteren. Ik denk daarbij aan het mede betrekken van de DKG's, het gebruik van hulpmiddelen en de intramurale AWBZ. De suggestie van de heer Van der Vlies om te kijken naar een aantal jaren hoge zorgkosten zal ik ook meenemen bij het bezien van andere mogelijkheden. Via deze verfijningen wil ik proberen de groep chronisch zieken met hoge zorgkosten, maar zonder hoge geneesmiddelenkosten, waar mevrouw Agema en de heer Van der Vlies aandacht voor hebben gevraagd, te bereiken. Voordat definitief besloten kan worden hiermee rekening te houden, wil ik eerst nagaan of de noodzakelijke gegevens beschikbaar zijn. Tevens wil ik bezien of dit behulpzaam is bij het afbakenen van de verzekerden met de meerjarig onvermijdbare hoge zorgkosten.

3. Hoe groep mensen met «meerjarige, onvermijdbare zorgkosten» beter te benaderen

De heer Omtzigt heeft gevraagd welke verbeteringen ik voor mij zie met betrekking tot de CAK compensatieregeling in 2009. Ook de heer Van der Vlies, mevrouw Agema en de heer Van der Veen hebben gevraagd naar verfijning van de compensatieregeling. Zoals ik mondeling al heb aangegeven, zie ik goede mogelijkheden om de compensatieregeling via het CAK te verbeteren. Ik denk daarbij aan het mede betrekken van de DKG's, het gebruik van hulpmiddelen en verzekerden die intramurale AWBZ-verblijfszorg genieten. De suggestie van de heer Van der Vlies om te kijken naar een aantal jaren hoge zorgkosten zal ik ook meenemen bij het bezien van andere mogelijkheden. Via deze verfijningen wil ik proberen de groep chronisch zieken met hoge zorgkosten, maar zonder hoge geneesmiddelenkosten, waar mevrouw Agema en de heer Van der Vlies aandacht voor hebben gevraagd, te bereiken. Voordat definitief besloten kan worden hiermee rekening te houden, wil ik eerst nagaan of de noodzakelijke gegevens beschikbaar zijn. De kosten voor hulpmiddelen en revalidatie worden niet separaat opgevraagd. Dat is ook de reden dat ik niet nu al voor komend jaar, 2008, deze verbeteringen kan doorvoeren. Er zijn eenvoudigweg geen gecertificeerde bestanden beschikbaar over bijvoorbeeld hulpmiddelengebruik. Ik ben wel van plan om naast de FKG's voor

farmacie na te gaan of ik een FKG voor hulpmiddelen kan ontwikkelen. Dan kan het te zijner tijd, net als de FKG's voor farmacie, meelopen in de compensatieregeling. Opgemerkt dient te worden dat bij chronisch zieken veel overlap is; als chronisch zieken onder een FKG vallen, vallen zij ook vaak onder een DKG of in de toekomst onder een FKG voor hulpmiddelen. De verfijning kan wel een voordeel bieden voor verzekerden die intramurale AWBZ-verblijfszorg genieten, voor zover zij zorgkosten maken onder de Zvw. De meerwaarde van meer parameters is echter beperkt.

4. Overige vragen van mevrouw Kant

Mevrouw Kant vroeg waarom bij het verplicht eigen risico geen liquiditeitsproblemen gelden zoals bij de no-claimteruggave.

Bij het verplichte eigen risico gaat het om een relatief gering bedrag dat bovendien kleiner is dan het bedrag dat bij de no-claimteruggave gold. Het kabinet acht het bedrag van maximaal € 150 dat per verzekerde met het verplichte eigen risico is gemoeid, een niet te zware last voor de verzekerden. Door het invoeren van het verplichte eigen risico wordt de premie in 2008 ruim € 100 lager dan indien geen verplicht eigen risico zou gelden. Verzekerden kunnen dit voordeel in de premie reserveren om het eigen risico te voldoen. Alles afwegend is het kabinet van mening dat de voordelen van het verplichte eigen risico en het terugbrengen van de financiële achterstand van mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten opwegen tegen het niet extra stijgen van de zorgkosten en de zorgpremie en de eventualiteit van liquiditeitsproblemen.

Ik wijs er overigens op dat liquiditeitsproblemen niet voor 100% zijn uit te sluiten, maar dat geldt dan ook voor de zorgpremie zelf. Bij liquiditeitsproblemen is het aangewezen dat er specifieke afspraken over betalingen worden gemaakt met de zorgverzekeraar.

Mevrouw Kant vroeg mij, evenals de heer Vendrik, om een reactie op de brief van Divosa en van de vier Grote Steden.

Divosa en de vier Grote Steden hebben de aandacht gevraagd voor het probleem dat mensen met een bijstandsuitkering het verplichte eigen risico niet kunnen betalen. Ik begrijp dat Divosa en de vier Grote Steden hier de aandacht voor vragen. Het gaat hier om een maximaal bedrag van € 150 op jaarbasis. Iedereen moet zich wel realiseren dat de invoering van het verplichte eigen risico gepaard gaat met een verlaging van de premie. Indien de verzekerden waarop Divosa en de Grote Steden doelen, binnen de compensatieregeling vallen dan wordt het probleem langs die weg opgelost. Dat zal niet voor alle burgers gelden, net zo min als alle mensen met een bijstandsuitkering gebruik maken van Zvw-zorg. Voor zover er in sommige gevallen een probleem is, ga ik ervan uit dat de verzekerde in overleg met zijn zorgverzekeraar en de betreffende gemeentelijke sociale dienst, zal bekijken hoe problemen kunnen worden opgelost.

Bij de beantwoording van de vraag van de heer Van der Veen ga ik in op de mogelijkheid van herverzekering die hij naar aanleiding van de brief van Divosa en de vier Grote Steden naar voren heeft gebracht.

Mevrouw Kant vroeg of voor de bepaling van de te compenseren groepen wordt uitgegaan van de FKG-lijst 2007.

Ik kan dit bevestigend beantwoorden; voor de bepaling van de te compenseren groep wordt uitgegaan van de FKG-lijst die voor 2007 geldt. Deze FKG-indeling 2007 wordt ook toegepast op de farmaceutische kosten die in 2006 zijn gemaakt.

Mevrouw Kant vroeg waarom niet is gekozen voor een lijst met ziektes of aandoeningen zoals bij de fysiotherapie.

Bij de uitvoering van de compensatie gelden voor mij een aantal randvoorwaarden:

- de compensatie moet de uitvoering zo min mogelijk belasten;
- de compensatie moet snel kunnen plaatsvinden;
- de compensatie moet zowel voor de verzekerden als voor de zorgverzekeraars geen administratieve belasting opleveren.

Uitgaande van deze randvoorwaarden heb ik onderzocht wat de beste systematiek voor de compensatie zou zijn. Ook de mogelijkheid die mevrouw Kant heeft genoemd, heb ik daarbij overwogen. Om de compensatie uit te kunnen voeren is het noodzakelijk dat de uitvoering geautomatiseerd kan plaatsvinden. Dat betekent dat aangesloten moet worden bij bestanden die geautomatiseerd beschikbaar zijn.

De aansluiting bij de FKG's maakt dit mogelijk. Een lijstensysteem zoals bij de fysiotherapie is bij de fysiotherapie nog wel mogelijk omdat het daar gaat om beperkte aantallen.

Bij de compensatieregeling gaat het om 1,6 mln. verzekerden. Uitvoering daarvan kan niet met behulp van een lijstensysteem, waarbij per verzekerde moet worden bepaald of hij of zij in aanmerking komt voor compensatie.

Mevrouw Kant vroeg waarom het CAK en niet de Belastingdienst de compensatieregeling uitvoert.

De Belastingdienst/Toeslagen is de komende tijd niet in staat om de uitkering van deze compensatie uit te voeren. Daarom moest ik een andere instantie zoeken. Het CAK-BZ heeft reeds taken in het kader van de AWBZ en de Wmo. Het stelt eigen bijdragen op grond van die wetten vast en int deze. Daarnaast bevoorschot en betaalt het CAK-BZ de AWBZ-zorgaanbieders voor de door hen geleverde zorg. Tussen het CAK-BZ en de Belastingdienst bestaat al jaren een goede samenwerking.

Als de Belastingdienst/Toeslagen de uitvoering weer helemaal op orde heeft en in staat is om nieuwe taken op zich te nemen, zal opnieuw moeten worden afgewogen of de uitvoering van deze compensatieregeling bij het CAK-BZ gehandhaafd blijft of niet.

Mevrouw Kant vroeg evenals heer Omtzigt of ik bereid ben een overzicht van de eigen betalingen Zvw, AWBZ en Wmo naar de Kamer toe te zenden.

Ik ben bereid een dergelijk overzicht van de eigen betalingen aan de Kamer te zenden. Ik zal dit overzicht het komend voorjaar aan de Kamer doen toekomen, tegelijk met de verdere verfijning van de criteria die voor de periode na 2008 gaan gelden voor de indeling van de te compenseren groepen verzekerden.

Mevrouw Kant vroeg waarom bijvoorbeeld preventie niet uitgezonderd kan worden van het verplichte eigen risico.

De les die van de algemene eigen bijdrageregeling in de Ziekenfondswet (1997/98) is geleerd, is dat een regeling niet te ingewikkeld moet worden gemaakt. Dan gaat een regeling aan haar complexiteit te gronde. Daarbij speelt ook dat de preventie vaak verweven is met de behandeling. Om de regeling niet te compliceren, is besloten geen onderscheid te maken tussen preventieve en niet preventieve zorgonderdelen en daarmee de preventieve onderdelen niet uit te zonderen van het verplichte eigen risico. Daarnaast gaat het uitzonderen van zorgonderdelen uiteraard gepaard met opbrengstverlies.

Mevrouw Kant vroeg of het gelijkstellen van het vrijwillig aan verplicht eigen risico niet kon worden vastgelegd.

Met de eerste nota van wijziging is het mogelijk gemaakt dat zorgverzekeraars geen onderscheid meer hoeven te maken tussen de zorgvormen die onder het verplichte respectievelijk het vrijwillige eigen risico vallen. Omdat de zorgverzekeraars zelf op deze mogelijkheid hebben aangedrongen, ga ik ervan uit dat zij van de geboden mogelijkheid

gebruik zullen maken. Ik vind het te ver gaan om de zorgverzekeraars daartoe te verplichten.

Mevrouw Kant heeft mij gevraagd om een reactie op het advies dat Actal op 25 april jl. met betrekking tot het wetsvoorstel heeft voorgelegd. Naar aanleiding van haar vraag geef ik eerst nog eens weer wat de opvatting was van Actal over het aan hem voorgelegde wetsvoorstel.

- Actal was van mening dat door het wetsvoorstel de administratieve lasten voor bedrijven en burger substantieel zouden stijgen. Hierbij verwees Actal naar vroegere berekeningen bij de invoering van de no-claimteruggave die destijds is vergeleken met de invoering van een systeem van eigen risico en eigen bijdrage.
- Ook vond Actal dat onvoldoende inzichtelijk was gemaakt of voor de invoering van het wetsvoorstel de zorgverzekeraars waren geconsulteerd. Actal verwachtte dat de huidige invoeringsdatum van 1 januari 2008 te snel zou zijn.
- Actal adviseerde de structurele en incidentele administratieve lasten voor bedrijven en burgers in beeld te brengen en hierbij gebruik te maken van het Standaardkostenmodel.
- Ook vond Actal dat de gekozen afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten haaks zou staan op de doelstelling om de administratieve lasten te beperken. Hiermee doelde Actal op het feit dat de groep mensen die compensatie krijgt in 2009 kan verschillen van 2008.
- Actal adviseerde te voorkomen dat de administratieve lasten voor de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten zou toenemen.
- Actal constateerde voorts dat er onvoldoende aandacht was besteed aan alternatieven, die mogelijk minder administratieve lasten voor het bedrijfsleven en voor burgers zouden opleveren. Daarbij constateerde Actal dat ik niet zou hebben gekozen voor het minst belastende alternatief.
- Actal adviseerde binnen het doel van de wet en in de uitvoering alternatieven in beeld te brengen die minder administratieve lasten zouden veroorzaken en bedrijven en burgers hierbij te betrekken.

Zoals ik ook in de nota naar aanleiding van het verslag heb aangegeven, is het onderhavige wetsvoorstel onder tijdsdruk voorbereid. Dit betekende ook dat Actal zijn oordeel moest baseren op een conceptvoorstel waarin de administratieve lasten nog niet voldoende in beeld waren gebracht. Ook was het overleg met zorgverzekeraars en het CAK nog niet volledig afgerond. Het advies van Actal vormde voor mij de aanleiding om het punt van de administratieve lasten opnieuw onder de loep te nemen. In de memorie van toelichting die gevoegd was bij het wetsvoorstel dat aan de Kamer is aangeboden, heb ik, in lijn met het advies van Actal, de administratieve lasten uitgebreid in kaart gebracht. Als ik kijk naar de lasten voor verzekerden en het bedrijfsleven – en dan gaat het vooral om zorgverzekeraars –, dan is mijn conclusie dat de lasten, gezien het doel van dit wetsvoorstel verantwoord zijn. De uitvoerbaarheid en de administratieve lasten zijn zelfs bepalend geweest bij de keuze voor het verplichte eigen risico.

Ik noem de belangrijkste aspecten daarbij:

Een verplicht eigen risico is door zorgverzekeraars goed uit te voeren. De ICT-systemen van zorgverzekeraars zijn daar op ingesteld.

De gekozen vorm van compensatie is voor zorgverzekeraars het minst belastend.

Het verplichte eigen risico geldt voor elke verzekerde van achttien jaar en ouder. Zorgverzekeraars hoeven daarom geen onderscheid te maken in hun verzekerdenbestand.

Voor de burger zijn lasten nog beperkter omdat hij voor de compensatie de facto geen handelingen hoeft te verrichten. De burger hoeft geen

formulieren in te vullen; de compensatie wordt immers automatisch op zijn rekening gestort.

Mevrouw Kant, evenals de heer Omtzigt, vroeg of de tweede evaluatie no-claimteruggaveregeling naar de Tweede Kamer kon worden toegezonden.

Van de tweede evaluatie van de no-claimteruggaveregeling was op het moment van de plenaire behandeling een laatste concept beschikbaar. Na overleg met het onderzoeksbureau is besloten u dit concept toe te zenden. Bijgevoegd treft u dit aan¹.

Mevrouw Kant vroeg waarom er niet gecompenseerd wordt via de zorgtoeslag.

De zorgtoeslag is een generieke compensatie waarbij uitgegaan wordt van een standaardpremie en het inkomen. Voor het bepalen van de hoogte van de zorgtoeslag zijn dus slechts twee gegevens nodig. De compensatie via het CAK is een specifieke compensatie voor mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten en niet voor mensen met een laag inkomen. Het voorstel om mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten een toeslag te geven bovenop de bestaande zorgtoeslag, zou de zorgtoeslag zo complex maken dat deze niet meer uit te voeren is.

Mevrouw Kant vroeg of er niet een tweedeling ontstaat als bepaalde zorgverzekeraars verzekerden van het verplicht eigen risico vrijstellen en andere dit niet doen.

In de situatie die mevrouw Kant voorlegt gaat het om een actieve zorgverzekeraar die veel werk maakt van het contracteren van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Dit betekent dat die zorgverzekeraar zich veel inspanningen getroost in het belang van zijn verzekerden. Voor zorgverzekeraars is het dan van belang dat mensen ook van dat goede aanbod gebruik maken. Het ligt dan ook in de rede dat zorgverzekeraars het gebruik daarvan stimuleren door voor dat zorgaanbod een (gedeeltelijke) vrijstelling van het verplichte eigen risico aan te bieden. Als verzekerden dan vervolgens toch een andere keuze willen maken, is dat hun eigen beslissing. Zij moeten dan ook aanvaarden dat zij wel het verplichte eigen risico geheel of gedeeltelijk moeten betalen. De verzekerde weet dat dit de consequentie is van zijn keuze. Hij kan dan ook zelf de afweging maken.

5. Overige vragen van de heer Omtzigt

De heer Omtzigt vroeg of ik in het voorjaar van 2008 met een AMvB kom om de kosten van zorg gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico te houden. Daarbij vraagt de heer Omtzigt of daarbij DBCs in prijsklassen worden gedeeld en of dure DBCs gedeeltelijk voor rekening van het eigen risico komen en minder dure geheel. De heer Omtzigt vraagt of ik daarbij ook op geneesmiddelen wil ingaan. Ook de heer Van der Vlies vermeldde dit.

Ik ben inderdaad voornemens in het voorjaar 2008 een dergelijke AMvB voor te bereiden. Zoals in de Memorie van Toelichting en de Nota naar aanleiding van het verslag reeds is meegedeeld, is het de bedoeling dat met ingang van 2009 bij bepaalde dure zorgvormen, zoals ziekenhuiszorg of medisch-specialistische zorg, niet de gehele zorgkosten maar slechts een deel daarvan meetellen voor het verplichte eigen risico. Ik zal daarbij ook bezien of dit ook voor dure geneesmiddelen moet gaan gelden. Uiteraard moet bij dit soort verfijningen de uitvoerbaarheid in de gaten worden gehouden.

De heer Omtzigt vraagt of ik met zorgverzekeraars gesproken heb om te bewerkstelligen dat zorgverzekeraars die vormen van zorg buiten het

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

vrijwillig eigen risico plaatsen, die de wetgever buiten het verplichte eigen risico zal plaatsen.

Dit is inderdaad met zorgverzekeraars besproken. Zorgverzekeraars hebben zelf aangedrongen op het gelijktrekken van de zorgvormen die onder het verplichte respectievelijk het vrijwillige eigen risico vallen. Met de eerste nota van wijziging is hier uitvoering aan gegeven.

De heer Omtzigt vroeg hoeveel eigen risico een EU-burger moet betalen, die hier tijdens een vakantie van twee weken zorg gebruikt in het ziekenhuis.

Buitenlands sociaal verzekerden die tijdelijk in Nederland verblijven, hebben op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening (de Verordening) en van bilaterale sociale zekerheidsverdragen in Nederland recht op de zorg die nodig wordt tijdens hun verblijf, volgens de Nederlandse wettelijke regeling. Aangezien het eigen risico onderdeel is van de zorgaanspraken, zal een buitenlandse verzekerde er ook mee worden geconfronteerd. Buitenlandse verzekerden die in Nederland wonen, worden geconfronteerd met hetzelfde eigen risico als Nederlandse verzekerden. Het verplicht eigen risico wordt geïnd door zorgverzekeraar CZ, die de zorg voor hen organiseert.

Voor buitenlandse verzekerden die tijdelijk in Nederland verblijven, is het toe te rekenen deel in de regel zo gering (het eigen risico gerelateerd aan de verblijfsduur in Nederland is ongeveer € 0,41 per dag) dat om uitvoeringstechnische redenen van het in rekening brengen van een eigen risico afgezien wordt.

De heer Omtzigt vroeg hoeveel eigen risico in rekening wordt gebracht als een Nederlander in Gronau wordt behandeld, bijvoorbeeld omdat de ambulance daar sneller is vanuit Denekamp dan in Enschede. Daarbij vraagt de heer Omtzigt of je in dat geval dan in één jaar twee keer je verplicht eigen risico kunt volmaken.

Nederlandse verzekerden kunnen op twee manieren zorg invoeren in het buitenland:

- op grond van de polis van de Zorgverzekering, of
- met gebruikmaking van de bepalingen van de Verordening respectievelijk van bilaterale sociale zekerheidsverdragen.

De Zvw biedt werelddekking. Verzekerden zijn, waar ter wereld zij zich ook bevinden, precies zo verzekerd als in Nederland. Alle verzekerden hebben, wanneer zij met gebruikmaking van hun Zvw-polis zorg invoeren in het buitenland, te maken met het verplichte eigen risico.

Wel kunnen Nederlands verzekerden op grond van de Verordening of de verdragen zorg invoeren die bij een tijdelijk verblijf in het buitenland noodzakelijk wordt. De zorg wordt dan verleend overeenkomstig de wettelijke regeling van het land waar de zorg wordt verleend. Daar kan dan misschien wel een eigen bijdrage gevraagd worden, afhankelijk van het daar geldende systeem. Het Nederlandse eigen risico ziet daar niet op, want geldt alleen bij zorg op grond van de *Nederlandse* wettelijke regeling.

Daarbij is het niet zo dat je in dat geval je verplicht eigen risico twee keer kan volmaken bij het gebruik van zorg in het buitenland.

De heer Omtzigt wil graag de toezegging dat de Belastingdienst ten behoeve van de uitvoering van de compensatieregeling rekeningnummers van compensatiegerechtigden aan het CAK stuurt.

Het CAK gebruikt andere gegevensbestanden dan de Belastingdienst, deze koppelen is technisch niet mogelijk en zal tot grote uitvoeringsproblemen bij de Belastingdienst leiden. Bovendien leidt het voorstel tot hoge administratieve lasten. Zorgverzekeraars moeten immers bij twee instanties gegevens aanleveren. Dit betekent dus een aanzienlijke toename van de administratieve lasten en vergroting van de complexiteit

in de uitvoering van de compensatieregeling. Bovendien kan, zoals staatssecretaris De Jager reeds meerdere malen heeft aangegeven, de Belastingdienst er geen taken bij hebben. Ik kan de gevraagde toezegging derhalve niet doen.

Het CAK krijgt rekeningnummers geautomatiseerd van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars gebruiken de rekeningnummers immers al ten behoeve van de uitbetaling van de no-claimteruggave.

De heer Omtzigt wil graag de toezegging dat over 2 à 3 jaar een evaluatie zal plaatsvinden.

Dit wetsvoorstel is een wijzigingsvoorstel van de Zvw en leidt niet tot een zelfstandige wet. Daarom is de algemene evaluatiebepaling van de Zvw (art. 125) van toepassing. Net als bij de no-claimteruggaveregeling zal ik de werking van het verplichte eigen risico monitoren.

6. Overige vragen van de heer Vendrik

Naar aanleiding van de vraag van de heer Vendrik worden in de onderstaande tabellen de effecten weergegeven bij een variant waarbij personen die in aanmerking komen voor compensatie worden uitgesloten van een verplicht eigen risico in plaats van de compensatie via het CAK.

In de onderstaande tabellen wordt aangesloten bij de opzet die is gekozen in de Nota naar aanleiding van het verslag. Uit de tabellen blijkt dat het resulterende effect voor personen met recht op compensatie in de uitsluitingsvariant gelijk is aan de CAK-variant voor mensen met recht op zorgtoeslag. De mensen zonder recht op zorgtoeslag gaan er op vooruit. De hogere inkomens hebben dus voordeel van de variant waar de heer Vendrik om heeft verzocht. Dit is het geval omdat de dubbele compensatie die dan optreedt (via uitsluiting van het verplicht eigen risico en lagere premie) alleen bij de lagere inkomensgroepen wordt gecorrigeerd via een lagere zorgtoeslag.

In deze variant veranderen er enkele zaken ten opzichte van de variant met CAK-compensatie. Door 1,6 miljoen verzekerden uit te sluiten van het verplichte eigen risico, dalen de opbrengsten van dit verplichte eigen risico. De gemiddelde eigen betalingen uit hoofde van het verplichte worden in deze situatie € 90. De premie wordt dus in deze situatie dan € 922 (1012-90). Personen die worden uitgesloten van het eigen risico dienen natuurlijk niet via de zorgtoeslag gecompenseerd te worden voor dat eigen risico; in dat geval zou immers sprake zijn van overcompensatie. Dit betekent dus dat de zorgtoeslag ten opzichte van de variant met CAK-compensatie voor hen daalt met € 90 (het saldo van het gemiddelde aan eigen betalingen dat in de zorgtoeslag zit (€ 103) en de premiestijging (€ 13). Personen die niet zijn uitgesloten van dit eigen risico gaan dus € 13 meer zorgtoeslag ontvangen door de hogere premie en de gelijkblijvende gemiddelde eigen betalingen voor deze groep.

Uit onderstaande tabellen blijkt dat de effecten die resulteren in het uitsluiten voor het eigen risico van personen met meerjarige onvermijdbare hoge kosten voor vrijwel alle groepen leiden tot dezelfde uitkomst als in de variant met CAK-compensatie. Alleen personen met meerjarig hoge kosten en een hoog inkomen gaan er door in de uitsluitingsvariant op vooruit.

Tot die variant is om een aantal redenen niet besloten. Een belangrijke reden is dat die variant zowel de verzekeraars als de Belastingdienst in veel sterkere mate belast dan de nu in het wetsvoorstel voorziene compensatie. Verzekeraars en de Belastingdienst Toeslagen hoeven in de

variant met CAK-compensatie immers geen onderscheid te maken tussen personen met en zonder meerjarig hoge kosten.

Een andere reden waarom niet voor de uitsluiting is gekozen, is dat er daarmee geen complicaties optreden voor het risicovereveningssysteem. Daarin hoeft geen rekening te worden gehouden met het aandeel verzekerden dat van het verplicht eigen risico is uitgezonderd. Tot slot bestaat in de CAK-variant de mogelijkheid voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder om gebruik te maken van de toekomstige mogelijkheid van zorgverzekeraars om het verplicht eigen risico te gebruiken als sturingsinstrument gericht op doelmatige zorgarrangementen en preventieprogramma's. Een volgend nadeel is dat personen die geen zorgtoeslag ontvangen dubbel gecorrigeerd worden via enerzijds de uitsluiting van het verplichte eigen risico en anderzijds een lagere premie.

Gecompenseerde verzekerde

No-claimteruggave (2007)	Geen eigen betaling	Eigen risico = 150	Compensatie	Eigen risico = 150
Uitsluiting				
Premie	1 103	1 012	909	922
No-claimteruggave	- 0			
Gemiddeld eigen risico			150	0
Compensatie			47	0
Totaal zonder zorgtoeslag	1 103	1 012	1 012	922
Mutatie zorgtoeslag				- 90
Totaal met zorgtoeslag	1 103	1 012	1 012	1 012

Niet gecompenseerde verzekerde

No-claimteruggave (2007)	Geen eigen betaling	Eigen risico = 150	Compensatie	Eigen risico = 150
Uitsluiting				
Premie	1 103	1 012	909	922
No-claimteruggave	- 105			
Gemiddeld eigen risico			103	103
Compensatie				
Totaal zonder zorgtoeslag	998	1 012	1 012	1 025
Mutatie zorgtoeslag				+ 13
Totaal met zorgtoeslag	1 103	1 012	1 012	1 012

zorgkosten € 0		Compensatie				Uitsluiting	
		no claim	geen eigen betaling	ER = 150 geen recht	ER = 150 wel recht	ER = 150 geen recht	ER = 150 wel recht
		Premie	1103	1012	909	909	922
No claim teruggave	-255						
Eigen betalingen				0	0	0	
Compensatie				0	0	0	
Mutatie zorgtoeslag					13	-90	
Totaal	848	1012	909	909	909	1012	

zorgkosten € 150		Compensatie				Uitsluiting	
		no claim	geen eigen betaling	ER = 150 geen comp	ER = 150 wel comp	ER = 150 geen recht	ER = 150 wel recht
		Premie	1103	1012	909	909	922
No claim teruggave	-105						
Eigen betalingen			150	150	150	0	
Compensatie				-47	0	0	
Mutatie zorgtoeslag					13	-90	
Totaal	998	1012	1059	1012	1059	1012	

zorgkosten € 255		Compensatie				Uitsluiting	
		no claim	geen eigen betaling	ER = 150 geen comp	ER = 150 wel comp	ER = 150 geen recht	ER = 150 wel recht
		Premie	1103	1012	909	909	922
No claim teruggave	0						
Eigen betalingen			150	150	150	0	
Compensatie				-47	0	0	
Mutatie zorgtoeslag					13	-90	
Totaal	1103	1012	1059	1012	1059	1012	

zorgkosten € 500		Compensatie				Uitsluiting	
		no claim	geen eigen betaling	ER = 150 geen comp	ER = 150 wel comp	ER = 150 geen recht	ER = 150 wel recht
		Premie	1103	1012	909	909	922
No claim teruggave	0						
Eigen betalingen			150	150	150	0	
Compensatie				-47	0	0	
Mutatie zorgtoeslag					13	-90	
Totaal	1103	1012	1059	1012	1059	1012	

De heer Vendrik vraagt waarom in het onderhavige wetsvoorstel bij de compensatie van chronisch zieken en gehandicapten wordt gewerkt met een andere definitie van chronisch zieken en gehandicapten dan in de buitengewone uitgavenregeling.

De compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten via het CAK heeft betrekking op verzekerden die meerdere jaren op grond van hun ziektebeeld het verplicht eigen risico volmaken. In de fiscaliteit zijn personen chronisch ziek of gehandicapt als ze jonger zijn dan 65 jaar, niet arbeidsongeschikt zijn en minimaal 315 euro aan bepaalde zorgkosten hebben. Via de fiscale definitie wordt de doelgroep slecht bereikt. Het kabinet heeft dan ook besloten de buitengewone uitgavenregeling per 2009 af te schaffen en maatwerk voor chronisch zieken en gehandicapten te bieden via de gemeenten.

De heer Vendrik vraagt waarom de regering er niet voor heeft gekozen om de eigen bijdragen inkomensafhankelijk te maken. Inkomensafhankelijkheid kan niet via zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben geen inkomensgegevens, en *mogen* die ook niet hebben. De enige die deze gegevens wel heeft, is de Belastingdienst. Gegeven de uitvoeringsproblemen bij de Belastingdienst, is een inkomensafhankelijk systeem van eigen betalingen deze kabinetsperiode niet invoerbaar. Sowieso is de financiering van de Zvw al voor 50% inkomensafhankelijk. Dat is ook wettelijk vastgelegd. Het verplichte eigen risico valt in het nominale deel. Zonder verplicht eigen risico zou de nominale premie hoger moeten zijn. En voor het nominale deel geldt bovendien de zorgtoeslag.

De heer Vendrik heeft gevraagd naar de inkomenseffecten van de invoering van het verplicht eigen risico. Voor chronisch zieken en gehandicapten nemen de eigen betalingen door de invoering van het eigen risico met 103 euro toe (€ 150–€ 47). De premie neemt echter met € 194 euro af (– € 255+€ 164–€ 103). Per saldo een vooruitgang van € 91. Op de zorgtoeslag heeft de operatie geen effect, aangezien de premie evenveel daalt als de gemiddelde eigen betaling stijgt.

Tabel 1. Effecten in euro's

Effect in euro's	Hoge zorgkosten met cak compensatie	Hoge zorgkosten zonder cak compensatie	Gemiddelde kosten	Geen kosten
Premie	€ 194,00	€ 194,00	€ 194,00	€ 194,00
No claim teruggaaf	€ 0	€ 0	– € 91,00	– € 255,00
Eigen risico	– € 150,00	– € 150,00	– € 103,00	€ 0
CAK vergoeding	€ 47,00	€ 0	€ 0	€ 0
Totaal effect	€ 91,00	€ 44,00	€ 0	– € 61,00

Tabel 2. Inkomenseffecten

Koopkrachtcijfers	Hoge zorgkosten met cak compensatie	Hoge zorgkosten zonder cak compensatie	Gemiddelde kosten	Geen kosten
<i>Actieven:</i>				
Alleenverdiener met kinderen				
modaal	0,7%	0,4%	0,0%	– 0,5%
2x modaal	0,5%	0,2%	0,0%	– 0,3%
Tweeverdieners				
modaal + ½x modaal met kinderen	0,5%	0,3%	0,0%	– 0,3%
2x modaal + ½x modaal met kinderen	0,4%	0,2%	0,0%	– 0,2%
modaal + modaal zonder kinderen	0,5%	0,2%	0,0%	– 0,3%
2x modaal + modaal zonder kinderen	0,3%	0,2%	0,0%	– 0,2%
Alleenstaande				
minimumloon	0,7%	0,3%	0,0%	– 0,4%
modaal	0,5%	0,2%	0,0%	– 0,3%
2x modaal	0,3%	0,1%	0,0%	– 0,2%
Alleenstaande ouder				
minimumloon	0,5%	0,2%	0,0%	– 0,3%
modaal	0,3%	0,2%	0,0%	– 0,2%
<i>Inactieven:</i>				
Sociale minima				
paar met kinderen	1,1%	0,5%	0,0%	– 0,7%
alleenstaande	0,9%	0,4%	0,0%	– 0,6%
alleenstaande ouder	0,6%	0,3%	0,0%	– 0,4%
AOW (alleenstaand)				
(alleen) AOW	0,8%	0,4%	0,0%	– 0,5%
AOW +10 000	0,5%	0,2%	0,0%	– 0,3%
AOW (paar)				
(alleen) AOW	1,2%	0,6%	0,0%	– 0,8%
AOW +10 000	0,8%	0,4%	0,0%	– 0,5%

Het bovenstaande biedt een cijfermatige illustratie van mijn stelling tijdens het debat dat mensen met langdurige onvermijdbare zorgkosten er financieel op vooruit gaan.

7. Overige vragen van mevrouw Agema

Mevrouw Agema vroeg of ook chronisch zieken zonder medicijnkosten in aanmerking komen voor de in artikel 118a Zvw voorziene compensatie. Dat zal in 2008 niet het geval zijn. Zoals gezegd, zullen in 2008 slechts verzekerden die in 2006 en 2007 onder een FKG vielen (behalve de FKG voor hoog cholesterol) voor compensatie in aanmerking komen. Dit naast de premieverlaging als gevolg van de invoering van het verplichte eigen risico, die voor alle verzekerden geldt. Zoals in paragraaf 3 reeds aangegeven, zal ik in 2008 wel nagaan, of het mogelijk is de groep mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten beter te benaderen, en voor hen ook de compensatie van € 47 te bieden, bijvoorbeeld door ook verzekerden die niet onder een FKG vallen maar die wel chronisch hulpmiddelen nodig hebben, voor de compensatie in aanmerking te brengen. Blijkt dat mogelijk te zijn, dan zullen ook chronisch zieken die geen medicijnen gebruiken maar wel dergelijke andere zorgkosten maken, compensatie kunnen ontvangen.

Mevrouw Agema geeft aan dat het wetsvoorstel overkomt als een besparingsmaatregel. Deze besparingsmaatregel komt naar de mening van mevrouw Agema juist ten laste van de mensen die zorg nodig hebben en leidt – zoals het wetsvoorstel nu is vormgegeven – tot een hoop rompslomp. Mevrouw Agema vraagt of niet op een andere wijze bespaard had kunnen worden. Kunnen bijvoorbeeld in plaats hiervan ziekenhuizen niet worden geprikkeld om efficiënt te gaan werken?

Het verplicht eigen risico is zeker niet primair een besparingsmaatregel, maar dient vooral om de financiële achterstand die verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten onder de no-claimteruggaveregeling hebben, terug te brengen.

Het kabinet is van mening dat de burger ook voor een beperkt deel financieel mag bijdragen aan de voortdurend stijgende zorgkosten. Eigen betalingen dragen bij aan de afweging of het wel nodig is een beroep te doen op zorg. Daarom voeren wij dit eigen risico in. De beste methode om te besparen is immers dat mensen geen beroep doen op zorg als dat niet perse nodig is.

Echter, wat mevrouw Agema zegt, namelijk dat ook ziekenhuizen kunnen worden geprikkeld om efficiënt te werken, is evenzeer van belang.

Daarom doe ik allebei:

- ik bevorder met dit verplicht eigen risico dat ook verzekerden zelf een zekere verantwoordelijkheid dragen voor de kosten van zorg;
- ik doe er ook alles aan om zodanige prikkels in te voeren dat ziekenhuizen gestimuleerd worden zo efficiënt mogelijk te werken.

8. Overige vragen van mevrouw Schippers

De ervaring leert dat eigen bijdragenregelingen voor zorg slecht kort van kracht blijven. Mevrouw Schippers vraagt hoe lang de nieuwe regeling ongewijzigd van kracht zal blijven.

Het kabinet gaat ervan uit dat met dit wetsvoorstel de basis is gelegd voor het toekomstige eigen risico in de Zvw. Voor de periode na 2008 vindt verdere verfijning en invulling plaats. Voor die verdere verfijning en invulling biedt het wetsvoorstel de mogelijkheden om daar bij AMvB uitwerking aan te geven. Het gaat hierbij niet om een principiële wijziging maar om gebruikmaking van mogelijkheden die reeds in het wetsvoorstel zijn opgenomen.

Mevrouw Schippers constateert dat kleine zorggebruikers in dit wetsvoorstel tot € 150 zelf moeten betalen, grote zorggebruikers krijgen een compensatie. Mevrouw Schippers vraagt of de minister kan aangeven waarom het rechtvaardig is dat kleine gebruikers dus meer gaan betalen dan grote gebruikers.

Voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder geldt een verplicht eigen risico van € 150. Dit geldt voor zowel kleine als grote zorggebruikers. Compensatie is er voor mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Daarbij is het uitgangspunt dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten niet slechter maar ook niet beter af moeten zijn dan de gemiddelde verzekerden.

Mevrouw Schippers vraagt waarom de regering niet wil regelen dat een afschrift van de rekening naar de patiënt gaat. Alleen zo kan deze toch weten of hij terecht voor een bedrag aan eigen risico wordt aangeslagen. En bovendien kan hij zo eventuele onjuiste rekeningen van de zorgaanbieder corrigeren.

Als dit wordt opgelegd aan zorgaanbieders, leidt dit tot extra administratieve lasten voor zorgaanbieders. Als dit wordt opgelegd aan zorgverzekeraars, komt dat in strijd met de EU-richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf. Dat doet er natuurlijk niet aan af dat ik het toe zou juichen, als zorgaanbieders of de zorgverzekeraars uit zichzelf een afschrift van de rekening aan de verzekerde zouden zenden. Ik ben het met mevrouw Schippers namelijk eens dat dit om meerdere redenen goed zou zijn:

- verzekerden worden zich bewust van de gemaakte zorgkosten;
- daarmee zijn er meer controlemogelijkheden voor zorgverzekeraars;
- daarmee is er meer transparantie in de kosten van de gezondheidszorg.

Mevrouw Schippers vroeg of het de bedoeling is dat de regeling inzake het verplicht eigen risico per 1 januari 2009 vervangen wordt door een regeling waarin alleen een verplicht eigen risico geldt als iemand niet naar een preferred provider gaat.

Bij de AMvB-mogelijkheid waar mevrouw Schippers op doelt, gaat het om een verfijning en verdere invulling van het onderhavige wetsvoorstel. Met die AMvB worden zorgvormen aangewezen die de zorgverzekeraars geheel of gedeeltelijk kunnen uitsluiten van het verplicht eigen risico, en dit onder bij in die AMvB op te nemen voorwaarden. Zorgverzekeraars kunnen, binnen de randvoorwaarden geregeld in die AMvB, zelf invulling geven aan die geboden mogelijkheid. Het hangt dus af van de invulling die de zorgverzekeraars hier zelf aan geven. Dit hoeft niet te betekenen dat de zorgverzekeraars op een uniforme wijze invulling geven aan deze bij AMvB geboden mogelijkheid.

9. Overige vragen van mevrouw Wiegman

Mevrouw Wiegman vroeg hoe het CAK zal omgaan met bezwaarschriften van verzekerden die vinden dat zij ten onrechte geen compensatie hebben ontvangen. Zal het CAK de te verwachten stroom bezwaarschriften wel kunnen verwerken?

Het CAK compenseert mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Vooral nog zijn dat mensen die in 2006 en 2007 onder een FKG (behalve de FKG «hoog cholesterol») vielen. De zorgverzekeraars leveren het CAK bestanden met deze verzekerden aan. Indien een verzekerde van mening is ten onrechte geen compensatie te ontvangen, zal hij hierover een beschikking bij het CAK aanvragen. Het CAK zal vervolgens contact op moeten nemen met de zorgverzekeraar van de verzekerde, om na te gaan of betrokkene misschien niet toch in 2006 en 2007 onder een FKG viel. Is dat niet het geval, dan zal het CAK een afwijzende beschikking verzenden. De verzekerde kan daar bij het CAK tegen in bezwaar gaan. Het CAK zal

vervolgens een beslissing op bezwaar moeten uitbrengen. Uiteraard zal het daarbij doorgaans verstandig zijn dat het CAK nogmaals bij de zorgverzekeraar van de verzekerde te rade gaat over het daadwerkelijke medicijngebruik.

Vooralsnog heb ik geen signalen ontvangen waaruit zou blijken dat het CAK niet in staat zou zijn bezwaarschriften tijdig af te handelen. Daarbij zal een rol spelen dat in het bedrag dat het CAK voor de uitvoering van de compensatieregeling zal ontvangen rekening wordt gehouden met het feit dat het CAK bezwaren zal moeten behandelen.

10. Overige vragen van de heer Van der Vlies

De heer Van der Vlies en ook mevrouw Koşer Kaya vragen waarom er geen 0, 100, 255 of 500 euro aan verplicht eigen risico is.

Een verplicht eigen risico van € 150 per verzekerde van achttien jaar en ouder brengt een niet te zware last met zich mee voor de verzekerde. Met een verplicht eigen risico van € 150 wordt een goede balans bereikt tussen het niet extra stijgen van de zorgkosten en de mogelijke liquiditeitsgevolgen. Daarmee wordt hetzelfde gedrageseffect bereikt als bij de no-claimteruggave het geval is. Een en ander past bij de beperkte doelstelling van het onderhavige wetsvoorstel. Dat is immers met name gericht op herstel van de financiële achterstand van verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten onder de no-claimteruggaveregeling.

De heer Van der Vlies vroeg naar het verschil in nieuwe en oude eigen bijdragen die wel of niet ten laste gaan van het verplichte eigen risico. Hij heeft vervolgens gevraagd of ik met een eenvormige benadering zou kunnen komen.

Naar aanleiding van deze vraag merk ik op dat ik net als nu bij de no-claimteruggave het geval is, besloten heb de van oudsher bestaande bijdragen in stand te laten. Hiertoe is besloten omdat de opbrengst van deze eigen bijdragen niet kan worden gemist. Daarbij heb ik ook overwogen dat het bij de bestaande eigen bijdragen vaak gaat om bijbetalingen met een specifiek doel, bijvoorbeeld medefinanciering, bevordering zuinig gebruik en dergelijke. Het gaat om eigen bijdragen voor bepaalde hulpmiddelen, waarbij ik onder eigen bijdragen ook het fenomeen van maximale vergoedingen reken, om bijdragen voor ziekenvervoer, voor geneesmiddelen als onderdeel van het geneesmiddelenvergoedingssysteem en, vanaf 1 januari 2008, ook om eigen bijdragen voor de eerstelijnspsycholoog en de psychotherapie. Ook bestaat van oudsher een eigen bijdrage voor kraamzorg. Omdat verloskunde en kraamzorg op grond van internationale verdragen zijn uitgezonderd van het verplichte eigen risico, bestaat er hier geen samenloop.

Indien de bestaande eigen bijdragen bij het verplichte eigen risico zouden worden betrokken, zouden deze meetellen voor het bereiken van maximum van het verplichte eigen risico. De opbrengst daarvan zou dan voor een belangrijk deel wegvallen. Dit zou ook gelden onder de no-claimteruggaveregeling.

Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om bij AMvB vormen van zorg aan te wijzen waarvoor een zorggebonden bijdrage geldt. Deze tellen wel mee voor het bereiken van verplichte eigen risico van € 150.

De verschillen in uitgangspunten tussen de bestaande en de nieuwe eigen bijdragen maken een eenvormige benadering zoals de heer Van der Vlies voorstaat niet mogelijk.

De heer Van der Vlies wil graag een reactie op het feit dat de Raad van State zegt dat er een inhoudelijke keuze moet zijn om de groep die compensatie krijgt, te kunnen afbakenen. De wet geeft geen inhoudelijke criteria.

De indeling in de FKG's is naar haar aard geregeld in lagere regelgeving. Omdat in de formele wet niet kan worden verwezen naar een specifieke lagere wettelijke regeling, is omschrijving van de rechthebbenden in de formele wet niet mogelijk (aanwijzing 78, derde lid, van de Aanwijzingen voor de regelgeving).

De heer Van der Vlies heeft een wetstechnische vraag over het gebruik van het gebruiken van Onze minister stelt bij regeling in plaats van «bij ministeriële regeling». De Wet op de zorgtoeslag is door de drie bewindslieden ondertekend. Het gebruik van «bij ministeriële regeling wordt vastgesteld» leidt in dit geval tot onduidelijkheid. Het is namelijk dan niet duidelijk wie de ministeriële regeling zou moeten opstellen. De tekst sluit aan bij de aanwijzingen voor de regelgeving die zeggen dat in zo'n geval moet worden geschreven dat: Onze Minister stelt bij regeling vast. Onze Minister is in de Wet op de zorgtoeslag in artikel 1 gedefinieerd als de Minister van VWS.

11. Overige vragen van de heer Van der Veen

De heer Van der Veen heeft gevraagd naar de mogelijkheden van herverzekering van het verplichte eigen risico, bijvoorbeeld via de collectieve verzekeringen van sociale diensten. Zorgverzekeraars kunnen via de aanvullende verzekering inderdaad een dergelijke herverzekering aanbieden. Daarbij moet echter worden aangetekend dat dit waarschijnlijk gepaard zal gaan met een hoge premie. Voor de gemiddelde verzekerde bedragen de kosten onder het verplichte eigen risico immers al 109 euro, en omdat het aannemelijk is dat deze verzekering vooral gebruikt zal worden door verzekerden die verwachten het verplichte eigen risico vol te maken en zorgverzekeraars daarnaast beheerskosten hebben en een solvabiliteitsreserve dienen aan te houden, zal de premie van een dergelijke verzekering niet ver onder de € 150 liggen. Zo'n herverzekering wordt daarmee in feite een vorm van gespreide betaling van het volledige verplichte eigen risico. Het is dan wellicht een aantrekkelijker alternatief om, bijvoorbeeld in de collectieve verzekeringen voor bijstandsgerechtigden, met zorgverzekeraars afspraken te maken over mogelijkheden tot gespreide betaling van het verplichte eigen risico voor het geval een verzekerde dat in één keer vol zou maken.

12. Overige vragen van mevrouw Koşer Kaya

Mevrouw Koşer Kaya vraagt of de compensatieregeling niet net zoveel bureaucratie en administratieve lasten oplevert als de no-claimteruggaveregeling.

Uit de tweede evaluatie no-claimteruggaveregeling blijkt dat de administratieve en uitvoeringslasten van de no-claimteruggave voor zorgverzekeraars beperkt zijn. Daarnaast heb ik bij de compensatieregeling gekozen voor een systeem dat zo eenvoudig mogelijk uitvoerbaar is doordat gebruik wordt gemaakt van bestaande geautomatiseerde bestanden.

13. Reactie op de ingediende amendementen

Amendement Kant 10 (31 094, nr. 10, dat nr. 8 vervangt)

In dit amendement stelt mevrouw Kant voor de no-claimteruggaveregeling te schrappen zonder dat daar een eigen risico voor in de plaats komt.

Hoofddoel van het wetsvoorstel inzake het verplicht eigen risico met de compensatieregeling is om de financiële achterstand die verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten onder de no-claimteruggaveregeling hebben, terug te brengen. Dit amendement zal leiden tot een

financieel probleem binnen de Zvw in 2008 en latere jaren. Daarnaast heeft het amendement ernstige nadelige gevolgen voor de premies en voor het inkomensbeeld 2008.

Daarom ontraad ik dit amendement.

Amendement Kant 11 (31 094, nr. 11)

Met dit amendement wordt voorgesteld de no-claimteruggave wel per 1-1-2008 af te schaffen, maar de invoering van het verplicht eigen risico een jaar uit te stellen tot 1-1-2009. Omdat het verplicht eigen risico een jaar wordt uitgesteld, hoeft de compensatie uiteraard ook niet per 2008 in te gaan.

Dit amendement leidt tot een financieel probleem binnen de Zvw over het jaar 2008. Daarnaast heeft ook dit amendement negatieve gevolgen voor de premie en voor het inkomensbeeld 2008.

Het amendement leidt er bovendien toe dat mensen tot 2008 bijdragen aan zorgconsumptie (via een vermindering van hun no-claimteruggave), in 2008 niet, en daarna, via het per 2009 in te voeren verplichte eigen risico, weer wel. Dat vind ik ongewenst.

Bovendien is het amendement wetstechnisch zeer onvolledig. Als dit zo wordt ingevoerd zullen er voor het jaar 2008 ten gevolge van het schrappen van de no-claimteruggave maar het nog niet invoeren van het verplicht eigen risico allerlei gaten in de Zvw-artikelen vallen. Een technisch verbetervoorstel is reeds door mijn ambtenaren aan het bureau wetgeving van de Tweede Kamer verzonden.

Ook dit amendement wil ik derhalve ontraden.

Amendement Kant nr. 13 (31 094, nr. 13)

Met dit amendement wordt voorgesteld dat de compensatie het volledige bedrag van het verplicht eigen risico bedraagt (€ 150) en niet het verschil met de eigen betaling van de gemiddelde, niet te compenseren verzekerde (€ 150 – € 103 = € 47). De zorgtoeslag blijft rekening houden met de gemiddelde eigen betaling.

Dit amendement leidt tot overcompensatie. Allereerst omdat door het amendement verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten volledig voor het verplicht eigen risico zullen worden gecompenseerd, terwijl de gemiddelde volwassen verzekerde die niet gecompenseerd wordt per jaar € 103 aan onder het verplicht eigen risico vallende zorgkosten zal ondervinden. Zoals ik reeds in mijn eerste termijn heb aangegeven, ben ik van mening dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten zodanig moeten worden gecompenseerd, dat zij dezelfde zorgkosten zullen hebben als de gemiddelde Nederlander die geen recht heeft op compensatie. Een compensatie die erop neerkomt dat zij in het geheel geen last hebben van het verplichte eigen risico, terwijl de gemiddelde volwassen verzekerde dat wel heeft, vind ik te ver gaan. Daarnaast krijgen verzekerden met zorgtoeslag via de zorgtoeslag compensatie voor het verplicht eigen risico. Te compenseren verzekerden met lage inkomens krijgen daarmee dus niet alleen ten opzichte van de gemiddelde, niet te compenseren verzekerde overcompensatie, maar ook krijgen zij letterlijk tweemaal geld: eenmaal de € 150 waarin het amendement voorziet, en daarnaast een verhoging van de zorgtoeslag met maximaal € 103. Ten slotte geeft amendement geen dekking voor extra kosten aan.

Gezien het voorgaande ontraad ik ook dit amendement.

Amendement Kant nr. 14 (31 094, nr. 14)

Met dit amendement wordt voorgesteld dat de gemaakte kosten voor het

verplicht eigen risico in aanmerking komen voor de aftrek buitengewone uitgaven in de Inkomstenbelasting. De compensatieregeling via het CAK blijft daarbij in stand.

Het amendement laat de compensatie van mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten door het Centraal Administratiekantoor (CAK) in stand, en regelt daarnaast ook nog compensatie via de BU. Voor de betreffende groep verzekerden zal derhalve sprake kunnen zijn van dubbele compensatie. Daarnaast leidt het amendement er voor verzekerden zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten toe, dat zij de zorgkosten die zij voor hun rekening hebben moeten betalen onder de BU-regeling kunnen aftrekken.

Beide effecten leiden tot hogere uitgaven, waarvoor het amendement geen dekking geeft.

Voorts wordt hiermee het gedragseffect van het verplicht eigen risico beperkt aangezien verzekerden hun zorgkosten via de BU deels terug kunnen krijgen.

Ten slotte wordt in het Belastingplan 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 31 205, nr. 2) voorgesteld de persoonsgebonden aftrek wegens buitengewone uitgaven per 2009 af te schaffen. Zoals ik reeds eerder heb aangegeven, vind ik het in het licht daarvan ongewenst de aftrekmogelijkheid in 2008 nog fors uit te breiden.

Overigens is het amendement technisch niet geheel correct. Voorstellen tot verbetering hebben mijn ambtenaren reeds onder de aandacht van het bureau wetgeving gebracht.

Ik ontraad dit amendement.

Amendement Omtzigt nr. 15 (31 094, nr. 15)

Met dit amendement wordt voorgesteld dat een eigen risico zo snel mogelijk in rekening wordt gebracht. De uiterste datum van het indienen van rekeningen zal in ieder geval in het volgende jaar liggen. Het amendement maakt het mogelijk om hierover bij AMvB nadere regels te stellen, bijvoorbeeld als de rekeningen te laat zijn ingediend door de verzekerde.

Daarnaast wordt voorgesteld dat het parlement met een voorhangprocedure betrokken is bij de vaststelling van de betalingstermijnen, bij het maken van uitzonderingen op het eigen risico, het regelen van partiële betalingen en het beleid van voorkeursaanbieders door zorgverzekeraars.

Het vaststellen van een termijn zoals dat bij de no-claimteruggave wel is geregeld, acht ik onwenselijk. Aangezien ook na deze tijd nog rekeningen binnen kunnen komen, is bij de no-claimteruggave tevens de mogelijkheid opgenomen om een jaar na het uitkeren van de no-claimteruggave te corrigeren. Er kan in dat geval dus weer geld worden teruggevraagd van de verzekerde. Deze zogenaamde nacalculatie, met alle inningsproblematiek die dit met zich meebrengt, levert de zorgverzekeraars veel administratieve lasten op en is daarom één van de redenen om de no-claimteruggave af te schaffen.

Een uiterste datum bepalen voor het verrekenen van het verplichte eigen risico zonder een nacalculatie, heeft het ongewenste effect dat rekeningen die laat ingediend zijn, komen te vervallen. Bij DBC's zal dit door hun systematiek veelvuldig voorkomen. Het bepalen dat dit niet geldt als het aan de verzekerde zelf ligt dat de rekening te laat is ingediend, brengt allerlei ingewikkelde bewijslastkwesties mee.

Ik acht het niet noodzakelijk om een dergelijke termijn te bepalen aangezien zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn voor de opbrengst van het verplichte eigen risico. Zorgverzekeraars hebben daarmee dus al een prikkel het verplichte eigen risico tijdig te innen. Bovendien zal het

uitlokken tot premieverhoging vanwege mogelijke lagere inkomsten uit het verplichte eigen risico.

Ik wil het amendement op dit punt dan ook ontraden.

Wat betreft de voorhang. Een voorhang leidt tot een tijdsverlies van minstens een maand, deze tijd gaat af van de voorbereidingstijd voor de uitvoering door de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten half november hun polis- en premieaanbod voor het daaropvolgende jaar aan de verzekerden bekendmaken. Voordat zij dit aanbod kunnen doen moeten de wijzigingen van het Besluit zorgverzekering in het Staatsblad zijn geplaatst. Dit heeft de regering doen besluiten niet voor een voorhang te kiezen. Wel heb ik reeds toegezegd om een AMvB op grond van het voorstelde artikel 20 voor te leggen aan de Tweede Kamer.

Amendement Kant nr. 16 (31 094, nr. 16, dat nr. 12 vervangt)

Dit amendement zorgt ervoor dat naast verzekerden die onder een farmaciekostengroep (FKG) vallen, ook alle verzekerden van 65 jaar of ouder voor het verplicht eigen risico gecompenseerd worden.

Doel van de compensatieregeling is, om mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten een compensatie voor de invoering van het verplichte eigen risico te geven. Hiermee krijgen ook ouderen (ruim 2,4 mln.) die geen zorgkosten maken en die derhalve geen verplicht eigen risico hoeven te betalen, compensatie. De compensatie wordt dus veel ongerichter en komt voor een belangrijk deel terecht bij groepen verzekerden die niet beoogd zijn. Daardoor wordt compensatie macro gezien ook veel duurder; daarvoor geeft amendement geen dekking aan.

Gezien het voorgaande wil ik het amendement ontraden.

Amendement Van der Vlies 17 (31 094, nr. 17)

Met dit amendement wordt voorgesteld een bij ministeriële regeling vast te stellen percentage van de zorgkosten op het verplicht eigen risico in mindering te brengen. Deze ministeriële regeling zou in werking treden met ingang van 1 januari 2009.

Een verplicht eigen risico van € 150 heeft een sterkere remmende werking (kort maar krachtig) dan elke keer een klein bedrag aan eigen bijdrage. Daar staat tegenover dat kleinere bedragen die ten laste van een eigen risico komen, wel langer het zorggebruik remmen. Daarom bevat het wetsvoorstel deze mogelijkheid al in het voorgestelde artikel 20, eerste lid. Daar is mee beoogd bij AMvB per zorgvorm een bepaald bedrag te bepalen dat ten laste van het verplicht eigen risico wordt gebracht. Ik denk hier bijvoorbeeld aan € 50 voor een bezoek aan de medisch specialist of de spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

De tekst van het voorgestelde artikel 20, eerste lid, laat het echter ook toe dat bij AMvB een percentage wordt vastgesteld. Inhoudelijk is dan het enige verschil met het amendement van de heer Van der Vlies dat het percentage niet bij ministeriële regeling, maar bij AMvB wordt vastgesteld. Het amendement is voor het beoogde doel daarom niet noodzakelijk. Ik ben echter wel bereid te bekijken of het vaststellen van een percentage een goede manier is om de kosten van zorg te verrekenen met het eigen risico. Ik zal bij deze mogelijkheid onder meer in ogenschouw nemen dat een vast percentage, mogelijk leidt tot hogere administratieve lasten bij de verzekeraars. Dit kan onder andere het geval zijn voor vormen van zorg waarvoor rekeningen nadat zij door zorgaanbieders verzonden zijn, nog kunnen worden bijgesteld. Werken met een percentage betekent in dat geval dat de verzekeraar het te innen bedrag later weer zou moeten bijstellen, omdat het totaal bedrag van de rekening

veranderd is. Indien gekozen wordt voor een vast bedrag (bijvoorbeeld de eerste € 50 euro) is het risico van latere bijstelling en vervolgens navordering, nabetaling of verrekening, kleiner.

Ik wil wel graag opmerken dat ik een wisselend percentage per zorgvorm voor de transparantie van het verplichte eigen risico onwenselijk acht. Het verrekenen van een wisselend percentage, leidt bovendien mogelijk tot hogere administratieve lasten bij de verzekeraars.

Zoals uit het voorgaande blijkt, is amendement niet noodzakelijk en ben ik bereid na te gaan of de strekking van het amendement in de AMvB op grond van het voorgestelde artikel 20, eerste lid, kan worden verwerkt. Daarom wil de heer Van der Vlies in overweging geven het amendement in te trekken.

Overigens behoeft het amendement ook enige wetstechnische wijziging. De verbetervoorstellen daartoe zijn reeds bij het bureau wetgeving van Uw Kamer aangeleverd.

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