

Vergaderjaar 2007–2008

**31 094**

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

**B**

### **VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKS-GEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT/JEUGD EN GEZIN<sup>1</sup>**

Vastgesteld 25 oktober 2007

Het voorbereidend onderzoek heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

#### **I. CDA-fractie<sup>2</sup>**

De leden van de **CDA**-fractie staan in principe positief tegenover het onderhavige wetsvoorstel. Immers, de solidariteit tussen de «gemiddelde gezonde Nederlanders» en zij die onafwendbare zorgkosten hebben, wordt verbeterd ten opzichte van de bestaande regeling met no-claim-teruggave. Gemiddeld hebben beide groepen, rekening houdend met compensatiemogelijkheden, nagenoeg dezelfde zorgkostenpremie in het voorliggende wetsvoorstel. Niettemin hebben de leden van deze fractie nog een aantal vragen en opmerkingen, die zij hieronder stellen.

Zowel de Raad van State, Actal en CBP zijn om verschillende redenen zeer kritisch over het wetsvoorstel, zowel over de inhoud als de uitvoering. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geeft ook toe, dat in 2008 nog wijzigingsvoorstellen (via AMvB) zijn te verwachten (o.a. afbakening compensatie; motie-Van Veen). Zou een invoering per 1 januari 2009 dan ook niet beter te rechtvaardigen zijn? Voor 2008 zou ook het no-claim-regime met enige aanpassingen solidaire kunnen worden gemaakt (buitengewone uitgaven), zo menen deze leden.

De no-claimregeling had een beoogd effect van ± 190 miljoen euro, waarvan ± 125 miljoen euro is gerealiseerd. Gelet op de financiële kaders van het regeerakkoord zou de eigen-risicoregeling dus ook ± 200 miljoen euro moeten opleveren. Indien dit juist is, waarop is dan deze veronderstelling gebaseerd? (Hierbij wordt aangetekend dat remgeldmaatregelen uit het verleden ook altijd nadrukkelijk tegenvielen).

Hoewel op grond van de Tweede Kamerbehandeling van het wetsvoorstel de inning van het eigen-risico is begrensd tot één jaar na zorgconsumptie (Omzigt, CDA) zal de verzekerde toch vaak geen causaal verband meer zien tussen de zorgconsumptie en het moment van inning van eigen-risico

<sup>1</sup> 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), Leijnse (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).

<sup>2</sup> Spoedsheidshalve is voor de indeling van het voorlopig verslag de volgorde van de fracties aangehouden.

(n.b. zeker in het DBC-systeem). Is er dan nog wel sprake van een remwerking? Wat gebeurt er als een verzekerde tussen deze twee momenten van zorgverzekeraar is veranderd? In hoeverre is dan incasso door de oude verzekeraar nog wel mogelijk en zinvol, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Hebben de leden van deze fractie het goed begrepen, dat verzekerden met een vrijwillig eigen-risico naast het komende verplichte eigen-risico bij zorgconsumptie eerst op het verplichte deel worden aangesproken?

Het kabinet is er tegen, dat het eigen-risico ten laste kan worden gebracht van de buitengewone uitgaven (B.U.) wegens dubbele compensatie. Hoe gaat het kabinet dit fiscaal regelen? Deze leden vermoeden dat dit in 2008 nog wel het geval zal kunnen zijn. Is dit juist?

Welke effecten heeft het wetsvoorstel op het systeem van de zorgtoeslag? Welke effecten treden er op macro-niveau op? Welke effecten treden er op bij «gemiddelde gezonde Nederlanders» en bij hen, die compensatie (€ 47,-) ontvangen vanwege FKG<sup>1</sup>-gebruik (en later in AWBZ<sup>2</sup>-instellingen en hulpmiddelen), ervan uitgaande dat zij thans (beide categorieën) in aanmerking komen voor zorgtoeslag, zo willen deze leden weten.

Het gebruik van de FKG-lijst leidt niet per definitie tot een helder afgebakende groep, die onvermijdbare zorguitgaven hebben (chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten ± 1,6 miljoen verzekerden). Het later toevoegen van verzekerden in AWBZ-instellingen en gebruikers van hulpmiddelen is een verbetering, zo menen de leden van de CDA-fractie. Waarom kan dit pas worden geregeld in april 2008 en niet voor 1 januari 2008 als de wet van kracht wordt?

De belastingdienst kan en/of wil niet de bank/girotekeningsnummers van compensatiegerechtigden aanleveren bij de uitvoerder van de compensatieregeling, het CAK<sup>3</sup>. Deze gegevens moeten derhalve van de verzekeraar komen. Mogen zij dit doen op grond van de Wet Bescherming Persoonsgegevens? Hoe is hierbij de verzekerde beschermd tegen oneigenlijk gebruik?

De invoering van de no-claimteruggaveregeling heeft geleid tot een financieringsverschuiving van collectief naar privaat ter grootte van € 1,9 miljard in 2006. Welke effecten zijn er terzake te verwachten bij de vervanging door een eigen-risicoregeling?

Een nadeel van de no-claimregeling is, dat soms, na teruggave, alsnog tot herberekening moet worden overgegaan bij declaraties van nota's na teruggave in enig kalenderjaar. Is het zeker, dat dergelijke naheffingen na 1 januari 2008 niet meer ten laste van het eigen-risico van verzekerden kunnen worden gebracht?

Een verzekeraar heeft de mogelijkheid op eigen keuze verstrekkingen buiten het eigen-risico te laten. Acht de minister deze mogelijkheid niet strijdig met het doel van het wetsvoorstel, namelijk het verbeteren van de solidariteit? Mag dit in het kader van marktwerking?

Als de leden van deze fractie het goed hebben begrepen, overweegt de minister in 2008 een AMvB op te stellen onder meer om sommige (dure) kosten, zoals totale zorgkosten in het ziekenhuis, deels buiten het eigen-risico te houden. Klopt dit? Als dit zo is, bestaat dan niet het gevaar, dat de kosten van uitvoering al snel de opbrengst van de regeling overstijgen (administratieve lastendruk)? Geldt dit (zoals in de vorige vraag verondersteld) ook niet bij de uitvoering van het amendement-Van der Vlies (SGP)

---

<sup>1</sup> Farmaceutische Kostengroepen.

<sup>2</sup> Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

<sup>3</sup> Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten.

om het bedrag van het eigen-risico op te laten bouwen uit een percentage van de zorgkosten? Aan welk percentage denkt de minister overigens? De leden van deze fractie voorzien ter zake van dit laatste nogal wat uitvoeringsproblemen bij DBC's<sup>1</sup>.

Het wetsvoorstel is een wijzigingsvoorstel van de Zorgverzekeringswet (Zw) en leidt niet tot een zelfstandige wet, zo merken de leden van de CDA-fractie ten slotte op. De algemene evaluatiebepaling van de ZW (art. 125) blijft dus van toepassing. Is de minister bereid om ook de werking van het verplichte eigen-risico te monitoren en daarover aan de Eerste Kamer te rapporteren?

## II. VVD-fractie

De leden van de **VVD**-fractie hebben met gemengde gevoelens van dit wetsvoorstel kennisgenomen. De reden is niet dat zij zo blij waren met de nu op te heffen no-claimkorting. Zij hebben zich daartegen verzet. Het is geen goed middel om mensen ertoe te bewegen zelf hun kleinere gezondheidsproblemen op te lossen; hij leidde niet tot vermindering van de kosten van de gezondheidszorg omdat er te veel uitzonderingen waren en bovendien werkt een no-claimkorting die achteraf wordt afgerekend, alleen al om die reden niet. Van de bedoelde kostenbeteugeling was geen sprake juist doordat de grootgebruikers van gezondheidszorg op geen enkele manier werden afgeremd bij het indienen van hun claims op de gezondheidszorg. Ook leidde deze no-claimkorting tot administratieve overlast voor de ziektekostenverzekeraars.

De leden van de VVD-fractie zijn vóór een regiem van eigen bijdragen – naast de premie – juist om die premie lager te houden, en een gunstiger balans te verkrijgen tussen degenen die niet of weinig gebruik maken van de gezondheidszorg en degenen die dat wel doen. Ziektegedrag is voor een deel keuze. Dit inzicht levert een argument voor eigen bijdragen. Het huidige wetsvoorstel biedt hierbij echter weinig soelaas. Er zijn opnieuw te veel uitzonderingen en de eigen betalingen zijn nog te veel verborgen. Psychologisch zou een reële eigen betaling (zoals alle Europese landen die kennen) bij de entree van de gezondheidszorg veel beter zijn, omdat de gebruiker dan het verband ervaart tussen zijn hulpvraag en de kosten daarvan. Dat verband wordt in de voorliggende wet onvoldoende hersteld. Het is te ingewikkeld, de wet kent te veel uitzonderingen.

De vraag van deze leden aan de minister is allereerst welk doel hij nu eigenlijk nastreeft met de vervanging van de no-claim korting door deze eigen risico-regeling. En als hij dat doel heeft gesteld, is er dan ook een kans dat dit door deze wet bereikt wordt? Waarom zijn er op deze regeling zoveel uitzonderingen? Er is toch al sprake van een grote solidariteit nu iedereen verzekerd is voor dezelfde premie, ongeacht de te verwachten claims op de gezondheidszorg? (Waarbij deze leden dan maar even vergeten dat er ook een inkomensafhankelijke component in de werkgeversbijdrage zit). Waarom zit de huisarts opnieuw niet in de eigen-risicoregeling?

Een ander punt dat deze leden naar voren brengen is dat gebruik van gezondheidszorg in Nederland plaatsvindt zonder dat de gebruiker enig zicht heeft op tarieven c.q. vergoedingen. Zelfs als de gebruiker van gezondheidszorg zuinig wil zijn, is dat eigenlijk onmogelijk, omdat hij niet weet wat zorg kost. Substitutie wordt daardoor onmogelijk. Gebruikers van gezondheidszorg zouden een helder beeld moeten hebben van de kosten van hun verzoeken om hulp. Is de minister bereid de ziektekostenverzekeraars – in hun eigen belang – hiertoe aan te sporen?

---

<sup>1</sup> Diagnose Behandeling Combinatie.

Veel grootgebruikers van zorg krijgen compensatie, zo constateren deze leden. Waarom heeft de minister niet een veel beter werkend systeem ingevoerd, zoals bij voorbeeld een eigen risico vanaf een hoger bedrag en niet aan de voet voor chronisch zieken en gehandicapten?

Tenslotte stellen de leden van de VVD-fractie nog een vraag over de hoogte van het eigen risico-bedrag. Waarom is juist gekozen voor het bedrag van € 150 eigen risico?

### III. PvdA-fractie

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel dat de invoering van een eigen risico in de zorg regelt. Vanuit het grote belang dat zij hechten aan een solidaire, uitvoerbare en voor iedereen te begrijpen regeling, stellen zij de volgende kritische vragen omtrent het nu voorliggende wetsvoorstel.

#### *Eigen risico*

Deze leden hebben bedenkingen bij de effectiviteit van de voorliggende regeling voor verzekerden met structureel hoge zorgkosten. Zij weten van tevoren dat ze het eigen risico zullen volmaken, waardoor er geen remeffect zal zijn zoals het kabinet met deze regeling beoogt. Zelfs als slechts een gedeelte van de kosten per behandeling ten laste komt van het eigen risico – waardoor het eigen risico minder snel «volgemaakt» wordt – maken verzekerden met meer dan 1000 euro zorgkosten hun eigen risico zeker vol. Deelt het kabinet de analyse van Van Kleef, Van de Ven en Van Vliet in *Economisch Statistische Berichten* d.d. 27 juli 2007, dat het verlengen van de «remweg» bij die groep ten koste gaat van eventuele «remkracht»? Hoe speelt het kabinet daarop in? Waarom wordt voor deze groep verzekerden toch een eigen risico aan de voet ingevoerd?

De leden van de PvdA-fractie vragen of het kabinet voor verzekerden met hoge verwachte zorgkosten alsnog een vrijstelling van het eigen risico wil overwegen en waarom het dit wel of niet wil doen. Voorts vragen deze leden zich af waarom als «next best» niet een alternatief is overwogen voor het eigen risico aan de voet, dat wel effectief kan zijn. Hoe beoordeelt het kabinet bijvoorbeeld het laten beginnen van het eigen risico bij een hoger bedrag? Zou dat niet leiden tot lagere eigen betalingen en een groter remeffect dan een eigen risico aan de voet? Waarom wel of niet?

Ten aanzien van de berekening van het eigen risico hebben de leden van de PvdA-fractie ook enkele vragen. Bij de behandeling van de Zorgverzekeringwet en de Wet op de Zorgtoeslag in de Eerste Kamer zijn destijds berekeningen gemaakt van zowel de no-claim teruggave als van mogelijke eigen bijdragen en eigen risico bij de overgang van de Ziekenfondswet naar de Zorgverzekeringwet. Kan het kabinet meedelen wat er met de invoering van het nu voorliggende wetsvoorstel wijzigt ten opzichte van die berekeningen?

De leden van de PvdA-fractie zijn er bezorgd over dat onduidelijk blijft welke risicokenmerken worden meegewogen bij de vaststelling van het eigen risico. Is het kabinet bereid nader empirisch onderzoek te verrichten naar de risicokenmerken die zouden moeten en kunnen worden meegenomen? Waarom is bijvoorbeeld niet overwogen differentiatie naar leeftijd te hanteren als startpunt voor het eigen risico? Zou dat niet al een groter remeffect en kleiner verschil in gemiddelde eigen betalingen tussen gezonde en minder gezonde verzekerden kunnen opleveren?

Deze leden vernemen daarnaast graag van het kabinet waarom voor de afschaffing van de BU-regeling is gekozen. Zij vragen tevens met enkele rekenvoorbeelden toe te lichten wat de afschaffing van deze buitengewone lastenaftrek in 2009, in combinatie met de invoering van het eigen risico aan de voet in 2008, en een eigen bijdragensysteem in 2009, voor de categorie chronisch zieken betekent, die met regelmaat gebruik moet maken van specialistenbezoek en geneesmiddelen?

#### *Eigen bijdragen*

Het kabinet stelt dat vanaf 2009 eigen bijdragen voor dure zorgvormen ingevoerd worden. Welk criterium zal hierbij worden gehanteerd, welke zorgvormen zullen eronder vallen en wat betekent dit voor de maximale eigen bijdragen voor chronisch zieken en gehandicapten, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

Het kabinet zegt dat het systeem van eigen bijdragen voor dure zorgvormen pas in 2009 ingevoerd kan worden vanwege invoeringstechnische voorbereidingen die tijd vergen. Kan het kabinet toezeggen eerst de invoering van het eigen risico en de gevolgen ervan te evalueren, opdat de effecten van de invoering van de eigen bijdragen in het daarop volgende jaar goed ingeschat kunnen worden, en daarbij tevens de nog bestaande weeffouten in het eigen risicosysteem mee te nemen?

#### *Compensatie chronisch zieken en gehandicapten*

De leden van de PvdA-fractie hebben de indruk dat er een nogal ingewikkelde compensatieregeling in het leven wordt geroepen voor een groep verzekerden bij wie het eigen risico nauwelijks effectief zal zijn. Deelt het kabinet deze analyse? Waarom wel of niet? De leden van deze fractie vragen zich sterk af of het eigen risico op deze wijze vormgegeven zou moeten worden. Welke alternatieven zijn ten aanzien van deze groep overwogen en welke voors en tegens zijn in die afweging betrokken?

Bij de berekening van de compensatie wordt gerekend met gemiddelden, zo vervolgen deze leden. Wat betekent dit voor chronisch zieken en gehandicapten met zorgkosten die structureel hoger liggen dan die gemiddelden? Kan het kabinet dit met een rekenvoorbeeld uiteenzetten en daarbij de onderbouwing voor de berekening van zowel het eigen risico als de compensatie aanreiken? Tevens vernemen deze leden graag de berekening van de extra financiële en administratieve lasten die aan de orde zouden zijn bij het invoeren van een vrijstelling voor het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten.

Hoe pakt het eigen risico uit voor patiënten die chronisch ziek zijn maar niet in een FKG (Farmaceutische Kosten Groep) zijn ingedeeld, zoals mensen met een hoge bloeddruk, migraine, maagaandoeningen of chronische aandoeningen waar wel artsenbezoek bij nodig is maar (nog) geen medicijnen of hulpmiddelen voor beschikbaar zijn? En hoe is dit bij patiënten met hoge (vervolg)kosten vanwege (eerdere) ziekenhuisopname?

De leden van de PvdA-fractie maken zich ernstige zorgen over het feit dat de afbakening van de groep waarvoor financiële compensatie wordt geregeld niet bekend is. Waarom heeft de regering ervoor gekozen om niet in de formele wet een omschrijving van rechthebbenden op compensatie op te nemen? Deze leden vinden het wenselijk en belangrijk dat hierover bij de in werking treding start van de regeling duidelijkheid bestaat, mede om onrust en onzekerheid bij chronisch zieken en gehandicapten te voorkomen. Kan het kabinet toezeggen de ingangsdatum van het eigen risico

gelijk te laten vallen met het moment waarop duidelijk is welke groepen op basis van welke criteria gecompenseerd worden? Zo nee, waarom niet en hoe gaat het onrust bij chronisch zieken en gehandicapten op dit punt voorkomen? Door wie worden de criteria opgesteld en waar worden ze vastgelegd?

De voornoemde leden wijzen er verder op dat er bijvoorbeeld een groep diabetici is die een behandeling krijgt via de huisarts, waardoor het eigen risico niet wordt aangesproken, terwijl er een andere groep diabetici is die door huisartsen naar een diabeteskliniek wordt doorverwezen. In het ene geval valt het wel onder eigen risico en in het andere geval niet. Hoe wordt voorkomen dat willekeur aan de orde is en een groep chronisch zieken daar financieel nadeel van ondervindt?

#### *Beoogd effect*

De evaluatie van de no-claim teruggave door de onderzoekers Goudriaan cs van eerder dit jaar wijst uit dat er slechts beperkt en in een selectieve groep verzekerden een (gering) gedragseffect te bespeuren is. Op basis van welke argumenten meent de regering dat het beoogde gedragseffect bij de regeling van een eigen risico wel zal optreden en dat dit effect naar verwachting groter zal zijn dan bij de no-claim teruggave? Goudriaan cs stellen verder in hun evaluatie dat met name de jonge, gezonde verzekerden relatief veel mogelijkheden hebben om hun niet noodzakelijke of minder noodzakelijke zorgconsumptie te verminderen. Heeft het kabinet overwogen om dit mee te wegen bij het verdelen van de financiële last tussen hen en de groep ouderen en chronisch zieken? Waarom speelt dit in de voorliggende regeling geen rol van betekenis?

Voorts hebben de leden van de PvdA-fractie begrepen dat het kabinet de verzekeraars wil prikkelen om het verplichte eigen risico in te zetten als sturingsinstrument om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorg. Hoe dwingend is die sturende rol van de verzekeraar, onder welke condities geldt deze en bij welke zorg- of preventieprogramma's? Welk effect verwacht de regering hiervan op de zorguitgaven en de hoogte van de ziektekostenpremie? Kan het kabinet de cijfermatige onderbouwing hiervan geven en tevens met twee praktische rekenvoorbeelden uitleggen wat dit betekent voor zowel de verzekeraar als de verzekerde?

De Raad van State heeft er kritiek op dat verzekeraars zelf het moment van inning van het eigen risico bepalen, en meent dat het gedragseffect groter zal zijn als inning meteen bij de eerste betaling gebeurt, opdat er nog een effect op doelmatig zorggebruik vanuit kan gaan. Kan het kabinet uitleggen waarom het het oneens is met de Raad van State? Is de doelmatigheid van de inning niet vooral af te meten aan het gedragseffect, meer dan aan de administratieve last zoals het kabinet nu aandraagt? Welke berekeningen heeft het kabinet hieromtrent tegenover elkaar gezet?

De leden van de PvdA-fractie hebben voorts begrepen dat het kabinet verwacht dat de regeling van het eigen risico 200 miljoen euro remgeld oplevert. Zij vernemen graag welke berekeningen daaraan ten grondslag liggen, anders dan dat de no-claim teruggave een gelijk volume-effect opleverde.

#### *Administratieve lasten*

Naar aanleiding van een negatief advies van Actal over de administratieve lasten die de voorliggende regeling zal veroorzaken, heeft de regering de paragraaf administratieve lasten beperkt aangepast. Actal vindt die aanpassingen sterk onvoldoende. Kan het kabinet ingaan op de kritiek van

Actal en daarbij ook ingaan op de kritiek dat de afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten die in aanmerking voor compensatie komt, onduidelijk is en dat dit tot veel irritatie en ook tot groeiend oneigenlijk gebruik kan leiden? Zal dit de administratieve lasten niet verder opdrijven, bijvoorbeeld door extra benodigde schriftelijke correspondentie met verzekerden en beantwoording van vele ongeruste telefoontjes omtrent de compensatie? Waarom wel of niet?

#### *Persoonsgegevens*

De leden van de PvdA-fractie vragen zich tenslotte af hoe het kabinet tot het oordeel is gekomen dat bij het voorliggende wetsvoorstel persoonsgegevens niet aan de orde zijn en dat derhalve een advies van het CBP niet nodig is. Is het bijvoorbeeld niet zo dat een zorgverzekeraar gegevens zal moeten achterhalen en gebruiken van verzekerden die voor compensatie in aanmerking komen, bijvoorbeeld bankrekeningnummers waarop de compensatie gestort moet worden? Vallen dergelijke gegevens naar het oordeel van het kabinet onder persoonsgegevens en welke relatie bestaat er met medische persoonsgegevens? De leden van de PvdA-fractie vernemen verder graag of en hoe de omgang met dergelijke persoonsgegevens adequaat geregeld wordt.

#### **IV. SP-fractie**

Dit wetsvoorstel wijzigt de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en een aantal andere wetten met als doel de no-claim teruggave van maximaal € 255 per kalenderjaar te vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 per kalenderjaar. Net als de no-claim geldt het verplichte eigen risico niet voor huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg. Bepaalde categorieën chronisch zieken en gehandicapten krijgen een compensatie van € 47 voor het eigen risico. Het betreft mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten. De beslissing om de no-claim, die uiteindelijk door bijna alle politieke partijen als oneerlijk en niet solidair voor chronische zieken en gehandicapten werd beschouwd al na twee jaar weer in te trekken en te vervangen door een meer solidaire regeling, vormde onderdeel van het coalitieakkoord. Het is daarmee een politieke beslissing.

Het voorliggende wetsvoorstel is op 3 juli 2007 ingediend bij de Tweede kamer, die het na uitgebreide discussie op 9 oktober heeft aangenomen. Kritiek was er met name op de onvolledige en suboptimale duiding van de groep die gecompenseerd gaat worden. Ook zijn er veel zorgen over de uitvoerbaarheid. Tot op het laatst zijn er veel vragen gesteld en heeft het ministerie veel antwoorden geproduceerd. De minister heeft de Eerste Kamer verzocht het wetsvoorstel met spoed in behandeling te nemen omdat de zorgverzekeraars voor half november hun polissen klaar moeten hebben. De leden van deze fractie hebben hun best gedaan om zich zo snel mogelijk in te lezen in de materie en zich op de hoogte te stellen van alle al gestelde vragen met de bijbehorende beantwoording. Mochten desondanks al gestelde vragen nog eens gesteld worden, dan bieden zij daarvoor bij voorbaat hun excuus aan. Het is bijna onmogelijk om in zo korte tijd alle voetangels en klemmen te doorgronden en er adequaat op te reageren. Juist de Eerste kamer heeft nu eenmaal een bijzondere taak als het om consistentie en zorgvuldigheid gaat. De leden van de **SP**-fractie ontvangen dan ook graag antwoord op de onderstaande vragen.

Ten aanzien van het eigen risico is gesteld, dat de verwachting is dat dit systeem een groter remmend effect op de zorgconsumptie zal hebben omdat het een negatieve financiële prikkel geeft. Op welk onderzoek is deze verwachting gestoeld?

Het verplichte eigen risico zou relatief makkelijk in te voeren zijn door de zorgverzekeraars, omdat hun ICT systemen al zijn ingesteld op een vrijwillig eigen risico. Tot nu toe maakt slechts 5% van de verzekerden gebruik van deze mogelijkheid. Het lijkt de leden van deze fractie een vorm van «wishful thinking» dat het bij de overige 95% ook makkelijk is in te voeren. Is het echt zo eenvoudig als de minister beweert?

Zijn nu de zorgvormen waarover een vrijwillig eigen risico mag worden geheven en die waarover een verplicht eigen risico moet worden geheven, gestroomlijnd? En klopt het dat het verplichte eigen risico eerst moet vollopen, terwijl het omgekeerd gaat als er een eigen bijdrage betaald moet worden? Geldt het verplichte eigen risico ook niet voor bezoek aan de huisartsenpost?

Ten aanzien van de no-claim is gesteld dat dit systeem onrechtvaardig is omdat mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten geen keuze hebben in zorgconsumptie. In feite geldt dit argument ook ten aanzien van het verplichte eigen risico. Dat is ook de reden dat deze mensen gecompenseerd worden. Deze compensatie houdt echter geen rekening met de financiële draagkracht. Denkt de minister ook na over systemen waarin zowel rekening wordt gehouden met de meerjarige onvermijdbare zorgkosten als met de financiële draagkracht, zo vragen de leden van de SP-fractie. Zou op deze manier de solidariteit niet nog meer versterkt worden, want dat is voor deze minister toch ook een speerpunt en de voornaamste reden om deze wetwijziging voor te stellen?

De minister heeft zelf ook toegegeven dat de voorliggende indeling van chronisch zieken en gehandicapten op basis van FKG's suboptimaal is. Hij heeft ook argumenten gegeven waarom het voor 2008 toch maar zo moet gebeuren. Op welke manier gaat hij verder met de plannen om tot een betere indeling te komen en op welke manier zijn andere bewindslieden hierbij betrokken? De leden van de SP-fractie denken dan met name aan het ministerie van Financiën en het samenvallen met plannen om de BU-regeling aan te passen. Juist omdat de minister heeft benadrukt dat het doel van deze wetwijziging is, de inkomensverschillen terug te brengen en de koopkracht te verbeteren van chronisch zieken en gehandicapten, vinden deze leden het een must dat er én ten aanzien van de definitie van de doelgroep én ten aanzien van het stroomlijnen van de verschillende fiscale en toeslagregelingen eenduidig en gezamenlijk wordt opgetreden.

Welke termijn heeft de minister zich nu gesteld om tot een betere indeling te komen? Is dat de termijn genoemd door E. van der Veen van 1 april 2008? Heeft hij (naast vast wel slimme ambtenaren en mensen achter bureautafels) ook mensen uit de praktijk als adviseur? Hiermee bedoelen deze leden zowel vertegenwoordigers van de doelgroep als werkers in de zorg. De leden van de SP-fractie hebben de indruk dat het hele FKG verhaal een hoog theoretisch gehalte heeft.

De minister vermeldde in de discussie met de Tweede Kamer dat de CG-raad<sup>1</sup> om advies is gevraagd ten aanzien van deze wetwijziging en dat deze raad ook bezwaren had, die niet zijn gehonoreerd. Wat waren deze bezwaren en hoe motiverend is het voor een dergelijk orgaan als het wel gehoord wordt, maar er niet naar hem wordt geluisterd?

Hoe wordt de hoogte van de zorgtoeslag berekend na de ingang van de verplichte eigen-risico regeling en hoe werd deze berekend in het no-claim tijdperk?

---

<sup>1</sup> Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad Nederland.



De leden van de SP-fractie vinden het onbegrijpelijk dat de minister tot nu toe niet in staat is om een volledig overzicht te geven van alle eigen betalingen die geheven kunnen worden in het kader van de WMO, ZVW en AWBZ en van de cumulatie die daarbij kan optreden. Wanneer is hij daar wel toe in staat? Het CAK moet daar toch behulpzaam bij kunnen zijn? Of is het feit dat het CAK dat niet kan al een voortekken dat deze instantie straks de operatie eigen-risico ook niet aan kan? De ervaringen met de eigen bijdragen inning in het kader van de AWBZ en WMO zijn immers niet onverdeeld gunstig. De minister is toch politiek aanspreekbaar op het functioneren van het CAK?

Omdat de belastingdienst de bestanden niet up-to-date heeft (een gevolg van de chaos rond de invoering van de Wet Walvis), loopt de compensatie in ieder geval eerst via het CAK-BZ. Beschouwt de minister dit eigenlijk als een noodoplossing en streeft hij ernaar om samen met het ministerie van Financiën zo spoedig mogelijk de zaak weer over te hevelen? Aan welke voorwaarden moet dan eerst zijn voldaan?

Verder vragen deze leden hoe hoog de uitvoeringskosten voor de compensatieregeling zijn voor het CAK en ten aanzien van de uitvoering van het eigen risico voor de zorgverzekeraars zullen zijn. Hoe staan die kosten in verhouding tot de kosten die gemoeid waren met de uitvoering van de no-claim?

Het eigen risico wordt geïnd door de zorgverzekeraar die daartoe de verzekerde een rekening stuurt nadat de verzekeraar een rekening omtrent een onderzoek, behandeling of medicatievoorschrift van de zorgaanbieder heeft ontvangen en voldaan. Klopt het dat de verzekeraar **zelf** kan bepalen wanneer hij dit eigen risico int: ofwel zo spoedig mogelijk, ofwel uiterlijk binnen de maximale termijn, ofwel in meerdere tranches dan wel nadat het hele bedrag van 150 euro is volgelopen? Hoe werkt de systematiek als een geopende DBC doorloopt in het volgend jaar? Staat de termijn al definitief vast tot hoelang achteraf het eigen risico over enig jaar nog gedeclareerd kan worden bij de verzekerde?

De no-claim kan nog verrekend worden tot 1 april 2009. De mogelijkheid bestaat dusdat verzekerden dubbel (achteraf) belast worden. Is er over nagedacht hoe daarmee moet worden omgegaan, zo willen de leden van de SP-fractie weten.

Welke instantie controleert of zorgverzekeraars voldoende (niet teveel en niet te weinig) eigen risico innen? Waar gaat dit geld heen (naar het zorgverzekeringsfonds)? Worden zorgverzekeraars aangeslagen voor een bepaald te storten bedrag eigen-risico? Moeten zorgverzekeraars ook betalen als het ze niet gelukt is (bij wanbetalers) het eigen-risico te innen?

Uit welke pot komt het compensatiegeld? Zijn zorgverzekeraars inmiddels in staat om ook voor deelnemers aan collectiviteiten toch het correcte bank- of girorekening nummer te verschaffen aan het CAK-BZ? Hebben de collectiviteiten hier zelf ook een rol in, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Divosa heeft gewezen op de liquiditeitsproblemen die mensen in de laagste inkomensgroepen kunnen krijgen als ze in één keer het eigen-risico bedrag moeten ophoesten. Als oplossing hiervoor heeft het lid van de Tweede Kamer, Van der Veen, gesuggereerd de mogelijkheid tot aanvullend verzekeren van het risico om het verplichte eigen-risico te moeten betalen, in het leven te roepen. De minister heeft gezegd hier niet op tegen te zijn, maar gespreid betalen een betere optie te vinden. De

optie-Van der Veen lijkt deze leden een terugkeer naar het no-claim tijdperk. Wat vindt de minister daarvan?

De minister heeft gezegd dat hij verwachtte dat gemeentelijke sociale diensten bij het sluiten van collectieve contracten voor hun minima/bijstandsgerechtigden dit probleem wel zouden aanpakken. In vragen ten behoeve van het voorbereidend onderzoek van het wetsvoorstel 30 918 (verzwaren incassoregime) – die overigens nog niet beantwoord zijn – hebben de leden van deze fractie erop gewezen dat niet alle gemeenten (110 van de 460) collectiviteiten hebben opgericht. Naast de vraag waarom ze dat niet hebben gedaan, is de vraag welk percentage van de bijstandsgerechtigden hiermee al buiten de boot valt en dus mogelijk ook niet van een regeling kan profiteren om het eigen risico niet te zwaar op de liquiditeitspositie te laten drukken.

Verwacht de minister met de leden van deze fractie ook dat het aantal wanbetalers zal toenemen en dat medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden nog verder weg is komen te liggen? Om van illegalen (ook mensen) nog maar te zwijgen. Op welke manier is er toch een eigenrisicobedrag te vorderen van deze mensen? Ligt het debiteurenrisico wat dit betreft bij de verzekeraars? Kan de minister de garantie geven dat desondanks toch elke inwoner van Nederland zorg kan krijgen wanneer dat medisch noodzakelijk is?

Op welke manier worden de maatregelen die in het wetsvoorstel verzwaren incassoregime en het voorliggende wetsvoorstel worden voorgesteld, aan elkaar gekoppeld? Wanbetalers mogen bijvoorbeeld niet overstappen zolang ze hun schuld niet hebben voldaan. Geldt dat ook voor wanbetalers eigen risico, zelfs als het eigen-risico nagevorderd kan of mag worden? Is dat uitvoerbaar, zo willen deze leden weten.

Welke verzekeraar vordert bij overstappen een eigen-risico dat is gebaseerd op nagekomen rekeningen? Hebben zorgverzekeraars daar mogelijk al een protocol voor opgesteld?

De toevoeging aan de groep van te compenseren personen met inwoners van AWBZ-instellingen doet sympathiek aan, maar roept toch ook de vraag naar willekeur op. Er zijn ook mensen met een indicatie voor 24 uur AWBZ-zorg, die extramuraal verblijven. Dat past ook in het beleid om mensen zo lang mogelijk thuis te laten blijven. Hoe legt de minister deze mensen uit dat ze buiten de compensatieregeling vallen?

De tekst van de AMvB die zal beschrijven welke zorgvormen eventueel door de zorgverzekeraar geheel of gedeeltelijk vrijgesteld kunnen worden van het verplichte eigen risico, is nog niet bekend. Wanneer verwacht de minister die klaar te hebben? Is hij van plan deze AMvB zowel bij de Tweede Kamer als ook bij de Eerste Kamer voor te hangen, zo vragen de leden van de SP-fractie. Zorgverzekeraars krijgen hiermee de mogelijkheid zorg te sturen. Kunnen ze hiermee ook verzekerden sturen en daarbij bijvoorbeeld aan risico selectie doen? Als de zorgverzekeraar zelf besluit om een verzekerde vrij te stellen van eigen risicobetaling moet hij dan zelf het eigen risico bedrag voor zijn verzekerde betalen? Hoe is dit allemaal te controleren zonder veel bureaucratie?

De Zorgverzekeringswet zou het ook mogelijk maken dat buitenlandse zorgverzekeraars tot de Nederlandse markt kunnen toetreden. Hoewel dat tot nu toe niet zo hard loopt, vragen de leden van deze fractie zich toch af of buitenlandse verzekeraars gedwongen kunnen worden, mee te doen aan het vorderen van het eigen risico bij hun verzekerden in Nederland,

en aan het verstrekken van gegevens ten behoeve van de compensatie regeling.

Is het mogelijk dat een door een oorzaak van buitenaf, gedupeerde (bijvoorbeeld ten gevolge van een ongeval) het verplichte eigen-risico bedrag vordert bij de schadeverzekeraar van de tegenpartij?

Zowel de Raad van State als het CBP zelf waren van mening dat dit wetsvoorstel adviesplichtig was ingevolge artikel 51 lid 2 Wbp, omdat het voorstel gedeeltelijk betrekking heeft op de verwerking van persoonsgegevens. De minister heeft in september per brief gereageerd en uitleg gegeven waarom hij van mening was dat het wetsvoorstel niet voor advies hoefde te worden voorgelegd. Het kwam er met name op neer dat hij vond dat het slechts een gedeelte van de wet betrof waarin de privacy mogelijk bedreigd werd en dat de wet voldoende waarborgen bood en overigens ook omdat er haast met de indiening van het wetsvoorstel was geboden. Het wetsvoorstel is overigens wel op een aantal punten aangepast naar aanleiding van opmerkingen van het CBP, dus zo onzinnig zou het volgens deze leden niet zijn geweest te voren advies te vragen. Deze inleiding is bedoeld om er bij de minister op aan te dringen het CBP **wel** van te voren advies te vragen, als hij aan de slag gaat met de AMvB('s) die onder artikel 118a ZVW tot stand komen als verdere uitwerking van het voorliggende wetsvoorstel.

Tot slot vernemen de leden van de SP-fractie nog graag hoe de minister aandacht zal blijven geven aan de beveiliging van persoonsgegevens. Het CBP benadrukt dat voorkomen moet worden dat door koppeling van de bestanden zeer veel informatie beschikbaar komt over personen die in een kwetsbare positie verkeren met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. De minister schrijft in zijn brief aan het CBP dat het voorgestelde artikel 118 a vierde lid een grondslag biedt om zonedig beveiligingseisen te stellen en dat bij de op te stellen ministeriële regeling zal worden nagegaan of dat noodzakelijk is. Naar de mening van deze leden zijn er gezien het bovenstaande al genoeg redenen om eisen ten aanzien van beveiliging op te stellen.

#### **V. SGP-fractie, mede namens de ChristenUnie**

De leden van de fracties van de **SGP** en **CU** memoreren dat is gesproken dat vanaf 1 januari 2009 zorgverzekeraars het verplichte eigen-risico niet in rekening hoeven te brengen indien een patient gebruikmaakt van preferente zorgverleners. Wat is de status van de besluitvorming rondom dit onderwerp? Deze vorm van zorgsturing is alleen acceptabel, zo menen deze leden, indien patiënten tevens een beeld krijgen van de kwaliteit van zorgverleners. Anders loopt men het risico op basis van alleen een financieel aspect naar een zorgverlener, waarvan men niet de kwaliteitscriteria kent, te gaan. Een zorgvrager dient hiervoor inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorgverleners. Hoe gaat dit geregeld worden?

De zorg van deze leden is dat de invoering van het verplichte eigen risico leidt tot onduidelijkheid voor patienten omtrent de verschillende regelingen en tot grote administratieve kosten bij zorgverzekeraars. Binnen deze nieuwe wetgeving ontstaat immers het volgende beeld:

- a. Er zijn verstrekkingen uit de basisverzekering die niet ten laste komen van het eigen-risico en waar geen eigen wettelijke bijdrage voor geldt.
- b. Er zijn verstrekkingen uit de basisverzekering die niet ten laste komen van het eigen-risico, maar waarvoor wel een wettelijke eigen bijdrage is.
- c. Er zijn verstrekkingen uit de basisverzekering, die ten laste komen van het eigen-risico, maar waarvoor een wettelijke eigen bijdrage geldt.

- d. Er zijn verstrekkingen uit de basisverzekering die niet ten laste komen van het eigen-risico en waarvoor geen wettelijke eigen bijdrage geldt.
- e. Daarnaast kan het ook zo zijn dat bij AMvB slechts een deel van het eigen-risico per verrichting wordt aangesproken

De vraag van deze leden is of hier niet een nodeloos ingewikkeld systeem van uitzonderingen wordt gecreëerd waardoor de patienten door de bomen het bos niet meer zien en waardoor zorgverzekeraars geconfronteerd worden met hoge uitvoeringskosten. Wat gaat er gebeuren om een en ander voor patienten duidelijk te maken en hoe kan worden voorkomen dat zorgverzekeraars worden geconfronteerd met onnodig hoge uitvoeringskosten?

Een aspect van procedurele aard, zo vervolgen deze leden, is het tijdstip van de discussie over dit onderwerp in de Eerste Kamer. Zorgverzekeraars hebben de verplichting hun cliënten te informeren over premies, verstrekkingen en voorwaarden vóór 15 november. Stel dat er door de Eerste Kamer aanpassingen in het verplichte eigen risico worden voorgesteld en dat dit wordt aangenomen, dan zal dit ongetwijfeld invloed hebben op premies, verstrekkingen en/of voorwaarden. Het tijdstip van discussie in deze kamer lijkt te conflicteren met het tijdstip van de informatieplicht van zorgverzekeraars aan hun cliënten. Indien er alsnog wijzigingen worden doorgevoerd in de wetgeving rondom het verplicht eigen risico, hoe kan dit dan nog tijdig worden geregeld bij de zorgverzekeraars voor 2008 zodat zij hun cliënten tijdig, volledig en juist kunnen informeren?

## **VI. Fractie van GroenLinks**

Met belangstelling hebben de leden van de fractie van **GroenLinks** kennisgenomen van dit voorstel. Met instemming hebben zij kennisgenomen van het voornemen om de no-claimregeling af te schaffen. Echter, bij het voorgestelde alternatief, het verplicht eigen-risico, plaatsen deze leden kritische kanttekeningen. Naar aanleiding van het voorliggende voorstel stellen zij de volgende vragen.

Uit de evaluatie van de no-claimregeling (APE 2007) blijkt de no-claimregeling voor uiteenlopende groepen verzekerden verschillend uit te vallen. Zo ontvangen jongeren vaker een teruggaaf en is deze hoger dan voor ouderen. Zelfstandigen en ondernemers (en hun partners) ontvangen vaker een hogere teruggaaf dan uitkeringsontvangers. Verzekerden in achterstandswijken in de vier grote steden komen minder vaak voor een teruggaaf in aanmerking dan de overige verzekerden. In hoeverre mag worden verwacht dat het nieuw voorgestelde systeem een dergelijke ongelijke verdeling zal verminderen? Of zal deze gelijk blijven dan wel toenemen?

Verschillende regelingen voor zorgbehoevenden kennen inmiddels systemen van eigen bijdragen. In hoeverre zullen deze bedragen gaan cumuleren, zo vragen de leden van de fractie van GroenLinks. Kan het kabinet inzicht geven in de effecten?

Het kabinet operationaliseert de groepen chronisch zieken en gehandicapten als personen met meerjarig onvermijdbaar medicijngebruik binnen bepaalde FKG's. Hoe verhoudt deze operationalisatie zich met andere definities, zowel nationaal als internationaal? Welke groepen chronisch zieken en gehandicapten vallen als gevolg van deze operatie buiten de compensatie? Hoe is het geregeld met andere kosten, zoals bijvoorbeeld die van hulpmiddelen? Waarom kiest het kabinet voor de toevoeging meerjarig? Kern van de gedachte is toch dat vooral de vermijdbare kosten moeten worden voorkomen? Hoe groot schat het kabinet het risico in dat

– om kosten te mijden – medische behandeling wordt uitgesteld of gemeden? Indien dit risico aanwezig wordt geacht, wat zijn daarvan dan de gevolgen, zowel medisch als financieel?

Hoe kijkt het kabinet aan tegen de verzekering van het eigen risico voor bijstandgerechtigden door de gemeente Amsterdam? Een systeem van verplicht eigen risico – indien al gewenst – werkt alleen als voor betrokkene inzichtelijk is welke kosten hij of zij verantwoord kan vermijden. Is het kabinet van mening dat het huidige systeem, gebaseerd op FKG's, voldoende transparant is om aan dit doel te beantwoorden? Op welke wijze denkt het kabinet de transparantie te bevorderen, zo vragen de leden van de fractie van GroenLinks tot besluit.

De voorzitter van de commissie,  
Slagter-Roukema

De griffier van de commissie,  
Eliane Janssen