

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

D

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 30 oktober 2007

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het voorlopig verslag van 25 oktober 2007 van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin. Ik stel het op prijs dat de commissie haar voorlopig verslag op korte termijn heeft vastgesteld. Bij de beantwoording heb ik de volgorde van de vragen en de indeling van het voorlopig verslag aangehouden.

I. CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie stellen vast dat zowel de Raad van State, Actal als het College bescherming persoonsgegevens (CBP) om verschillende redenen zeer kritisch zijn geweest over het wetsvoorstel. Daarbij geven deze leden aan dat de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport heeft meegedeeld dat in 2008 via algemene maatregel van bestuur (AMvB) nog wijzigingsvoorstellen zijn te verwachten. Deze leden vragen of invoering van het wetsvoorstel per 1 januari 2009 dan ook niet beter te rechtvaardigen zou zijn?

Ik wijs erop dat invoering van een verplicht eigen risico per 1 januari 2009 in plaats van per 1 januari 2008, zou betekenen dat de no-claimteruggave in 2008 nog gehandhaafd zou blijven. Gezien de afspraken die in het Coalitieakkoord zijn gemaakt om de no-claimteruggave met ingang van 1 januari 2008 af te schaffen, is daarvoor geen politiek draagvlak aanwezig. Deze afspraak in het Coalitieakkoord is gemaakt vanwege de kritiek die er in brede kring bestond op de no-claimteruggave. Naar aanleiding van de opmerking van deze leden dat in 2008 bij AMvB wijzigingsvoorstellen zouden worden gedaan, merk ik op dat het hierbij niet zozeer gaat om veranderingen in het systeem maar om fasering en verdere verfijning. De fasering betreft de introductie van sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars en de wijze waarop dure zorgvormen voor het verplicht eigen risico gaan meetellen. Dit zijn elementen die per 1 januari 2008 nog niet kunnen worden ingevoerd. De genoemde verdere verfijning heeft betrekking op de criteria die gebruikt worden voor de vaststelling van de groepen verzekerden die voor compensatie in aanmerking komen.

Voorts merk ik op dat de door de leden van de CDA-fractie geopperde

aanpassing in de buitengewone uitgavenregeling (BU-regeling), om de no-claimteruggave dan in 2008 solidair te maken, geen logische stap zou zijn in de aanpak van de BU-regeling. Immers, dan zou in de BU-regeling voor 2008 eenmalig iets geregeld moeten worden ten aanzien van bepaalde groepen verzekerden die geen no-claimteruggave ontvangen. Daarmee zou de BU-regeling eenmalig en uitsluitend voor 2008 gecompliceerd worden. Daarnaast zou dit een te grote verzwarening van de taken voor de Belastingdienst betekenen. Voorts wijs ik erop dat de BU-regeling enerzijds een aanzienlijk ondergebruik door de beoogde doelgroep kent en anderzijds een fors gebruik door andere burgers dan de beoogde doelgroep.

De leden van het CDA-fractie vragen waarop de veronderstelling is gebaseerd dat het volume-effect van het eigen risico circa € 200 miljoen bedraagt.

Uitgangspunt voor het verplichte eigen risico is geweest dat het volume-effect niet verandert door de overgang van een no-claimteruggavesysteem naar een eigen risico. Het Centraal Plan Bureau (CPB) heeft bij de doorrekening van een verplicht eigen risico verondersteld dat een verplicht eigen risico van € 150 dezelfde volume-effecten geeft als het no-claimteruggavesysteem, namelijk € 0,2 miljard.

Met de aanvaarding van het amendement-Omtzigt c.s. (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 30) is de inning van het verplicht eigen risico in de tijd begrensd. De leden van de CDA-fractie merken op dat de verzekerde dan toch vaak geen causaal verband meer zal zien tussen de zorgconsumptie en het moment van inning van het eigen risico. Om die reden vragen zij zich af of er dan nog wel sprake is van remwerking. Ook vragen deze leden wat er gebeurt als een verzekerde tussen deze twee momenten van zorgverzekeraar is veranderd. In hoeverre is dan incasso door de oude zorgverzekeraar nog wel mogelijk en zinvol.

Uit de evaluatie van de no-claimteruggave blijkt dat deze regeling ook tot een bescheiden remwerking leidt. Ook bij de no-claimteruggaveregeling verloopt er enige tijd tussen het moment van zorgverlening en de financiële verrekening daarvan. Om die reden verwacht het kabinet dat het verplicht eigen risico eveneens een bescheiden remwerking zal hebben. Voorts wijs ik erop dat de termijn die met het bedoelde amendement-Omtzigt c.s. is gesteld aan de inning van het verplicht eigen risico, een uiterste termijn is. De zorgverzekeraar kan besluiten het verplicht eigen risico eerder bij de verzekerde in rekening te brengen en zal dat in veel gevallen ook doen.

De zorg wordt in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar bij wie de verzekerde was verzekerd op het tijdstip dat de zorgverlening plaatsvond of dat de DBC werd geopend. In de situatie dat een verzekerde tussen het tijdstip van zorgverlening en inning van het verplicht eigen risico van zorgverzekeraar verandert, zal de «oude» zorgverzekeraar het eigen risico innen dat samenhangt met de zorgkosten over de periode van verzekering bij die «oude» zorgverzekeraar. De «oude» zorgkosten worden immers ook bij die «oude» zorgverzekeraar gedeclareerd; in het geval van een naturapolis door de zorgverleners en bij restitutie door de verzekerde zelf. Daarmee heeft die «oude» zorgverzekeraar dus inzicht in de zorgkosten over die periode en kan op basis daarvan dus het verplicht eigen risico over die periode bij de verzekerde in rekening brengen. Dat inzicht heeft de nieuwe zorgverzekeraar niet.

De leden van de CDA-fractie vragen of zij goed hebben begrepen, dat verzekerden met een vrijwillig eigen risico naast het komend verplicht

eigen risico bij zorgconsumptie eerst op het verplichte deel wordt aangesproken.

Op grond van het voorgestelde artikel 23, derde lid, van de Zvw worden kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en dan pas op het vrijwillig eigen risico. Dit was bij de no-claimteruggave ook het geval. Slechts als een verzekerde het totale bedrag van het verplicht risico aan zorg heeft geconsumeerd, worden de kosten van zorg in rekening gebracht van een eventueel vrijwillig eigen risico. Alleen als het gaat om kosten die nooit van het verplichte eigen risico, maar wel van het vrijwillige eigen risico kunnen worden gebracht, zoals het consult van de huisarts, wordt hier van afgeweken. Dit is toegelicht in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel (Kamerstukken II 2006/2007, 31 094, nr. 3, p. 14).

Door het amendement Van der Vlies (Kamerstukken II, 2006/2007, 31 094, nr. 34) geldt als hoofdregel dat vanaf 1 januari 2009 een vast percentage van de kosten van zorg in rekening worden gebracht van het verplicht eigen risico. De kosten die na aftrek van dit percentage overblijven, zullen wel ten laste worden gebracht van het vrijwillig eigen risico.

De leden van het CDA-fractie vragen hoe het kabinet fiscaal gaat regelen dat betalingen voor het eigen risico niet afgetrokken kunnen worden onder de buitengewone uitgaven (BU).

In artikel V van het wetsvoorstel is geregeld dat betalingen op grond van het eigen risico niet aanmerking komen voor een aftrek onder de buitengewone uitgavenregeling.

De leden van de CDA-fractie vragen welke effecten het wetsontwerp heeft op de zorgtoeslag.

Een huishouden ontvangt zorgtoeslag als de standaardpremie een in de Wet op de zorgtoeslag bepaald percentage van het inkomen te boven gaat. In 2007 is die standaardpremie bepaald als de gemiddelde nominale premie voor individuele polissen minus de gemiddelde no-claimteruggave. In 2008 wordt de standaardpremie de gemiddelde nominale premie voor individuele polissen plus het gemiddeld eigen risico van personen die geen compensatie via het CAK ontvangen. Cijfermatig verandert er door deze omzetting niets. Dat is zo omdat de daling van de nominale premie als gevolg van de omzetting precies even groot is als de verandering in de bijtelling. Onder de no-claimteruggaveregeling wordt er van de nominale premie € 91 afgetrokken om tot de standaardpremie te komen, terwijl er in 2008 €103 wordt bijgeteld (dit leidt dus tot een stijging van de standaardpremie met € 194). Hier tegenover staat dat de feitelijke premie door de omzetting ook daalt met € 194 (de verzekeraars hoeven immers uit de premieopbrengst niet meer de gemiddelde no-claimteruggave te betalen en de premie kan ook dalen met het bedrag wat gemiddeld via het verplicht eigen risico wordt binnengehaald).

Voor een gemiddelde verzekerde verandert er vrijwel niets door de omzetting. Personen die de compensatie van € 47 ontvangen gaan er bijna € 100 op vooruit en personen zonder ziektekosten gaan € 60 meer betalen.

In onderstaande tabel zijn de verschillen weergegeven tussen de no-claimteruggave en het verplicht eigen risico.

Tabel. Effect omzetting no-claimteruggaveregeling in verplicht eigen risico

	Geen zorgkosten	Geen zorgkosten	Gemiddelde zorgkosten, niet chronisch ziek	Gemiddelde zorgkosten, niet chronisch ziek	Chronisch zieken, no-claim- teruggave van € 0	Chronisch zieken, verplicht eigen risico van € 150
	No-claim- teruggave	Eigen risico	No-claim- teruggave	Eigen risico	No-claim- teruggave	Eigen risico
Nominale premie	1 103	909	1 103	909	1 103	909
No claimteruggave*	- 255		- 105		0	
Eigen risico		0		+ 103		+ 150
Compensatie via CAK						- 47
Totale lasten	848	909	998	1 012	1 103	1 012
Zorgtoeslag**	- 200	- 200	- 200	- 200	- 200	- 200
Totaal met zorgtoeslag	648	709	798	812	903	812

* De gemiddelde teruggave bedraagt € 91 voor alle verzekerden. Daarmee rekening houdend worden de totale lasten € 1012. De personen die in 2008 niet gecompenseerd worden betaalden in 2007 gemiddeld (net als in 2008) minder dan het gemiddelde van alle verzekerden. Wanneer de groep gecompenseerde verzekerden een teruggave ontvangen van nul, dan betekent dit dat de groep niet-gecompenseerden gemiddeld € 105 terugontvangt.

** De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van het inkomen en het aantal personen in een huishouden. In bovenstaande tabel is er daarom gekozen om de effecten te laten zien voor een persoon met een zorgtoeslag van € 200 (dat is een alleenstaande met een inkomen van circa € 22 500).

De leden van de CDA-fractie wijzen er op dat het gebruik van de FKG-lijst niet per definitie leidt 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. Deze leden vroegen ook waarom dit pas in april 2008 kan worden geregeld en niet voor 1 januari 2008 als de wet van kracht wordt?

Naar aanleiding van de opmerking van de leden van de CDA-fractie wijs ik er allereerst op dat de FKG-lijst betrekking heeft op een helder afgebakende groep verzekerden die meerjarige onvermijdbare zorguitgaven heeft. Dat is ook de reden geweest om bij dit stelsel aan te sluiten.

Daarmee is de groep niet compleet. Daar wijzen deze leden terecht op. Bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is er vanuit die Kamer op aangedrongen de compensatie ook uit te breiden naar andere groepen. Ten gevolge van een amendement van het lid van de Tweede Kamer Omtzigt (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 21) is artikel 118a, eerste lid, Zvw zo gewijzigd dat ook groepen verzekerden die langdurig in een AWBZ-instelling verblijven, recht hebben op compensatie. Deze compensatie is ook al mogelijk in 2008. Met betrekking tot gebruikers van hulpmiddelen ligt dit ingewikkelder. Het probleem daarbij is dat op dit moment geen gecertificeerde bestanden van het hulpmiddelengebruik beschikbaar zijn. Hulpmiddelen kostengroepen dienen dus nog te worden ontwikkeld. Dat is de reden waarom hulpmiddelen nog niet meegenomen kunnen worden bij de criteria die voor de compensatieregeling gebruikt kunnen worden. Het onderzoek naar de mogelijkheden van toepassing van dit criterium geeft inzicht in het moment waarop dit kan worden geregeld. Bij de informatie die ik over de mogelijkheid van toepassing van dit criterium zal verstrekken, zal ik ook aangeven op welke moment dit criterium toegepast kan worden.

De leden van de CDA-fractie merken op dat de Belastingdienst de bank/girorekeningsnummers van compensatiegerechtigden niet kan en/of wil aanleveren bij het CAK als uitvoerder van de compensatieregeling. Deze gegevens moeten derhalve van de verzekeraar komen. Mogen zij dit doen op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), zo vragen zij? Hoe is hierbij de verzekerde beschermd voor oneigenlijk gebruik?

Bank- en girorekeningnummers van verzekerden zijn persoonsgegevens in de zin van de Wbp. Op grond van artikel 8, onderdeel c, van de Wbp mogen persoonsgegevens worden verstrekt indien hiermee uitvoering wordt gegeven aan een wettelijke plicht. De zorgverzekeraars verstrekken op grond van het voorgestelde artikel 118a, derde lid, Zvw de rekeningnummers van verzekerden die recht hebben op compensatie aan het CAK. Hiermee geeft de zorgverzekeraar uitvoering aan een wettelijke plicht. Het verstrekken van de rekeningnummers is dus toegestaan.

De verzekerde is beschermd tegen oneigenlijk gebruik, doordat de zorgverzekeraar en het CAK wettelijk verplicht zijn om de persoonsgegevens op een zorgvuldige wijze te verwerken. De persoonsgegevens mogen niet verder worden verwerkt dan op een wijze die verenigbaar is met de doeleinden waarvoor ze zijn verkregen. Artikel 13 van de Wbp verplicht het CAK en de zorgverzekeraars bovendien passende technische en organisatorische maatregelen ten uitvoer te leggen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. De maatregelen die zorgverzekeraars en het CAK dienen te treffen, moeten een passend beveiligingsniveau garanderen. De maatregelen zijn er mede op gericht onnodige verzameling en verdere verwerking van persoonsgegevens te voorkomen. Tevens kan op grond van het voorgestelde artikel 118a, vierde lid, Zvw bij ministeriële regeling worden bepaald aan welke beveiligingseisen de gegevensverwerking moet voldoen. De ministeriële regeling die onder meer de Regeling zorgverzekering wijzigt, ten gevolge van het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico, is op dit moment in voorbereiding. Het lijkt op dit moment niet noodzakelijk om nadere regels te stellen ten aanzien van de bescherming van persoonsgegevens, omdat de Wbp reeds voldoende bescherming biedt. De concept ministeriële regeling zal spoedig aan het CBP worden voorgelegd ter advies.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de effecten op de omvang van de financieringsverschuiving van de omzetting van de no-claimteruggave-regeling in het eigen risico.

Volgens huidige inzichten bedraagt de financieringsverschuiving als gevolg van de no-claimteruggaveregeling in 2007 € 2,0 miljard. Dit is gebaseerd op een gemiddelde eigen betaling van € 164 (€ 255 minus de gemiddelde no-claimteruggave van € 91) maal 12,7 miljoen verzekerden. Naar huidige inschatting daalt de financieringsverschuiving bij een verplicht eigen risico van € 150 naar € 1,3 miljard. Dit is gebaseerd op een betaald eigen risico van € 1,4 miljard euro (het gemiddelde eigen risico van € 109 maal 12,7 miljoen volwassen verzekerden) minus de compensatie van € 0,1 miljard.

De financieringsverschuiving wordt dus € 0,7 miljard kleiner.

De leden van de CDA-fractie vragen of het zeker is dat naheffingen, zoals bij de no-claimregeling wel het geval is, na 1 januari 2008 niet ten laste van het eigen risico kunnen komen?

Naar aanleiding van deze vraag merk ik op dat met de wijziging van artikel 18a, vijfde lid, het met het amendement van het lid Omtzigt (Kamerstukken II 2006/07, 31 094 , nr. 30) in de wet is opgenomen dat bij AMvB een uiterste dag wordt bepaald waarop rekeningen voor zorg of overige diensten door de zorgverzekeraar dienen te zijn ontvangen, willen deze nog op het verplicht eigen risico in mindering worden gebracht. Daarmee is beoogd het probleem dat de leden van de CDA-fractie schetsen te onderwerpen. In de wijziging van het Besluit zorgverzekering die op grond van artikel 124 van de Zvw op 19 oktober 2007 bij beide Kamers der Staten-Generaal is voorgehangen, stel ik voor die datum te bepalen op 31 december 2009.

De leden van de CDA-fractie merken op dat een zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft op eigen keuze verstrekkingen buiten het eigen risico te laten. Deze leden vragen of deze mogelijkheid niet strijdig is met het doel van het wetsvoorstel, namelijk het verbeteren van de solidariteit. Ook willen zij weten of dit in het kader van de marktwerking mag.

Deze leden doelen op de beoogde invoering per 1 januari 2009 van sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars. Deze sturingsmogelijkheden geven de zorgverzekeraars voor bij AMvB aan te wijzen zorgvormen en onder bij AMvB te regelen voorwaarden, de mogelijkheid dat de kosten van zorg niet (geheel) meetellen voor het verplicht eigen risico. Ik acht dergelijke sturingsmogelijkheden niet strijdig met de doelstellingen van het wetsvoorstel, omdat dergelijke instrumenten verzekerden stimuleren tot een afweging tot welke zorgaanbieder zij zich zullen gaan wenden. Deze sturingsinstrumenten kunnen verzekeren er toe aanzetten om zorg in te roepen bij de Kwalitatief meest hoogwaardige en de meest doelmatige zorgaanbieders die de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. Evenals het verplicht eigen risico als zodanig, kunnen deze instrumenten bijdragen aan een zo doelmatig mogelijk en kwalitatief hoogwaardig zorggebruik.

De toepassing van deze sturingsmogelijkheden door zorgverzekeraars moet plaatsvinden met inachtneming van de publieke randvoorwaarden die gelden voor de Zvw. Eén van die randvoorwaarden is het verbod op risicoselectie door zorgverzekeraars. Bij de voorbereiding van de AMvB waarmee deze sturingsmogelijkheden nader worden uitgewerkt, zal in ieder geval deze randvoorwaarde scherp in het oog worden gehouden. De sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars passen binnen het kader van de marktwerking, aangezien de zorgverzekeraars zich met toepassing ervan kunnen profileren. Zoals hiervoor aangegeven, moeten de zorgverzekeraars zich ook bij toepassing van deze sturingsmogelijkheden houden aan de voor de Zvw geldende publieke randvoorwaarden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt hier toezicht op.

De leden de CDA-fractie wijzen op de mogelijkheid om sommige (dure) kosten, zoals totale zorgkosten in het ziekenhuis, deels buiten het eigen risico te houden en vragen of hierdoor de kosten van uitvoering de opbrengsten van de regeling niet zullen overstijgen. Daarbij wijzen zij in dit verband ook op het amendement Van der Vlies (nr. 34). De leden vragen voorts welke percentages van de zorgkosten ten laste zullen komen van het eigen risico en of dit niet tot problemen kan leiden bij DBC's.

De uitvoeringslasten door het aanwijzen van verschillende percentages die ten laste komen van het verplichte eigen risico zullen de opbrengsten van de regeling niet overstijgen. Het totaal aan eigen betalingen bij de invoering van het verplichte eigen risico bedraagt, zoals hiervoor vermeld, volgens de huidige inzichten € 1,4 mld.

Het oorspronkelijke wetsvoorstel bood de mogelijkheid om per AMvB dure zorgvormen aan te wijzen die niet geheel ten laste van het verplichte eigen risico vallen. Het amendement Van der Vlies heeft het wetsvoorstel echter zo gewijzigd dat per 1 januari 2009 voor alle zorgvormen per AMvB het percentage van de kosten wordt vastgesteld dat ten laste van het verplichte eigen risico komt. Dit percentage is in principe voor alle zorgvormen gelijk. In afwijking van dit percentage kan volgens dit amendement voor sommige zorgvormen een vast bedrag worden vastgesteld. De regering kan op dit moment nog niet zeggen welk percentage gehanteerd zal worden, omdat de gevolgen van de keuze voor een bepaald percentage eerst moeten worden nagegaan.

De leden van de CDA-fractie wijzen op het feit dat het onderhavige wetsvoorstel niet leidt tot een zelfstandige wet en de algemene evaluatiebepaling van de Zvw (art. 125) van toepassing is. De leden vragen om de werking van het verplichte eigen-risico te evalueren en deze evaluatie aan Uw Kamer toe te sturen.

Net als de no-claimteruggaveregeling zal ook het verplichte eigen risico worden geëvalueerd. In 2008 zal een nadere afbakening plaatsvinden van de groep met meerjarig, onvermijdbare zorgkosten. Als de verbeteringen in 2009 zijn ingevoerd, zal vanaf 2010 het nieuwe systeem worden geëvalueerd. Ik zal deze evaluatie aan beide Kamers toesturen.

II. VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen allereerst welk doel wordt nagestreefd met de vervanging van de no-claimteruggave door het verplicht eigen risico en of er een kans is dat dit doel door dit wetsvoorstel wordt bereikt.

De vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico heeft tot doel dat verzekerden geen geld meer terugkrijgen bij geen of beperkt zorggebruik, maar dat zij bij zorggebruik iets moeten betalen. Het remeeffect van een dergelijke prikkel is groter dan bij een teruggaaf zodat met een lager bedrag eenzelfde remeeffect kan worden bereikt. De solidariteit neemt daardoor toe. Daarnaast regelt dit wetsvoorstel dat mensen die langdurig onvermijdbare zorgkosten hebben, gecompenseerd worden voor hun financiële achterstand op de gemiddelde verzekerde zonder langdurige onvermijdbare zorgkosten. Naar de stellige overtuiging van het kabinet worden met dit wetsvoorstel deze beoogde doelen bereikt.

De leden van de VVD-fractie stellen de vraag waarom er bij deze regeling zoveel uitzonderingen zijn. Deze leden stellen deze vraag omdat er toch al sprake is van een grote solidariteit nu iedereen verzekerd is voor dezelfde premie, ongeacht de te verwachten claims op de gezondheidszorg.

In antwoord op deze vraag merk ik op dat het doel van dit wetsvoorstel relatief beperkt is, namelijk het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico. Bij het verplicht eigen risico worden dan ook dezelfde zorgvormen uitgezonderd als bij de no-claimteruggave. Additioeneel zal slechts de mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar, voor zover het betreft de uitbreiding die per 1 januari 2008 in het Zvw-pakket worden opgenomen, van het verplicht eigen risico worden uitgesloten. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de door de Tweede Kamer aangenomen motie-Van der Veen c.s. (Kamerstukken II 2006/07, 26 689, nr. 141). Zoals ik in mijn antwoord op de eerste vraag van deze leden heb aangegeven, is het doel van het wetsvoorstel relatief beperkt, namelijk een beperkte eigen betaling zodanig dat het remeeffect zo groot mogelijk is, terwijl tevens de solidariteit daar waar die er moet zijn, gegarandeerd is.

De huisartsenzorg wordt, net als nu bij de no-claimteruggave het geval is, ook van het verplicht eigen risico uitgezonderd omdat de regering belang hecht aan een drempelloze toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Een financiële drempel voor huisartsenzorg, die er zou zijn indien deze zorg zou meetellen voor het verplicht eigen risico, past daarbij niet.

Een ander punt dat de leden van de VVD-fractie naar voren brengen, is dat het 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 iets kost. Substitutie wordt daardoor onmogelijk. Deze leden vragen of ik bereid ben zorgverzekeraars – in hun eigen belang

– aan te sporen hun verzekerden te informeren over de kosten van aan hen geboden zorg.

Zoals deze leden terecht aangeven, is het verschaffen van dit inzicht een zaak van de betrokken zorgverzekeraar. Dit inzicht kan bijdragen aan zuinig gebruik. Dat realiseer ik mij. Dat realiseert de betrokken zorgverzekeraar zich ook. Het verstrekken van een dergelijk overzicht aan alle verzekerden kost ook geld en gaat gepaard met administratieve lasten. De zorgverzekeraar kan het best beoordelen of de kosten die verbonden zijn aan het verstrekken daarvan opwegen tegen de baten die het verstrekken van deze gegevens kunnen opleveren. Ik laat deze afweging dan ook aan hem over. Wel zal ik dit aspect onder de aandacht van de zorgverzekeraars brengen.

De leden van de VVD-fractie merken op dat veel grootgebruikers van zorg compensatie krijgen. Zij vragen waarom niet een veel beter werkend systeem wordt ingevoerd, zoals bijvoorbeeld een eigen risico vanaf een hoger bedrag en niet aan de voet voor chronisch zieken en gehandicapten.

Een eigen risico zoals deze leden suggereren houdt in dat de zorgkosten tot een bepaald bedrag niet meetellen voor het verplicht eigen risico, maar pas vanaf een bepaald bedrag. Er geldt dan een vrijstelling aan de voet. Een dergelijke variant is niet per 1 januari 2008 in te passen in de systemen van de zorgverzekeraars ter vervanging van de no-claim-teruggave. Een verplicht eigen risico zonder vrijstelling aan de voet is dat wel, omdat de systemen van de zorgverzekeraars immers al zijn ingesteld op een vrijwillig eigen risico zonder dat er een vrijstelling aan de voet wordt gehanteerd. Ook is een dergelijke variant moeilijker uit te voeren, omdat dan de zorgkosten eerst tot een zekere hoogte niet meetellen voor het verplicht eigen risico en de zorgkosten boven de vrijstelling daarvoor wel meetellen.

Daar komt bij dat een verplicht eigen risico met een vrijstelling aan de voet zou betekenen dat verzekerden met lage zorgkosten die onder de vrijstellingsgrens vallen, niet met het verplicht eigen risico worden geconfronteerd. In dat geval zou het verplicht eigen risico in het bijzonder verzekerden met zorgkosten boven het vrijgestelde bedrag treffen. Daarmee pakt deze variant niet solidair uit. Juist het feit dat ook verzekerden met lage zorgkosten te maken krijgen met het verplicht eigen risico, maakt dat dit in het wetsvoorstel solidair uitpakt.

Omdat in de door deze leden gesuggereerde variant zorgkosten pas boven een bepaald bedrag meetellen, zou het maximum van het verplicht eigen risico hoger moeten zijn om dezelfde opbrengst te halen. Dat verzwaart de lasten voor verzekerden die zorgkosten maken boven het aan de voet vrijgestelde bedrag.

Dit alles afwegend is mijn conclusie dat de door deze leden gesuggereerde variant een minder solidair en moeilijker uitvoerbaar systeem zou opleveren dan het onderhavige wetsvoorstel.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom gekozen is voor het bedrag van € 150 eigen risico.

Uitgangspunt voor het verplichte eigen risico is geweest dat het volume-effect niet verandert door de overgang van een no-claimsysteem naar een eigen risico. Het CPB heeft bij de doorrekening van een verplicht eigen risico verondersteld dat een verplicht eigen risico van € 150 dezelfde volume-effecten geeft als het no-claimsysteem, namelijk € 0,2 miljard.

III. PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben bedenkingen bij de effectiviteit van de voorliggende regeling voor verzekerden met structureel hoge zorgkosten. Zij wijzen erop dat deze verzekerden het eigen risico zullen volmaken waardoor er geen remeffect kan zijn. De leden van de PvdA vragen of de regering de analyse deelt van Kleef, Van de Ven en van Vliet in Economische Statistische Berichten d.d. 27 juli 2007 dat het verlengen van de «remweg» bij deze groep ten koste gaat van eventuele «remkracht». Deze leden vragen hoe het kabinet regering daarop inspeelt en waarom voor deze groep toch een eigen risico wordt ingevoerd.

Gekozen is voor een verplicht eigen risico aan de voet omdat een dergelijk systeem op 1 januari 2008 ingevoerd kan worden. Het kabinet is zich bewust dat het verplicht eigen risico niet effectief zal zijn voor verzekerden met relatief hoge zorgkosten. Maar het verplicht eigen risico beoogt behalve het remeffect ook een beperkt beroep op de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden. Het kabinet heeft besloten om verzekerden met meerjarig onvermijdbare zorgkosten te compenseren via het CAK en niet vrij te stellen omdat het de uitvoering van de zorgverzekeraars het minst belast en geen complicatie betekent voor het risicovereveningssysteem. Daarnaast kunnen alle verzekerden van 18 jaar en ouder straks gebruik maken van toekomstige programma's waarbij het verplichte eigen risico als sturingselement dient; dit zou niet het geval zijn als chronisch zieken waren uitgezonderd van het eigen risico. Ten slotte zou een volledige uitzondering voor mensen met structureel hoge zorgkosten leiden tot overcompensatie: deze groep profiteert immers ook van de lagere premie die het gevolg is van het verplicht eigen risico.

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. Zij vragen waarom niet als alternatief voor het eigen risico aan de voet is overwogen dat wel effectief kan zijn. In dit verband vragen zij het oordeel over een variant waarbij het eigen risico niet meteen aan de voet begint maar bij een hoger bedrag.

In de memorie van toelichting (Kamerstukken II 2006/07, 31 094, nr.3) heb ik op blz. 6 uiteengezet waarom besloten is om bepaalde groepen verzekerden te compenseren voor het verplicht eigen risico in plaats van hen daarvan uit te zonderen. De belangrijkste redenen daarvoor zijn:

- compensatie belast de uitvoering van het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars het minst, omdat zij geen onderscheid hoeven te maken in hun verzekerden bestand;
- het betekent geen complicatie voor het systeem van risicoverevening;
- zonder uitzondering kunnen alle verzekerden gebruik maken van de toekomstige mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om het verplicht eigen risico in te zetten als sturingsinstrument gericht op doelmatige zorgarrangementen en preventieprogramma's.

Ik ben er om deze redenen niet bereid verzekerden met hoge verwachte zorgkosten alsnog een vrijstelling van het verplicht eigen risico te geven. Wat betreft de vraag van deze leden naar mijn oordeel over een variant waarbij het eigen risico niet meteen aan de voet begint, moge ik verwijzen naar het antwoord op een vraag daarover van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke veranderingen zouden optreden in de berekeningen die destijds gemaakt zijn bij de behandeling van de Zvw in de Eerste Kamer toen de no-claimteruggave aan de orde was.

In de berekeningen die destijds zijn gemaakt, verandert de uitkomst niet. Het enige dat verandert is de nominale premie en de kolom no-claimteruggaaf zou vervangen zijn door een kolom gemiddelde eigen betaling. In onderstaande tabel staat de nominale premie € 1110 zoals deze was weergegeven in de berekeningen die toen aan de Kamer zijn overlegd minus de gemiddelde no-claimteruggaaf van € 90. De nominale premie minus gemiddelde no-claimteruggaaf bedraagt € 1020. Als toen sprake van een eigen risico van € 150 was geweest dan zou de verzekeraar niet de gemiddelde no-claimteruggaaf aan het eind van het jaar uitbetalen. Dit betekent dat de gemiddelde nominale premie € 90 lager zou zijn geweest. Vervolgens zou door de invoering van het verplicht eigen risico de gemiddelde nominale premie € 103 lager zijn geweest (namelijk het effect van de gemiddelde betaling voor het verplicht eigen risico). De gemiddelde nominale premie zou dan dus € 917 per jaar bedragen. De gemiddelde verzekerde zou vervolgens op grond van het verplichte eigen risico van € 150, gemiddeld € 103 per jaar betalen. De premie inclusief gemiddelde eigen betaling zou dus € 1020 zijn geweest. Dit is precies dezelfde premie als onder het no-claimsysteem.

Premie, no-claimteruggaaf en gemiddelde eigen betaling in euro per jaar*

Nominale premie	No-claimteruggaaf gemiddelde eigen betaling	Totaal
€ 1110	- € 90	€ 1020
€ 917	€ 103	€ 1020

* Bedragen voor de nominale premie en no-claimteruggaaf zijn overgenomen uit de tabel zoals deze destijds aan de Eerste Kamer is gestuurd (Kamerstukken I 2004/05, 30 124, C, blzn. 78-81).

De leden van de fractie van de PvdA geven aan dat zij er bezorgd over zijn dat onduidelijk blijft welke risicokenmerken worden mee gewogen bij de vaststelling van een eigen risico. Deze leden vragen of de regering bereid is nader empirisch onderzoek te verrichten naar de risicokenmerken die zouden en kunnen worden mee genomen. Ook vragen zij of differentiatie naar leeftijd niet overwogen is. Tot slot stellen zij de vraag of differentiatie naar leeftijd niet al een groter remeffect en kleiner verschil in gemiddelde eigen betalingen tussen gezonde en minder gezonde verzekerden zouden kunnen opleveren.

Naar aanleiding van deze vragen merk ik op dat bij de vaststelling van een verplicht eigen risico risicokenmerken niet zijn mee gewogen. Uitgangspunt is dat iedere verzekerde van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico heeft van € 150. In die zin is er differentiatie naar leeftijd. Een verdere differentiatie naar leeftijd zou de regeling uiterst ingewikkeld maken, ook in combinatie met het vrijwillig eigen risico.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom gekozen is voor de afschaffing van de buitengewone uitgavenregeling.

Voor de beantwoording van deze vraag wil ik verwijzen naar de behandeling van het belastingplan 2008.

Tevens vragen deze leden naar de effecten van de afschaffing van de buitengewone uitgavenregeling in combinatie met het verplicht eigen risico in 2008 en een eigen bijdragesysteem in 2009.

In artikel V van het wetsvoorstel is geregeld dat betalingen op grond van het eigen risico niet in aanmerking komen voor een aftrek onder de buitengewone uitgavenregeling. Dit betekent dat de afschaffing van de buitengewone uitgavenregeling dus geen effect heeft.

De leden van de PvdA-fractie stellen enkele vragen over het vanaf 2009 invoeren van eigen bijdragen voor dure zorgvormen. Allereerst vragen deze leden welk criterium wordt gehanteerd.

In het wetsvoorstel was de mogelijkheid opgenomen om voor bepaalde zorgvormen bij AMvB zorgvormen aan te wijzen waarvan de kosten gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen. Zo kon bijvoorbeeld worden geregeld dat slechts € 50 van een bezoek aan de medische specialist onder het verplicht eigen risico valt. Daarbij was overwogen dat een verplicht eigen risico van € 150 een sterkere remmende werking (kort maar krachtig) heeft dan elke een klein bedrag aan eigen bijdrage. Deze laatste vorm remt het zorggebruik wel langer. Daarmee is ook aangegeven welk criterium zou gelden. Voor dure zorgvormen zou vanaf 1 januari 2009 een eigen bijdrage worden ingevoerd. Deze bijdrage zou vervolgens ten laste komen van het eigen risico. Bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is het amendement Van der Vlies c.s (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 34) aanvaard. Daarmee is in het wetsvoorstel als principe vastgelegd dat vanaf 1 januari 2009 bij AMvB een percentage van de kosten van zorg of overige diensten wordt vastgesteld dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico. In afwijking daarvan kunnen bij AMvB vormen van zorg of diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen. Het uitgangspunt van een percentage betekent dat van de uitzonderingsmogelijkheid om een vast bedrag vast te stellen gebruik zal worden gemaakt bij zorgvormen die slechts weinig kosten of bij heel dure zorgvormen. Het te hanteren criterium zal dus doorgaans een kosten-criterium zijn. Het maximum van € 150 verandert door deze invulling niet.

De leden van de PvdA-fractie wijzen op de mogelijkheid in het wetsvoorstel om vanaf 2009 eigen bijdragen in te voeren voor dure zorgvormen. De leden vragen om eerst de invoering van het verplicht eigen risico en de gevolgen ervan te evalueren voordat er gebruik wordt gemaakt van deze mogelijkheid. Effecten van de invoering van de eigen bijdragen kunnen dan in het daarop volgende jaar goed ingeschat worden en weeffouten in het verplicht eigen risicosysteem kunnen dan worden meegenomen.

Het oorspronkelijke wetsvoorstel bood de mogelijkheid om per AMvB dure zorgvormen aan te wijzen die niet geheel ten laste van het verplichte eigen risico vallen. De Tweede Kamer heeft bij de behandeling van het wetsvoorstel het amendement Van der Vlies (nr. 34) aangenomen. Dit houdt in dat per 1 januari 2009 voor alle zorgvormen per AMvB het percentage van de kosten wordt vastgesteld dat ten laste van het eigen risico komt. Dit percentage is in principe voor alle zorgvormen gelijk. In afwijking van dit percentage kan voor sommige zorgvormen een vast bedrag worden vastgesteld.

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 verplicht eigen risico nauwelijks effectief zal zijn. Zij vragen of ik deze analyse deel.

De compensatieregeling heeft als doel om verzekerden die langdurig onvermijdbare zorgkosten hebben, te compenseren voor hun financiële achterstand op de gemiddelde verzekerde zonder langdurige onvermijdbare zorgkosten. Anders dan deze leden ben ik niet van mening dat de compensatieregeling ingewikkeld is. Het gaat om een compensatie die wordt uitgekeerd op basis van gegevensbestanden die geautomatiseerd beschikbaar zijn. Bovendien behoeven de betrokken verzekerden deze compensatie niet zelf aan te vragen. Het punt dat daarbij discussie oproept is de vraag aan de hand van welke

criteria wordt vastgesteld of een verzekerde tot de compenseren groep behoort. Maar dat probleem zou in gelijke mate spelen indien verzekerden met langdurige onvermijdbare zorgkosten niet zouden worden gecompenseerd, maar in plaats daarvan zouden worden uitgezonderd van het verplicht eigen risico. Ook dan zou er discussie over de afbakening van de uit te zonderen groep verzekerden plaatsvinden.

De leden van de PvdA-fractie vragen om een rekenvoorbeeld waarin de effecten van de omzetting van de no-claimteruggaveregeling in een verplicht eigen risico worden getoond voor personen met meer dan gemiddelde kosten.

In onderstaande tabel worden de effecten getoond voor een persoon met zorgkosten van boven de € 255 per jaar die in aanmerking komt voor de compensatie. Voor deze persoon daalt de premie van gemiddeld € 1103 naar € 909. Dat gebeurt omdat de verzekeraar niet langer de no-claimteruggave van gemiddeld € 91 hoeft uit te betalen, omdat de gemiddelde verzekerde € 109 aan verplicht eigen risico aan de verzekeraar betaalt en de premie stijgt met € 6 ter dekking van de compensatieregeling. Deze verzekerde met hoge kosten ontving in 2007 geen no-claimteruggave en betaalt in 2008 het maximale verplichte eigen risico van € 150. Daarnaast ontvangt hij de compensatie van € 47 via het CAK. Totaal dalen zijn kosten hiermee van € 1103 naar € 1012.

Tabel. Effect omzetting no-claimregeling in eigen risico

	No claimteruggave	Eigen risico
Nominale premie	1 103	909
No claimteruggave	0	
Eigen risico		+ 150
Compensatie via CAK		- 47
Totale lasten	1 103	1 012

Voor de effecten van de vervanging van de no-claimteruggave door het verplicht eigen risico voor verschillende groepen verzekerden (verzekerden zonder zorgkosten, «niet-chronische zieke» verzekerden met gemiddelde zorgkosten, en «chronische zieke» verzekerden zonder no-claimteruggave respectievelijk met een eigen risico van € 150), verwijs ik voorts naar de eerste tabel in deze memorie van antwoord. Met het antwoord waar bedoelde tabel in is opgenomen, reageer ik op een vraag van de leden van de CDA-fractie.

Ook vragen de leden van de PvdA-fractie naar de extra financiële en administratieve lasten bij een invoering van een vrijstelling voor het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten.

Indien chronisch zieken en gehandicapten vrijgesteld zouden worden van het verplicht eigen risico, dan zouden verzekeraars bij het innen van verplicht eigen risico in hun administratie een onderscheid moeten gaan maken tussen mensen waarvoor dat verplicht eigen risico wel en waarvoor dat niet geldt. Dat gaat met gepaard administratieve lasten bij zorgverzekeraars. Door het vrijstellen van de chronisch zieken en gehandicapten zal de opbrengst van het verplicht eigen risico dalen met circa 250 miljoen euro.

Als chronisch zieken worden vrijgesteld van het verplicht eigen risico ligt het niet in de reden om hen wel via de zorgtoeslag te compenseren voor het gemiddelde verplichte eigen risico. Als dat niet gebeurt moet de Belastingdienst/Toeslagen in zijn administratie ook een onderscheid maken in personen die wel en niet onder het verplicht eigen risico vallen. Dat leidt ook tot administratieve kosten, waarbij de Belastingdienst heeft

aangegeven dat dit de komende jaren niet uitvoerbaar is. Als chronisch zieken niet voor het gemiddeld verplichte eigen risico gecompenseerd worden, daalt de zorgtoeslag voor hen met circa 175 miljoen euro. Tot slot kan ook de uitkering via het CAK van circa 75 miljoen euro vervallen evenals de administratiekosten van het CAK.

Per saldo veranderen de financiële stromen dus niet maar nemen de administratieve kosten wel toe; tegenover hogere kosten bij zorgverzekeraars en de Belastingdienst/Toeslagen staat slechts een beperkte kostendaling bij het CAK.

De leden van de PvdA-fractie vragen voorts hoe het eigen risico uitpakt 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 artsbezoek bij nodig is maar (nog) geen medicijnen of hulpmiddelen voor beschikbaar zijn. Verder vragen deze leden hoe het eigen risico uitpakt voor patiënten met hoge (vervolg)kosten vanwege (eerdere) ziekenhuisopname.

Er zijn op dit moment weliswaar nationaal en internationaal gestandaardiseerde definities van het begrip «chronisch zieken en gehandicapten», maar nergens staan Nederlandse ingezetenen op basis daarvan geregistreerd. Het kabinet heeft gezocht naar een criterium dat uitvoeringstechnisch hanteerbaar is en de beoogde groep zo goed mogelijk voorstelt. Waar het uiteindelijk om gaat is de groep met meerjarig, onvermijdbare zorgkosten. De FKG-bestanden zijn voor de afbakening van de beoogde groep het meest geschikt. Door gebruik te maken van FKG's wordt bovendien vermeden dat mensen met incidenteel hogere zorgkosten toch in aanmerking komen voor compensatie van het eigen risico. In 2008 zal het kabinet een verdere verfijning aanbrengen in het systeem zodat de groep met meerjarig, onvermijdbare zorgkosten zo goed mogelijk wordt omvat. Door het gebruik van FKG's zullen mensen met bovenvermelde aandoeningen overigens veelal in aanmerking komen voor compensatie van het eigen risico. Eventueel noodzakelijk huisartsbezoek valt – voor iedereen – buiten het verplichte eigen risico. Met betrekking tot de hoge (vervolg)kosten na ziekenhuisopname kan worden gesteld dat het verplichte eigen risico van € 150 geldt voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder, zowel kleine als grote zorggebruikers. Het kabinet is van mening dat een verplicht eigen risico van € 150 per verzekerde een niet te zware last met zich mee brengt voor de verzekerde, zeker omdat daar voor iedereen een premiedaling van € 103 tegenover staat. De verzekerde betaalt hooguit € 47 meer dan in de situatie zonder verplicht eigen risico.

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 hier bij de start van de regeling duidelijkheid over bestaat, mede om onrust en onzekerheid bij chronisch zieken en gehandicapten te voorkomen. Kan de regering toezeggen de ingangsdatum van het verplicht eigen risico gelijk te laten vallen met het moment dat duidelijk is op basis van welke criteria welke groepen gecompenseerd worden? Zo nee, waarom niet en hoe gaat zij onrust bij chronisch zieken en gehandicapten op dit punt voorkomen? Deze leden vragen ook door wie de criteria opgesteld worden en waar deze worden vastgelegd.

De zorg van de PvdA fractie is niet gegrond, omdat de afbakening van de groep die in 2008 compensatie krijgt voor het verplicht eigen risico reeds bekend is.

Artikel 3.1a van het ontwerpbesluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering geeft aan welke verzekerden recht hebben op de compensatie. Dit ontwerp is aan beide kamers der Staten-Generaal voorgehangen met de brief van 19 oktober 2007. (Kamerstukken II 2006/07, 31 094, nr. 36). Verzekerden die in twee voorafgaande jaren zijn ingedeeld in bepaalde FKG's en verzekerden die langer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven, voor wie geen uitzicht op terugkeer naar de thuissituatie bestaat en die geen thuiswonende partner hebben, hebben recht op compensatie. De ministeriële regeling die op dit moment in voorbereiding is, geeft aan dat voor het jaar 2008 indeling in alle FKG's met uitzondering van FKG 4 (hoog cholesterol) recht geeft op de uitkering. Voor het bepalen van de groepen die compensatie krijgen, wordt verwezen naar al bestaande lagere regelgeving. Deze verwijzing geschiedt inderdaad niet bij formele wet, omdat bij formele wet niet mag worden verwezen naar lagere regelgeving (aanwijzing 78, derde lid, van de Aanwijzingen voor de regelgeving). De lagere regelgeving waarin de groepen verzekerden die compensatie ontvangen, worden aangewezen, zal gelijktijdig in werking treden met het wetsvoorstel.

De voornoemde leden wijzen er verder op dat er bijvoorbeeld een groep diabetici is die een behandeling krijgt via de huisarts, waardoor het verplicht 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 verplicht 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?

Afhankelijk van de ernst van een ziekte kan het voorkomen dat sommige patiënten onder behandeling zijn van een huisarts en andere onder behandeling van een specialist. Zoals deze leden terecht aangaven, komt dat ook voor bij diabetici. Het punt daarbij is dat voor de behandeling door de huisarts het eigen risico niet en door de specialist wel wordt aangesproken. Het uitzonderen van bepaalde zorgvormen van het eigen risico brengt een dergelijk onderscheid mee. Dat is niet te vermijden. Willekeur zal zich niet voordoen omdat duidelijk is geregeld wanneer wel en wanneer niet een bijbetaling is verschuldigd. Bovendien is objectief, op basis van een NHG-standaard, vast te stellen in welke situatie een patiënt op zorg van de huisarts respectievelijk op specialistische zorg is aangewezen. Overigens maken deze patiënten niet alleen gebruik van zorg door huisartsen of specialisten. Zij zijn doorgaans in beide situaties ook aangewezen op geneesmiddelen en vallen daardoor onder het eigen risico. Het meerjarig onvermijdbaar aangewezen zijn op geneesmiddelen geeft bovendien recht op compensatie met toepassing van artikel 118a in het wetsvoorstel dat de compensatie regelt.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat de evaluatie van de no-claimteruggave uitwijst dat er slechts beperkt en in een selectieve groep verzekerden een gering gedragseffect is te bespeuren. Deze leden vragen op basis van welke argumenten het kabinet van mening is dat het beoogde gedragseffect bij de regeling van het eigen risico wel zal optreden en dat dit effect naar verwachting groter zal zijn dan bij de no-claimteruggave.

Het is inderdaad zo dat een vorm van eigen betaling het meeste effect heeft bij verzekerden met lagere zorgkosten dan de maximale eigen betaling. Bij die verzekerden speelt de afweging immers het meest of zij wel of

geen zorg zullen inroepen en daarmee al dan niet een eigen betaling moeten voldoen. Voor verzekerden die het maximum van de eigen betaling hebben overschreden, speelt deze afweging niet meer. Uit de eindevaluatie van de no-claimteruggave van september 2007 blijkt dat er een – weliswaar bescheiden – gedragseffect is opgetreden door de no-claimteruggave. Overigens is met de no-claimteruggave altijd een bescheiden gedragseffect van ongeveer € 0,2 miljard. beoogd. Omdat van het verplicht eigen risico een negatieve financiële prikkel zal uitgaan in plaats van de positieve prikkel die van de no-claimteruggave uitgaat, ben ik van mening dat dit gedragseffect zal worden bereikt. Het CPB geeft bij de doorrekening van een verplicht eigen risico aan dat een verplicht eigen risico met een maximum van € 150 dezelfde gedrags- of volume-effecten heeft als het no-claimteruggavesysteem, namelijk ongeveer € 0,2 miljard. Zoals ik reeds eerder heb geantwoord op vragen van de leden van de VVD-fractie, wil er op wijzen dat het doel van dit wetsvoorstel relatief begrensd is. Het gaat om de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico, waardoor verzekerden geen geld meer terugkrijgen bij geen of beperkt zorggebruik maar bij zorggebruik iets moeten betalen. Het remeffect van een dergelijke prikkel is groter dan bij een teruggaaf, zodat met een lager bedrag eenzelfde remeffect kan worden bereikt. De solidariteit neemt daardoor toe. Daarnaast regelt het wetsvoorstel dat mensen die langdurig onvermijdbare zorgkosten hebben, gecompenseerd worden voor hun financiële achterstand op de gemiddelde verzekerde zonder langdurig onvermijdbare zorgkosten.

In de eindevaluatie van de no-claimteruggave stellen de onderzoekers dat met name jonge, gezonde verzekerden relatief veel mogelijkheden hebben om hun niet noodzakelijke of minder noodzakelijke zorgconsumptie te verminderen. Heeft het kabinet dit overwogen bij de verdeling van de financiële last tussen hen en de groep ouderen en chronisch zieken, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

Bij dit wetsvoorstel is een belangrijke doelstelling dat verzekerden die langdurig onvermijdbare zorgkosten hebben, gecompenseerd worden voor hun financiële achterstand op de gemiddelde verzekerde zonder langdurig onvermijdbare zorgkosten. Met het oog daarop is in het wetsvoorstel de beoogde compensatie opgenomen. In die zin is er met de compensatie sprake van een andere verdeling van de financiële last tussen verzekerden dan bij de no-claimteruggave het geval is. Anders dan deze leden veronderstellen, speelt dit punt in het voorliggende wetsvoorstel dus wel degelijk een belangrijke rol.

De leden van de PvdA-fractie begrijpen voorts dat het kabinet de zorgverzekeraars wil prikkelen om het verplichte eigen risico in te zetten als sturingsinstrument om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorg. Deze leden vragen hoe dwingend die sturende rol van de zorgverzekeraar is, onder welke condities dat geldt en bij welke zorg- of preventie programma's.

Het door deze leden bedoelde sturingsinstrument houdt in dat bij AMvB zorgvormen worden aangewezen die de zorgverzekeraars geheel of gedeeltelijk kunnen uitsluiten van het verplicht eigen risico, 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 en er is geen sprake dat deze sturende rol dwingend wordt opgelegd aan de zorgverzekeraars. Over de zorgvormen waarop deze sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraars van toepassing zullen zijn en de voorwaarden die daarbij

gaan gelden, kan ik op dit moment nog geen uitspraken doen. De concept-AMvB waarin dit wordt geregeld moet op grond van artikel 124 van de Zvw bij beide Kamers worden voorgehangen. Ik verwacht dat deze voorhangprocedure in mei 2008 kan starten.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de Raad van State kritiek heeft dat zorgverzekeraars zelf het moment van inning van het verplicht eigen risico bepalen, maar dat het gedragseffect groter zal zijn als het meteen bij de eerste betaling gebeurt, opdat er nog een effect op doelmatig zorggebruik vanuit kan gaan. Kan het kabinet uitleggen waarom ze dit 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? Ook vragen deze leden welke berekeningen hieromtrent tegenover elkaar zijn gezet?

De Raad van State heeft opgemerkt dat effectieve gedragsbeïnvloeding als het ware «boter bij de vis» veronderstelt. De leden van de fractie van de PvdA gaan er vanuit dat het kabinet het daar mee oneens zou zijn. Dat is niet het geval. Wel is de afweging gemaakt welk systeem het minst belastend zou zijn voor de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en ook de verzekerden. Zoals in het nader rapport naar aanleiding van het advies van de Raad van State is uiteengezet, hebben vooral de uitvoeringslasten ertoe geleid om het aan zorgverzekeraars over te laten het moment van inning van het eigen risico te bepalen. Het gaat daarbij om het maximum. Zorgaanbieders weten niet of een verzekerde ook aan andere zorgaanbieders een bijdrage heeft betaald. Het leidt tot discussie tussen verzekerden en zorgaanbieders in gevallen waarin de verzekerde het maximum al heeft bereikt. Dat leidt in elk geval tot verrekeningen achteraf met de eigen zorgverzekeraar. Immers, toetsing aan het maximum kan alleen via de zorgverzekeraar plaatsvinden, omdat alleen die zicht heeft op de ingediende declaraties. Kortom, niet berekeningen, zoals deze leden veronderstellen, maar inzicht in de uitvoeringslasten hebben geleid tot deze keuze.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke berekeningen ten grondslag liggen aan de verwachte opbrengst van € 200 miljoen remgeld.

Het CPB heeft berekend dat bij een verplicht eigen risico van € 150 een volume-effect verwacht mag worden dat ongeveer even hoog is als het volume-effect voor de huidige no-claimteruggave. Op grond hiervan heeft het kabinet gekozen voor een eigen risico van € 150 per jaar.

De leden van de PvdA-fractie stellen dat Actal de aanpassingen in paragraaf administratieve lasten sterk onvoldoende vindt. Kan het kabinet ingaan op die kritiek van Actal? Kan de regering 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 in de zin van extra benodigde schriftelijke correspondentie met verzekerden en beantwoording vele ongeruste telefoontjes omtrent de compensatie? Waarom wel/niet?

In mijn brief van 27 september 2007 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 18) ben ik uitvoerig ingegaan op de kritiek van Actal en de aanpassingen die ik aan de hand daarvan in de memorie van toelichting heb aangebracht. De kritiekpunten die de leden van de PvdA-fractie noemen, zijn de punten die in het advies van Actal stonden voordat de memorie van toelichting is aangepast. Nieuwe kritiek van Actal is mij niet bekend. Ik heb in de lijn van het advies van Actal de administratieve lasten uitgebreid in kaart gebracht. Gezien het doel van dit wetsvoorstel

blijkt daaruit dat de administratieve lasten voor verzekerden en het bedrijfslasten verantwoord zijn. De uitvoerbaarheid en de administratieve lasten zijn zelfs bepalend geweest bij de keuze voor het verplicht eigen risico. Ik herhaal hier nog eens de belangrijkste aspecten.

ICT-systemen van zorgverzekeraars zijn daar op ingesteld.

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

Het verplicht 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.

De afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten die in aanmerking voor compensatie komt, is niet onduidelijk. Ik verwacht dan ook geen extra telefoontjes, omdat het niet duidelijk zou zijn.

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 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? Kan het kabinet aangeven of dergelijke gegevens naar zijn oordeel vallen onder persoonsgegevens en welke relatie er bestaat met medische persoonsgegevens? De leden van de PvdA-fractie vernemen graag van het kabinet of en hoe de omgang met dergelijke persoonsgegevens adequaat geregeld wordt.

Zorgverzekeraars dienen inderdaad gegevens zoals bank- en girorekeningnummers van verzekerden te verstrekken aan het CAK. Dit zijn persoonsgegevens in de zin van de Wbp. Op grond van artikel 8, onderdeel c, van de Wbp mogen persoonsgegevens slechts worden verstrekt indien hiermee uitvoering wordt gegeven aan een wettelijke plicht. De zorgverzekeraars verstrekken op grond van het voorgestelde artikel 118a, derde lid, Zvw de rekeningnummers van verzekerden die recht hebben op compensatie aan het CAK. Hiermee geeft de zorgverzekeraar uitvoering aan een wettelijke plicht. Het verstrekken van de rekeningnummers is dus toegestaan.

Daarnaast zullen zorgverzekeraars voor het jaar 2008 bestanden aan het CAK verstrekken van verzekerden die in 2006 en 2007 in FKG's (met uitzondering van FKG 4) zijn ingedeeld. Bij deze gegevens gaat het over bijzondere persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Voor het verwerken van deze bijzondere persoonsgegevens stelt de Wbp strengere eisen dan voor «gewone» persoonsgegevens. Bijzondere persoonsgegevens betreffende de gezondheid mogen, behoudens de uitzonderingen genoemd in artikel 21 van de Wbp, niet worden verwerkt. In dit geval is de verstrekking van de zorgverzekeraar aan het CAK gerechtvaardigd op grond van artikel 21, eerste lid, onderdeel f, van de Wbp. Dit artikel bepaalt dat het verbod tot verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid niet van toepassing is, indien de verwerking geschiedt door een bestuursorgaan «voor zover dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften (...) die voorzien in aanspraken die afhankelijk zijn van de gezondheidstoestand van de betrokkene». Dit wordt geregeld in het voorgestelde artikel 118a, eerste lid, Zvw. Hierin is bepaald dat verzekerden van achttien jaar of ouder met meerjarig onvermijdbare zorgkosten, behorende tot bij of krachtens alge-

mene maatregel van bestuur te bepalen groepen, jegens het CAK recht hebben op een uitkering.

In mijn antwoord op een vraag hierover van de leden van de CDA-fractie ben ik al ingegaan op de bescherming van de verzekerde tegen oneigenlijk gebruik van persoonsgegevens. Ik heb daarin aangegeven dat de Wbp verzekerden voldoende beschermd.

Artikel 118a, vierde lid, van de Zvw biedt de mogelijkheid bij ministeriële regeling extra regels over de beveiliging van persoonsgegevens te stellen. Dit acht ik overbodig. Zoals ik in dat antwoord tevens heb aangegeven, zal ik de concept ministeriële regeling die getroffen moeten worden in verband de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico zo spoedig mogelijk aan het CBP voorleggen.

Hoewel er in het wetsvoorstel sprake is van het verwerken van persoonsgegevens, waaronder bijzondere gegevens betreffende de gezondheid, heeft het wetsvoorstel slechts voor een beperkt deel betrekking op de verwerking van persoonsgegevens. Daarom is, gelet op de bewoordingen van artikel 51, tweede lid, van de Wbp, het wetsvoorstel niet voor advies aan het CBP voorgelegd. Dit artikel geeft aan dat een wetsvoorstel adviesplichtig is als het in zijn geheel of voor een belangrijk deel betrekking heeft op de verwerking van persoonsgegevens.

IV. SP-fractie

De leden van de SP-fractie geven aan dat ten aanzien van het eigen risico gesteld wordt dat de verwachting is dat dit systeem een groter remmend effect op de zorgconsumptie zal hebben omdat het een negatieve financiële prikkel geeft. Deze leden vragen op welk onderzoek deze verwachting is gestoeld.

Het CPB heeft bij de doorrekening van een verplicht eigen risico aangegeven dat een verplicht eigen risico van €150 dezelfde volume-effecten oplevert als de no-claimteruggave van € 255, namelijk € 0,2 mld. Uit deze doorrekening van het CPB is af te leiden dat een verplicht eigen risico bij een gelijk maximum bedrag, grotere volume-effecten heeft dan een no-claimteruggave. Dit spoort ook met uitkomsten van economisch-psychologisch onderzoek dat erop duidt dat een negatieve prikkel meer effect heeft dan een positieve prikkel van dezelfde omvang.

De leden van de SP-fractie vragen of het verplichte eigen risico inderdaad relatief gemakkelijk in te voeren is omdat de ICT-systemen van verzekeraars al zijn ingesteld op een vrijwillig eigen risico. De leden melden dat tot nu toe slechts 5% van de verzekerden gebruik maakt van deze mogelijkheid en vragen of de invoering wel zo eenvoudig is als ook de overige 95% een eigen risico heeft.

De systemen van de zorgverzekeraars zijn al ingesteld op een eigen risico, vanwege de keuzemogelijkheid van een vrijwillig eigen risico die de Zvw biedt. Het kabinet is nagegaan welk systeem van eigen betalingen hierop het best aansluit en welk systeem van eigen betalingen per 1 januari 2008 met de minste uitvoeringskosten en administratieve lasten is in te voeren. De systemen van de zorgverzekeraars zijn niet ingesteld op andere vormen van eigen bijdragen die in principe voor alle verzekerde zorgprestaties gelden. Een invoering van bijvoorbeeld een eigen bijdragesysteem zou majeure aanpassingen vereisen die niet per 2008 zijn door te voeren.

De leden van de SP-fractie vragen of nu de zorgvormen waarover een vrijwillig eigen risico mag worden geheven en die waarover een verplicht

eigen risico moet worden geheven, zijn 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 verplicht eigen risico ook niet voor bezoek aan de huisartsenpost?

De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om de zorgvormen waarover een vrijwillig eigen risico mag worden geheven en die waarover een verplicht eigen risico moet worden geheven, te stroomlijnen. De wetgever bepaalt welke zorgvormen niet onder het verplicht eigen risico vallen. De wetgever kan ook bepalen welke zorgvormen niet onder het vrijwillig eigen risico vallen. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen dat zorgvormen die niet door de wetgever zijn aangewezen ook niet onder het vrijwillige eigen risico vallen. Langs deze weg is stroomlijning dus mogelijk.

Het is inderdaad zo dat eerst het verplicht eigen risico moet vollopen. De eigen bijdrage houdt in dat de verzekerde een deel van de kosten van een prestatie zelf betaalt. Alleen de kosten die voor rekening van de zorgverzekering komen, vallen onder het verplicht eigen risico en, als dat vol is, eventueel onder het vrijwillig eigen risico. Het verplicht eigen risico geldt niet voor een bezoek aan de huisartsenpost. Immers de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, valt geheel buiten het eigen risico.

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat de compensatie geen rekening houdt met de financiële draagkracht van verzekerden. In dit verband vragen zij of ik ook nadenk over systemen waarin zowel rekening wordt gehouden met de meerjarige onvermijdbare zorgkosten als met de financiële draagkracht.

Ik beantwoord deze vraag ontkennend. Doel van de compensatie is om verzekerden die meerjarig, onvermijdbare zorgkosten hebben te compenseren voor hun financiële achterstand op de gemiddelde verzekerde zonder meerjarig/langdurige onvermijdbare zorgkosten. Daarmee wordt de solidariteit met verzekerden die meerjarig/langdurig onvermijdbare zorgkosten hebben afdoende hersteld.

Het gaat hier om de financiële achterstand als gevolg van het verplicht eigen risico en niet als gevolg van hun slechtere inkomenspositie. Via de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag wordt reeds voldoende rekening gehouden met de verschillen in inkomensposities van verzekerden. Daarom hoeft dat bij de compensatie niet nog een keer. Indien rekening zou worden gehouden met de financiële draagkracht bij de compensatie, zou dat de compensatieregeling bovendien aanzienlijk compliceren. Dat is voor mij ook een argument om daar niet voor te kiezen.

Er zijn naast de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag voldoende andere instrumenten die in het kader van het algemeen inkomensbeleid kunnen worden ingezet om rekening te houden met de financiële draagkracht van de burgers.

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat de plannen om te komen tot een betere indeling van de te compenseren groep en de plannen met betrekking tot de BU elkaar raken. Zij vragen om een gezamenlijk optreden van bewindslieden.

Het kabinet is zich bewust dat de afschaffing van de buitengewone uitgaven en de nieuwe compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten betrokken moet worden bij de verdere ontwikkeling van de compensatie voor het verplicht eigen risico. Voorts spreekt het kabinet inderdaad altijd met één mond.

De leden van de SP-fractie vragen welke termijn het kabinet zich heeft gesteld om te komen tot een betere indeling van de groep met meerjarig, onvermijdbare zorgkosten. Is dat de termijn genoemd door de heer Van der Veen van 1 april 2008? Verder vragen de leden of de regering geadviseerd wordt door mensen uit de praktijk omdat de leden menen dat de FKG-systematiek een hoog theoretisch gehalte heeft.

Ik heb de Tweede Kamer toegezegd dat ik mijn uiterste best zal doen de termijn van 1 april 2008 te halen.

Ik herhaal nogmaals dat het kabinet heeft gekozen voor de FKG-systematiek omdat dit uitvoeringstechnisch het meest eenvoudig in te voeren is. Bij deze systematiek wordt gebruik gemaakt van bestaande digitale bestanden van verzekeren. De uitvoerbaarheid van de regeling in de praktijk heeft bij de keuze dus een grote rol gespeeld.

De leden van de SP-fractie geven aan dat ik in de discussie met de Tweede Kamer heb vermeld dat de Chronisch zieken en gehandicaptenraad (CG-raad) om advies is gevraagd en dat deze raad ook bezwaren had die niet zijn gehonoreerd. Wat waren deze bezwaren en hoe motiverend is het voor een degelijk orgaan als het wel wordt gehoord maar er niet naar wordt geluisterd, zo vragen deze leden.

De CG-raad heeft in een overleg dat op 15 mei jl. plaatsvond, te kennen gegeven tegen verplichte eigen betalingen te zijn. Gegeven de gekozen uitwerking van de afspraken in het Coalitieakkoord, plaatste de CG-raad kanttekeningen bij de afbakening van de te compenseren groep verzekeren. De CG-raad kon zich de keuze voor de FKG's voor 2008 voorstellen, maar gezien de tijdsdruk uitsluitend als pragmatische oplossing voor 2008. Voor de afbakening van de te compenseren groep op langere termijn moet volgens de CG-raad breder worden gekeken. Hierbij zag de CG-raad ook een relatie met de hervorming van de TBU.

Ik ben van oordeel dat het ook voor een organisatie als de CG-raad altijd nuttig is om in dialoog met de overheid te blijven. Dan behoudt een dergelijke organisatie de mogelijkheid om met suggesties te komen voor verbetering. Zoals ik bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer heb toegezegd, zal onder meer de CG-raad betrokken worden bij de verdere verfijning van de afbakening van de te compenseren groepen verzekeren. Hierbij behouden organisaties als de CG-raad en ik ieder onze eigen verantwoordelijkheden.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de zorgtoeslag voor en na de invoering van het verplicht eigen risico wordt berekend.

De zorgtoeslag wordt bepaald als het saldo van de standaardpremie en een normpremie.

De normpremie wordt bepaald als 5% van het minimumloon plus 5% van het inkomen dat het minimumloon te boven gaat voor tweepersoonshuishoudens. Voor eenpersoonshuishoudens bedraagt de normpremie 3,5% van het minimumloon plus 5% van het inkomen dat het minimumloon te boven gaat. Aan de berekening van de normpremie verandert niets.

De standaardpremie wordt in 2007 bepaald als de gemiddelde premie voor individuele polissen minus de gemiddelde no-claimteruggave. In 2008 zal de normpremie bepaald worden als de gemiddelde premie voor individuele polissen plus het gemiddeld verplichte eigen risico. Hierdoor verandert de standaardpremie niet door de omzetting van de no-claimteruggaveregeling in het verplicht eigen risico.

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 beta-

lingen die geheven kunnen worden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zvw en AWBZ en 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 voorteken dat deze instantie straks de compensatie voor het verplicht eigen risico ook niet aan kan? De ervaringen met de eigen bijdragen inning in het kader van de AWBZ en WMO zijn toch niet onverdeeld gunstig. Graag een reactie. De minister is toch politiek aanspreekbaar op het functioneren van het CAK?

Het CAK is belast met de vaststelling en inning van de eigen bijdragen voor de Wmo en de AWBZ. Het CAK heeft geen bemoeienis met de eigen bijdragen op grond van de Zvw.

Het is aan gemeenten om te bepalen voor welke individuele voorzieningen op grond van de Wmo zij eigen bijdragen willen laten heffen. Ook zijn de gemeenten vrij in de inrichting van het eigen bijdragesysteem. Die vrijheid is echter niet onbegrensd. Bij wettelijk voorschrift is geregeld welk inkomensafhankelijk maximum geldt en hoe dat wordt berekend. Daarnaast is er anticumulatie met de AWBZ-bijdragen geregeld. De eigen bijdragen die de gemeenten in het algemeen hebben geregeld, betreffen de huishoudelijke hulp en de hulpmiddelen en voorzieningen ex Wet voorzieningen gehandicapten. Te denken valt, naast dus de eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp, aan eigen bijdragen voor scootmobielen en voor aanpassingen in en van de woning.

Op grond van de AWBZ gelden er eigen bijdragen voor verpleging en persoonlijke verzorging en voor verblijf in een instelling.

Op grond van de Zorgverzekeringswet gelden er eigen bijdragen voor psychotherapie, eerstelijnspsychologie, volledige gebitsprothesen, in bepaalde gevallen voor bijzondere tandheelkundige zorg, geneesmiddelen in het kader van het geneesmiddelenvergoedingssysteem, bepaalde hulpmiddelen, kraamzorg en voor ziekenvervoer.

De negatieve opvatting van deze leden over het CAK wordt niet door mij gedeeld. De overgang naar de Wmo is door het CAK juist goed ter hand genomen.

De leden van de SP-fractie vragen of de uitvoering van de compensatieregeling voor de mensen met meerjarig onvermijdbare zorgkosten op termijn wordt overgedragen aan de Belastingdienst/Toeslagen.

Het kabinet heeft besloten tot uitvoering bij het CAK omdat de Belastingdienst/Toeslagen daar op dit moment niet toe in staat is. Als in de toekomst blijkt dat de Belastingdienst/Toeslagen daartoe wel weer in staat is zal alsdan een nieuwe afweging gemaakt worden.

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?

De kosten worden geraamd op € 2,5 miljoen. Het CAK raamt de kosten van uitvoering (toesturen beschikking en kosten overmaking bedrag) op ca. € 1,5 miljoen. Naar verwachting zullen er bijkomende kosten zijn, zoals het herstel van onjuiste NAW- en/of rekeninggegevens en kosten met betrekking tot afhandeling van bezwaarschriften. Het gaat hier om een post die zich op voorhand lastig laat inschatten. Vooral nog wordt uitgegaan van ca. € 1,0 miljoen. De laatste post zal op basis van nacalculatie aan het CAK-BZ worden vergoed.

Ten tijde van de invoering van de no-claimteruggave in het ziekenfonds zijn de uitvoeringskosten geraamd op € 20 miljoen. De ziekenfonds-

populatie bedroeg 2/3e van de totale populatie.
De ziekenfondspopulatie bedroeg tweederde van de totale populatie; voor de totale populatie komen de kosten dan uit op € 30 miljoen.

De leden van de SP-fractie merken op dat 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. Zij vragen of het klopt 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? Ook vragen zij hoe de systematiek werkt 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?

Als antwoord op de vraag of het klopt dat de zorgverzekeraar zelf kan bepalen wanneer hij het eigen risico int, merk ik op dat dit inderdaad zo in het wetsvoorstel is vastgelegd. Bij een DBC worden de kosten duidelijk op het moment dat de DBC wordt gesloten. Het moment van openen van de DBC is echter bepalend voor de vraag welke zorgverzekeraar de rekening dient te betalen en is dus ook bepalend voor het eigen risico. Het doorlopen van een DBC in een volgend jaar is dus voor het eigen risico niet relevant. Wel is in de Tweede Kamer een amendement Omtzigt c.s. (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 30) aanvaard waardoor in het voorgestelde artikel 18a, vijfde, lid van de Zvw is vastgelegd dat het eigen risico voor een bij AMvB te bepalen tijdstip in rekening moet worden gebracht. Ter uitvoering daarvan is in de wijziging van het Besluit zorgverzekering die op grond van artikel 124 van de Zvw op 19 oktober 2007 bij beide Kamers der Staten-Generaal is voorgehangen, voorgesteld die datum te bepalen op 31 december 2009.

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat de no-claimteruggave nog tot 1 april 2009 kan worden verrekend. Daardoor is er dus de mogelijkheid dat verzekerden dubbel (achteraf) belast worden. Deze leden vragen hoe daar mee moet worden omgegaan.

In die gevallen dat de no-claimteruggave in de eerste maanden van 2009 wordt gecorrigeerd en door de zorgverzekeraar wordt teruggevraagd, heeft er in maart 2008 een voorlopige uitkering van de no-claimteruggave over 2007 plaatsgevonden. Het gaat hierbij dus om zorgkosten over het jaar 2007. Bij het verplicht eigen risico gaat het om zorgkosten over het jaar 2008. De zorgkosten zijn dus van belang voor ofwel de no-claimteruggave over 2007 of het verplicht eigen risico over 2008. Er is in die zin dus geen sprake van dubbele belasting.

Wel kan het voorkomen dat verzekerden binnen een kort tijdsbestek geconfronteerd worden met terugvordering van de eerder uitgekeerde no-claimteruggave over 2007 en het verplicht eigen risico over 2008. Verzekerden zullen over het algemeen weten dat zij zorg hebben genoten in 2007; in dat geval kunnen zij rekening houden met het feit dat zij de uitgekeerde no-claimteruggave weer (deels) moeten terugstorten naar de zorgverzekeraar en zij kunnen dat bedrag dan daarvoor reserveren. Indien desondanks toch betalingsproblemen optreden, kunnen deze verzekerden in contact treden met hun zorgverzekeraar over de mogelijkheid van een betalingsregeling.

De leden van de SP-fractie vragen welke instantie controleert of zorgverzekeraars voldoende (niet teveel en niet te weinig) eigen risico innen. Verder vragen de leden of de zorgverzekeraars aangeslagen worden voor een bepaald te storten bedrag aan verplicht eigen risico en of zij ook

moeten betalen als het niet gelukt is (bij wanbetalers) het verplicht eigen risico te innen. Ook vragen de leden waar de opbrengsten van het eigen risico heengaan.

Bij de vaststelling van de bijdrage die de zorgverzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangt, wordt ermee rekening gehouden dat door het verplicht eigen risico van verzekerden een deel van de zorgkosten niet voor rekening van de verzekeraar komt. Het is niet zo dat zorgverzekeraars een bepaald bedrag eigen risico dienen te storten. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het innen van het eigen risico en draagt hiervoor ook het risico. Zorgverzekeraars hebben er daarom zelf belang bij dat het juiste bedrag wordt geïnd.

De leden van de SP-fractie vragen van welke middelen de compensatiegelden worden betaald. Voorts is de vraag of zorgverzekeraars inmiddels in staat zijn om voor deelnemers aan collectiviteiten 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.

De compensatie voor de groep met meerjarig, onvermijdbare zorgkosten wordt gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds. Voor de verreweg meeste collectiviteiten is het zo dat de deelnemers zelf hun premie betalen en dat het bank/gironummer bij de verzekeraar bekend is. Bij de gevallen waar dit niet het geval zal het CAK-BZ aan de te compenseren persoon vragen op welke rekening het bedrag kan worden gestort. De collectiviteiten spelen hierbij geen rol.

De leden van de SP-fractie wijzen op het signaal van Divosa dat mensen in de laagste inkomensgroepen liquiditeitsproblemen kunnen krijgen als ze in één keer het verplicht eigen risico bedrag moeten betalen. Als oplossing hiervoor heeft de heer Van der Veen de mogelijkheid van een herverzekering voor het verplicht eigen risico gesuggereerd terwijl het kabinet gespreide betaling een betere oplossing vindt. De leden vragen of de suggestie van de heer Van der Veen niet een terugkeer naar de situatie onder de no-claimteruggaveregeling betekent.

Bij de no-claimteruggaveregeling ontvangt een verzekerde met weinig tot geen zorgkosten in een bepaalde jaar, het jaar daarop maximaal €255 van zijn verzekeraar. Bij de suggestie van de heer Van der Veen ontvangt een verzekerde met een herverzekering van het eigen risico en met weinig tot geen zorgkosten in een bepaald jaar, niets van zijn herverzekeringspremie terug. In de situatie onder de no-claimteruggaveregeling is deze verzekerde dus beter af dan in het geval hij een herverzekering afsluit voor het verplichte eigen risico; in deze zin is er dus een duidelijk verschil tussen beide systemen. Bovendien moet worden aangetekend dat een herverzekering waarschijnlijk gepaard zal gaan met een hoge premie. Voor de gemiddelde verzekerde bedragen de kosten onder het verplichte eigen risico immers al €109, en omdat het aannemelijk is dat deze verzekering vooral gebruikt zal worden door verzekerden die verwachten het verplicht 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. De herverzekering wordt daarmee in feite een vorm van gespreide betaling van het volledige verplicht eigen risico.

De leden van de fractie van de SP merken op dat ik heb gezegd dat ik verwacht dat gemeentelijke sociale diensten bij het sluiten van collectieve contracten voor hun minima/bijstandsgerechtigden het probleem van de betaling van het verplicht eigen risico zullen oplossen. Deze leden vragen waarom niet alle gemeenten collectiviteiten hebben

opgericht. Daarnaast vragen zij welk percentage van de bijstandsgerechtigden al buiten de boot valt en dus mogelijk ook niet van een collectieve regeling kan profiteren om het verplicht eigen risico niet te zwaar op de liquiditeitspositie te laten drukken.

Op dit moment hebben een kleine 400 gemeenten een collectieve verzekering gesloten. In de praktijk blijkt dat met name de kleine gemeenten geen collectieve verzekering hebben gesloten. Het is mij niet precies bekend welke kleine gemeenten dit betreft en wat de beweegredenen hiertoe zijn. Er zijn echter gemeenten die geen collectieve verzekering willen sluiten, omdat de meeste zorgverzekeraars als voorwaarde bij een collectieve verzekering stellen dat de premie rechtstreeks wordt ingehouden op de bijstandsuitkering. Deze gemeenten zijn van mening dat dit indruist tegen de zelfredzaamheid van de bijstandsgerechtigden, hetgeen het uitgangspunt is van de Wet werk en bijstand. Geschat wordt dat 75% van de bijstandsgerechtigden en 10% van de overige minima in een dergelijk collectief contract van de gemeente participeert. Verder heb ik de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid op 16 augustus jl. schriftelijk geïnformeerd (brief van 16 augustus 2007, Z/VV-2791995) over de pilot «Parkpolis» van de gemeente Amsterdam en hem verzocht dit onder de aandacht te brengen van de Nederlandse gemeenten.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie of ik verwacht dat het aantal wanbetalers zal toenemen.

Bij een verplicht eigen risico, dat slechts € 150 per jaar bedraagt en dat gemiddeld genomen geheel gecompenseerd wordt door een lagere nominale premie, verwacht ik niet dat het aantal wanbetalers groter zal worden. Indien verzekerden toch in de problemen komen omdat zij een bedrag van € 150 niet ineens kunnen voldoen, kunnen zij hun zorgverzekeraar benaderen voor een betalingsregeling. Een dergelijke regeling kan ook deel uitmaken van de afspraken in het kader van een collectieve verzekering voor bijvoorbeeld bijstandsgerechtigden.

Ook vernemen zij gaarne of ik verwacht dat de medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden of illegalen nog verder weg zal komen te liggen en of ik de garantie kan geven dat elke inwoner van Nederland zorg kan krijgen als dat medisch noodzakelijk is.

Indien het onverzekerden betreft met een legale verblijfstatus, die dus onder de verzekeringsplicht van de Zvw vallen, is er altijd de mogelijkheid – en de plicht – zich alsnog te verzekeren voordat zorg wordt verleend. Indien zorg niet zonder gezondheidsschade kan worden uitgesteld en er dus geen tijd is om de zorgvrager aan te melden bij een zorgverzekeraar, dient toch zorg verleend te worden. Het is echter aan de arts om te beoordelen of medische zorg noodzakelijk is. Overigens merk ik op dat ik door middel van doelgroepgerichte voorlichting aan specifieke groepen onverzekerden, het aantal onverzekerden terug wil dringen. Voor wat betreft «illegalen» biedt artikel 10 Vreemdelingenwet 2000 ruimte voor het verlenen van financiering van medisch noodzakelijke zorg. Dat betreft nagenoeg alle zorgvormen die zijn opgenomen in het Nederlandse wettelijke sociale verzekeringspakket (Zvw en AWBZ). Het voorgaande gaat slechts op onder de voorwaarde dat de vraag of de zorg nu en hier moet worden verleend, positief wordt beantwoord door de behandelend arts. De noodzaak van de medische zorg dient te worden gezien in samenhang met de duur van het verblijf.

De leden van de SP-fractie vragen voorts op welke manier er een eigen risicobedrag van deze mensen te vorderen valt, omdat, zo veronderstellen zij, het debiteurenrisico bij verzekeraars ligt.

Het verplicht eigen risico wordt door een zorgverzekeraar in rekening gebracht aan een verzekerde. Op de verzekerde die dit niet kan betalen ontstaat er een vordering. De zorgverzekeraar zal door middel van incasso proberen het uitstaande bedrag alsnog te innen. Bij een verzekerde die al wanbetaler is wordt het bedrag toegevoegd aan de reeds bestaande vordering van achterstallige premie.

De leden van de SP-fractie vragen hoe ik deze maatregelen eigen risico ga koppelen aan het wetsvoorstel verzwaren incassoregime?

Het verplicht eigen risico komt niet aan de orde in het wetsvoorstel 30 918 (verzwaren incassoregime). De relatie tussen het niet betalen van de nominale premie en het verplicht eigen risico neem ik op in een wetsvoorstel dat de «bronheffing» voor wanbetalers regelt. Dit wetsvoorstel wordt medio 2008 bij de Tweede Kamer ingediend.

Naar aanleiding van de vraag van deze leden welke verzekeraar bij overstappen een verplicht eigen risico dat is gebaseerd op nagekomen rekeningen invordert en of zij daar mogelijk al een protocol voor hebben opgesteld merk ik het volgende op.

Bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar int de zorgverzekeraar bij wie de verzekerde verzekerd was op het moment dat de zorg werd verleend, het verplicht eigen risico. Dat is ook de zorgverzekeraar die de rekening van de zorgaanbieder betaalt. Een protocol is hiervoor niet nodig.

Deze leden geven voorts aan dat de toevoeging aan de groep van te compenseren personen met inwoners van AWBZ-instellingen sympathiek aan doet. Deze roept naar hun mening 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. Zij vragen ook hoe ik aan deze mensen uitleg dat ze buiten de compensatieregeling vallen.

De toevoeging van de te compenseren groep personen met verzekerden die verblijven in een AWBZ-instelling is gerealiseerd door het amendement van het lid Omtzigt c.s. (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 21). Zoals blijkt uit de toelichting op dat amendement is dit ingegeven door het feit dat een aantal AWBZ-instellingen wettelijk verplicht is om de medicijnkosten te vergoeden als onderdeel van de te verlenen zorg. Deze mensen komen daarom niet in aanmerking voor compensatie via een FKG. Naar de mening van de indieners van het amendement hebben mensen die in een dergelijke instelling verblijven bijna altijd hoge kosten door bezoek aan het ziekenhuis, hulpmiddelen en andere kosten. Het amendement dat door de Tweede Kamer is aanvaard, heeft geregeld dat ook deze verzekerden voor compensatie in aanmerking kunnen komen. Voor mensen die thuis verblijven geldt dat, omdat medicijnen in hun situatie via de Zvw voor vergoeding in aanmerking komen, compensatie via de FKG-systematiek mogelijk is. Zij vielen dus op grond van het ingediende wetsvoorstel al onder de compensatieregeling, voortvloeiend uit de FKG-systematiek.

De leden van de SP-fractie vragen wanneer de AMvB klaar is waarin geregeld wordt welke zorgvormen eventueel door de zorgverzekeraar geheel of gedeeltelijk vrijgesteld kunnen worden van het verplicht eigen risico.

Het is de bedoeling de door deze leden bedoelde concept-AMvB in het voorjaar van 2008 gereed te hebben. Op grond van het met het amendement-Omtzigt c.s. (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 30) gewijzigde artikel 124 van de Zvw, moet deze concept-AMvB bij de beide Kamers worden voorgehangen. Ik verwacht dat deze voorhangprocedure in mei 2008 kan starten.

De toepassing van deze sturingsmogelijkheden door zorgverzekeraars moet plaatsvinden met inachtneming van de publieke randvoorwaarden die gelden voor de Zvw. Eén van die randvoorwaarden is het verbod op risicoselectie door zorgverzekeraars. Bij de voorbereiding van die AMvB zal deze randvoorwaarde scherp in het oog worden gehouden.

De Zvw zou het ook mogelijk maken dat buitenlandse zorgverzekeraars tot onze markt kunnen toetreden. Hoewel dat tot nu toe niet zo hard loopt, vraagt de fractie van de Socialistische Partij zich toch af of buitenlandse verzekeraars gedwongen kunnen worden mee te doen aan het vorderen van het verplicht eigen risico bij hun verzekerden in Nederland en aan het verstrekken van gegevens ten behoeve van de compensatieregeling.

Een buitenlandse zorgverzekeraar die tot de Nederlandse markt wil toetreden moet aan de Nederlandse eisen voldoen en over een vergunning voor de juiste branches beschikken. Een buitenlandse zorgverzekeraar die de zorgverzekering in Nederland wil uitvoeren, zal dan ook mee moeten doen aan het vorderen van het verplicht eigen risico bij hun verzekerden in Nederland en zal gegevens moeten verstrekken ten behoeve van de compensatieregeling.

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, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Indien een verzekerde kosten maakt waarvoor een ander aansprakelijk is, kan de verzekerde hiervoor schadevergoeding vorderen. Dit vloeit voort uit het Burgerlijk Wetboek. Ook voor kosten die het verplicht eigen risico met zich meebrengt, is dit mogelijk.

Het wetsvoorstel is op een aantal punten aangepast naar aanleiding van opmerkingen van het CBP. Zou het zinnig zijn geweest te voren advies gevraagd te hebben, zo vragen deze leden. Deze inleiding is bedoeld om er bij de minister op aan te dringen om het CBP van te voren om 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.

De ministeriële regeling die onder meer de Regeling zorgverzekering wijzigt, ten gevolge van het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico, zal wel worden voorgelegd aan het CBP. De regeling heeft in grote mate betrekking op het verwerken van persoonsgegevens en ik acht de inbreng van het CBP over de waarborgen van het verwerken van persoonsgegevens met het oog op de compensatie, noodzakelijk.

De AMvB op grond van artikel 118a van de Zvw is niet ter advisering voorgelegd, aangezien dit inmiddels voorgehangen besluit, slechts één bepaling bevat die betrekking heeft op het verwerken van persoonsgegevens. Deze bepaling heeft betrekking op de gegevens van mensen die eigen bijdragen betalen op grond van de AWBZ. Deze groep is door het amendement van Kamerlid Omtzigt c.s (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 21) toegevoegd aan de groep verzekerden die compensatie krijgt. Het CAK is zelf in het bezit van deze gegevens van deze groep aan

gezien het CAK deze eigen bijdragen heft. De desbetreffende persoonsgegevens dienen voor het uitkeren van de compensatie echter wel verder te worden verwerkt. Het verwerken van de gegevens is op grond van artikel 9, tweede lid, onderdeel c, van de Wbp niet onverenigbaar is met de doeleinden waarvoor ze zijn verkregen, omdat de gevolgen van de beoogde verwerking voor de betrokkene louter positief zijn. De verzekerde krijgt tenslotte een compensatie voor het verplicht eigen risico.

Tot slot willen deze leden nog graag vernemen hoe de minister aandacht blijft 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 118a, vierde lid, Zvw een grondslag biedt om zonedig beveiligingseisen te stellen en dat bij de op te stellen ministeriële regeling zal worden nagegaan of dat noodzakelijk is. Volgens deze leden zijn er gezien het bovenstaande al genoeg redenen om eisen ten aanzien van beveiliging op te stellen.

De ministeriële regeling die onder meer de Regeling zorgverzekering wijzigt, ten gevolge van het vervangen van de no-claimeruggave door een verplicht eigen risico, is op dit moment in voorbereiding. Het lijkt op dit moment niet noodzakelijk om nadere regels te stellen ten aanzien van de bescherming van persoonsgegevens, omdat de Wbp (op grond van onder andere artikel 13 Wbp) reeds voldoende bescherming biedt. De concept ministeriële regeling zal spoedig aan het CBP worden voorgelegd ter advies.

V. SGP-fractie, mede namens de Christen Unie

De leden van de fracties van de SGP en van de Christen Unie memoreren dat is afgesproken dat vanaf 1 januari 2009 zorgverzekeraars het verplicht eigen risico niet in rekening hoeven te brengen indien een patiënt gebruik maakt 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?

Met betrekking tot de vraag van de leden van de fracties van de SGP en de Christen Unie wat de status is van de besluitvorming rondom de bevoegdheid van zorgverzekeraars dat zij het verplicht eigen risico niet in rekening hoeven te brengen indien een patiënt gebruik maakt van preferente zorgverleners, merk ik het volgende op. Omdat dit pas per 1 januari 2009 zijn beslag zal krijgen, heb ik mij op dit moment vooral procedureel bezonnen op de wijze waarop hier uitwerking aan zal worden gegeven. Uiteindelijk zal een en ander zijn beslag moeten krijgen in een wijziging van het Besluit zorgverzekering die bij beide Kamers der Staten-Generaal zal worden voorgehangen. Met deze leden ben ik overigens van oordeel dat kwaliteit van de zorgverlening van belang is bij de te maken afwegingen. Echter, financiële aspecten zijn evenzeer belangrijk. Het is van belang dat zorgverzekeraars een zodanige invulling geven aan deze mogelijkheid dat aan beide aspecten aandacht wordt besteed. De in dit kader te stellen criteria zullen hun uitwerking moeten krijgen in het Besluit zorgverzekering, vervolgens zal de verzekerde via de polis van zijn eigen zorgverzekeraar de benodigde informatie moeten krijgen. Of die informatie voldoende en voldoende helder is, en derhalve in overeenstemming met

de geregelde criteria, is een aangelegenheid waarop de Nederlandse Zorgautoriteit zal toezien.

De leden van de SGP-fractie vraagt mede namens de leden van de fractie van de Christen Unie of we met de invoering van het verplicht eigen risico niet een nodeloos ingewikkeld systeem van uitzonderingen aan het creëren zijn waardoor de patiënten 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 patiënten duidelijk te maken? En hoe kunnen we voorkomen dat zorgverzekeraars worden geconfronteerd met onnodig hoge uitvoeringskosten?

Met de invoering van het verplicht eigen risico wordt het systeem niet ingewikkelder dan onder de no-claimregeling. Integendeel, de no-claimteruggaveregeling vervalt. Dat is voor zorgverzekeraars een administratieve verlichting. De administratieve en informatiesystemen van de zorgverzekeraars zijn verder al ingesteld op een eigen risico vanwege de al bestaande keuzemogelijkheid voor een vrijwillig eigen risico. Voor zorgverzekeraars is het verder mogelijk om het verplicht en het vrijwillig eigen risico op elkaar af te stemmen en te stroomlijnen. Wat betreft de verduidelijking naar patiënten, zij zullen informatie ontvangen van hun zorgverzekeraar. Bovendien zal ook de overheid zorgdragen voor een goede voorlichtingscampagne over het eigen risico per 1 januari 2008.

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. Zij vragen dan ook hoe, indien er alsnog wijzigingen worden doorgevoerd in de wetgeving rondom het verplicht eigen risico, dit dan nog tijdig zou kunnen worden geregeld bij de zorgverzekeraars voor 2008 zodat zij hun cliënten tijdig, volledig en juist zouden kunnen informeren.

Deze leden wijzen terecht op het tijdstip van discussie in de Eerste Kamer. De tekst van het wetsvoorstel staat wel vast met de aanvaarding daarvan door de Tweede Kamer, maar evenzeer is relevant of de Eerste Kamer instemt met het wetsvoorstel. Dan pas staat vast dat de wet ook ingevoerd zal worden. Daarom stel ik het ook op prijs dat de Eerste Kamer bereid is geweest tot een spoedige behandeling. Een spoedige behandeling is ook van belang omdat een aantal uitvoeringsaspecten bij AMvB, het Besluit zorgverzekering, worden geregeld. De voorhang daarvan heb ik bij brief van 19 oktober 2007 gestart.

VI. Fractie van GroenLinks

Uit de eindexamen van de no-claimteruggave van september 2007 blijkt de no-claimteruggave 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 no-claimteruggaaf dan uitkeringsontvangers. De leden van de fractie van GroenLinks vragen in hoeverre verwacht mag worden dat het nieuw voorgestelde systeem een dergelijke ongelijke verdeling zal verminderen, of dat deze ongelijke verdeling gelijk zal blijven dan wel zal toenemen.

Het zorggebruik en de kosten daarvan zijn bepalend voor de vraag of verzekerden een no-claimteruggave krijgen en hoe hoog deze is. Met de vervanging van de no-claimteruggave door het nieuw voorgestelde verplichte eigen risico, blijven de kosten van het zorggebruik bepalend voor de vraag of verzekerden een verplicht eigen risico moeten voldoen en of zij het daarvoor geldende maximum volmaken. In dat opzicht treedt er naar verwachting geen verandering op en blijven de in de eindevaluatie vermelde verschillen tussen groepen verzekerden gehandhaafd. Wel zullen de verschillen in financiële zin tussen verzekerden zonder zorgkosten en verzekerden met hoge zorgkosten, kleiner worden. Dit komt omdat de maximale no-claimteruggave €255 bedraagt terwijl het maximum van het verplicht eigen risico €150 bedraagt. Ook bevat het wetsvoorstel een compensatieregeling voor bepaalde groepen verzekerden; een dergelijke compensatie ontbreekt bij de no-claimteruggave.

Verskillende regelingen voor zorgbehoevenden kennen inmiddels systemen van eigen bijdragen. In hoeverre zullen deze bedragen gaan cumuleren zo vragen de leden van de fractie van Groen Links? Kan de regering een inzicht geven in de effecten?

Zoals ik hiervoor al heb aangegeven, is anticumulatie tussen de eigen bijdrage voor de voorzieningen op grond van de Wmo en de zorg op grond van de AWBZ geregeld. De eigen bijdragen op grond van de Zvw kunnen cumuleren, maar deels gaat het bij die bijdragen ook om besparing van kosten of om vermijdbare eigen bijdragen. Bij de besparing van kosten valt te denken aan de kosten van gewone schoenen in geval van aanschaf van orthopedische schoenen. Vermijdbare bijdragen zijn het aanschaffen van geneesmiddelen of hoortoestellen die duurder zijn dan de vastgestelde limiet en die dus vermijdbaar zijn als de verzekerde kiest voor een goedkoper geneesmiddel of hoortoestel. Inzicht in de inkomenseffecten zijn niet te geven. Dat verschilt van geval tot geval. Er zijn echter voldoende voorzieningen voor mensen die veel aan premie of zorgkosten betalen ten opzichte van hun inkomen, te denken valt aan de zorgtoeslag, de tegemoetkoming/af trek buitengewone uitgaven, de compensatie voor het verplicht eigen risico en, als sluitstuk, de bijzondere bijstand.

De regering operationaliseert de groepen chronisch zieken en gehandicapten als personen met meerjarig onvermijdbaar medicijngebruik binnen bepaalde FKG's. De leden van de fractie van GroenLinks vragen hoe deze operationalisatie zich verhoudt met andere definities, zowel nationaal als internationaal. Kan worden aangegeven welke groepen chronisch zieken en gehandicapten als gevolg van deze operationalisatie buiten de compensatie vallen, zo vragen deze leden. Ook vragen zij hoe het geregeld is met andere kosten zoals die bijvoorbeeld van hulpmiddelen.

Er zijn nationaal en internationaal gestandaardiseerde definities van »chronisch zieken en gehandicapten« beschikbaar. Cruciaal is echter dat nergens voor elke Nederlandse ingezetene staat geregistreerd in hoeverre hij of zij valt onder deze definities van «chronisch zieken en gehandicapten». Voor de uitwerking van de compensatieregeling kon daarom geen gebruik worden gemaakt van deze definities, omdat het voor het uitkeren van de compensatie vooral van belang is een bruikbaar bestand voor 2008 te hebben die de groep mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten zo goed mogelijk benadert. Zonder een dergelijk bestand is een compensatieregeling niet uitvoerbaar, evenmin trouwens als een uitzondering van het verplicht eigen risico. De patiënten- en cliëntenorganisaties hadden bij het overleg in het voorjaar van 2007 wel begrip voor het feit dat het lastig is om een hanteerbaar en geautomatiseerd bestand te vinden voor uitvoering van de compensatieregeling. Zij

erkenden daarbij ook dat een dergelijk bestand op basis van nationaal of internationaal gestandaardiseerde definities niet beschikbaar is. Vanwege het gebruik van de FKG's vallen «chronisch zieken en gehandicapten» die niet in een FKG zijn ingedeeld, buiten de compensatie. Hierbij gaat het dus om verzekerden die niet langdurig medicijnen moeten gebruiken die samenhangen met een ziekte of aandoening die is meegenomen in de FKG's. Daarnaast komen als gevolg van het amendement-Omtzigt c.s. (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 21) ook verzekerden in aanmerking voor de compensatie die langdurig in een AWBZ-instelling verblijven.

Wat betreft de vraag van de leden van de fractie van GroenLinks over de hulpmiddelen, moge ik verwijzen naar de toezegging die ik in mijn brief van 8 oktober 2007 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 35) heb gedaan naar aanleiding in de motie-Wiegman-van Meppelen Scheppink c.s. (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 28). In die motie wordt gevraagd om ook het gebruik van hulpmiddelen als criterium voor de compensatie toe te voegen. Ik heb toegezegd dat ik de Kamer zo spoedig mogelijk zal informeren hoe de hulpmiddelen op zo kort mogelijke termijn kunnen worden meegenomen bij de criteria die voor de compensatieregeling gebruikt zullen worden.

Tevens vragen de leden van de fractie van GroenLinks waarom gekozen is voor de toevoeging meerjarig. Zij zijn van mening dat de kern van de gedachte is dat vooral de vermijdbare kosten moeten worden voorkomen.

Doel van de compensatie is dat het financiële nadeel van verzekerden met meerjarig onvermijdbare zorgkosten ten opzichte van de gemiddelde verzekerde wordt weggenomen. Daarom gaat het bij de compensatie om verzekerden met langdurig onvermijdbare zorgkosten; verzekerden van wie dus met een grote mate van zekerheid kan worden verwacht dan zij meerjarig zulke hoge zorgkosten hebben dat zij gedurende meer dan één jaar het maximum van het verplicht eigen risico volmaken. Dat laatste onderscheidt de te compenseren groep verzekerden van de normale, gemiddelde verzekerde bij wie geen sprake is van langdurige onvermijdbare zorgkosten. Die laatste groep verzekerden zal naar alle waarschijnlijkheid niet elk jaar het maximum van het verplicht eigen risico volmaken.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen hoe groot het kabinet het risico inschat dat – om kosten te mijden – medische behandeling wordt uitgesteld of gemeden? Zij vragen vervolgens wat, indien dit risico aanwezig wordt geacht, daarvan dan de gevolgen zijn, zowel medisch als financieel?

Het kabinet verwacht dat het risico dat verzekerden een behandeling die medisch echt noodzakelijk is zullen uitstellen of daarvan af zullen zien gering is. Het verplicht eigen risico kan er wel aan bijdragen dat een verzekerde een betere afweging maakt.

De leden van de Groenlinks-fractie vragen naar het standpunt van de regering op de mogelijkheid van verzekering van het eigen risico voor bijstandgerechtigden door de gemeente Amsterdam.

In reactie op een vraag van de SP-fractie ben ik al ingegaan op de mogelijkheid van herverzekering van het verplicht eigen risico. Op deze plaats wil ik volstaan met een verwijzing naar dit antwoord.

Deze leden zijn van mening dat een systeem van verplicht eigen risico alleen werkt als voor betrokkene inzichtelijk is welke kosten hij of zij verantwoord kan vermijden. Zij vragen of het kabinet van mening is dat het huidige systeem, gebaseerd op FKG's, voldoende transparant is om

aan dit doel te beantwoorden? Ook stellen zij tot besluit de vraag op welke wijze het kabinet denkt de transparantie te bevorderen.

Het kabinet is van mening dat het systeem van het verplicht eigen risico niet moet worden verward met de compensatie. Het systeem van het verplicht eigen risico is helder. De verzekerde kent de hoogte van het verplicht eigen risico, weet voor welke zorgvormen het geldt en aan wie hij dat moet voldoen. Ook de compensatie is zo vorm gegeven dat hij weet wanneer hij recht heeft op die compensatie, namelijk indien hij valt onder de aangewezen groepen (FKG's of verblijf in een AWBZ-instelling). Dat hij niet kan doorgronden hoe een FKG in elkaar zit is voor de in de vraag aangeduide transparantie niet relevant.

De vraag welke kosten de verzekerde op verantwoorde wijze kan vermijden, staat los van dit systeem. Die is vooral gelegen in de eigen afweging waarbij de behandelende arts hem kan adviseren.

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