

Vergaderjaar 2007–2008

31 094

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

Nr. 35

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 oktober 2007

1. Inleiding

Op 4 oktober 2007 wisselden wij in tweede termijn van gedachten over het wetsvoorstel waarin de no-claimteruggaveregeling in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt vervangen door een verplicht eigen risico (wetsvoorstel 31 094). Ik heb toen aangegeven voor de stemmingen op een aantal amendementen en moties schriftelijk te reageren.

Met mijn brief van 27 september 2007 (Kamerstukken II, 2007–2008, 31 094, nr. 18) heb ik al op eerder ingediende amendementen gereageerd. Voor de overzichtelijkheid ga ik in op alle ingediende amendementen, dus ook op de amendementen waarop ik in mijn hiervoor genoemde brief al schriftelijk heb gereageerd. Tevens reageer ik op de ingediende moties.

2. Reactie op ingediende amendementen

Amendement Kant 31 094, nr. 10

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

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

Daarom ontraad ik dit amendement.

Amendement Kant 31 094, nr. 13

Met dit amendement wordt voorgesteld dat de compensatie het volledige bedrag van het verplicht eigen risico bedraagt (€ 150) en niet het verschil

met de eigen betaling van de gemiddelde, niet te compenseren verzekerde (€ 150 – € 103 = € 47). De zorgtoeslag blijft rekening houden met de gemiddelde eigen betaling.

Ik ben van mening dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten zodanig moeten worden gecompenseerd, dat zij dezelfde Nederlandse Nederlander die geen recht heeft op compensatie. Een compensatie die erop neerkomt dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten in het geheel geen gevolgen ondervinden van het verplichte eigen risico, terwijl de gemiddelde volwassen verzekerde dat wel heeft, leidt tot overcompensatie. Ten slotte geeft dit amendement geen dekking voor extra kosten aan.

Daarom ontraad ik dit amendement.

Amendement Kant 31 094, nr. 14 (dit amendement wordt nader gepreciseerd)

Met dit amendement wordt voorgesteld dat de gemaakte kosten voor het verplicht eigen risico in aanmerking komen voor de aftrek buitengewone uitgaven in de inkomstenbelasting. De compensatieregeling via het CAK blijft daarbij in stand.

Het amendement laat de compensatie van mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten door het Centraal Administratiekantoor (CAK) in stand, en regelt daarnaast ook nog compensatie via de BU. Voor de betreffende groep verzekerden zal derhalve sprake kunnen zijn van dubbele compensatie.

In de tweede termijn gaf mevrouw Kant aan dat dit amendement op dit punt nader zou worden gepreciseerd. Met de aangekondigde precisering beoogt mevrouw Kant de dubbele compensatie te voorkomen. Ik heb begrepen dat mevrouw Kant daartoe een onderscheid wil maken tussen verzekerden die wel en verzekerden die niet een CAK-compensatie ontvangen en voorts een onderscheid wenst tussen verzekerden die wel en niet een zorgtoeslag ontvangen. Ten gevolge van dit amendement zou de Belastingdienst bij de uitvoering van de buitengewone lastenaftrek onderscheid moeten maken tussen deze verschillende groepen verzekerden. Dit is voor de Belastingdienst onuitvoerbaar.

Daarnaast leidt het amendement er voor verzekerden zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten toe, dat zij de zorgkosten die zij voor hun rekening hebben moeten nemen onder de BU-regeling kunnen aftrekken. Dit amendement leidt tot hogere uitgaven, waarvoor het amendement geen dekking geeft.

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

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

Ik ontraad dit amendement.

Amendement Kant 31 094, nr. 16

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

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

Ik ontraad dit amendement.

Amendement Kant 31 094, nr. 19

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

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

Ik ontraad dit amendement.

Amendement Omtzigt c.s. 31 094, nr. 21

Met dit amendement wordt voorgesteld dat mensen, die voor langere tijd zijn opgenomen in een AWBZ-instelling onder de CAK-regeling vallen.

Dit amendement is technisch uitvoerbaar door gebruik te maken van de bestanden van het CAK inzake de intramurale AWBZ-bijdrage.

Ik heb geen bezwaar tegen dit amendement.

Amendement Van der Vlies c.s. 31 094, nr. 27 (dit amendement wordt nog bijgesteld)

Met dit amendement wordt voorgesteld, met ingang van 1 januari 2009, artikel 20 van de Zvw dusdanig te wijzigen dat bij AMvB één percentage van de zorgkosten wordt vastgesteld dat op het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.

Een verplicht eigen risico van € 150 heeft een sterkere remmende werking (kort maar krachtig) dan elke keer een klein bedrag aan eigen bijdrage. Daar staat tegenover dat kleinere bedragen die ten laste van een eigen risico komen, wel langer het zorggebruik remmen. Om die reden bevat het wetsvoorstel al de mogelijkheid bij AMvB zorgvormen aan te wijzen waarvan de kosten gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen. Zo kan bijvoorbeeld geregeld worden dat slechts € 50 van ieder bezoek aan de medisch specialist of de spoedeisende hulp van het ziekenhuis onder het verplichte eigen risico valt. De tekst van het voorgestelde artikel 20, eerste lid, laat het ook toe dat bij AMvB een percentage wordt vastgesteld. Zoals ik al eerder heb meegedeeld, ben ik bereid te bekijken of het vaststellen van een percentage een goede manier is om de kosten van zorg te verrekenen met het verplichte eigen risico.

Het wezenlijke verschil tussen deze weg en het amendement van de heer Van der Vlies is nu, dat de heer Van der Vlies voorstelt om als uitgangs-

punt in de Zvw zelf – dus op het niveau van de formele wet – te regelen, dat een vast percentage van de zorgkosten voor rekening van het verplichte eigen risico komt. Bij AMvB kunnen daar dan uitzonderingen op worden gemaakt.

Ik ben hier niet direct voorstander van, aangezien een vast percentage voor alle zorgvormen leidt tot hogere administratieve lasten bij de zorgverzekeraars. Daarnaast is een vast percentage minder geschikt bij zorgvormen die slechts weinig kosten: het in rekening te brengen verplichte eigen risico zal dan niet altijd opwegen tegen de uitvoeringskosten daarvan.

Het in het wetsvoorstel voorgestelde artikel 20 maakt reeds mogelijk dat een vast percentage van de zorgkosten ten laste van het verplichte eigen risico wordt gebracht.

Ook is het mogelijk bij AMvB zorgvormen aan te wijzen waarvoor een vast bedrag ten laste van het verplichte eigen risico wordt gebracht. Kortom, het wetsvoorstel bevat reeds de elementen die met dit amendement worden beoogd.

Al met al zou ik de heer Van der Vlies nogmaals in overweging willen geven het amendement in te trekken, waartegenover ik toezeg na te zullen gaan voor welke vormen van zorg geregeld kan worden dat een vast percentage van de zorgkosten voor rekening komt van het verplichte eigen risico. Daarbij zal ik ook nagaan wat hiervan de financiële gevolgen zijn.

Amendement Omtzigt c.s. 31 094, nr. 30

Met dit amendement wordt voorgesteld dat een eigen risico voor een bij AMvB te bepalen datum in rekening wordt gebracht.

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

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

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

Ik acht het bovendien niet noodzakelijk om een dergelijke termijn te bepalen aangezien zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn voor de opbrengst van het verplichte eigen risico. Zorgverzekeraars hebben daarmee dus al een prikkel het verplichte eigen risico tijdig te innen. Bovendien zal het uitlokken tot premieverhoging vanwege mogelijke lagere inkomsten uit het verplichte eigen risico.

Ik ontraad het amendement op dit punt.

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

Amendement Kant 31 094, nr. 31

In de tweede termijn heeft mevrouw Kant aangekondigd een amendement in te dienen om het vrijwillige en het verplichte eigen risico synchroon te laten lopen. Dat amendement heeft zij inmiddels ingediend. Het heeft onderstuknummer 31 gekregen. Overigens regelt dit amendement tevens wat in amendement 31 (zie hieronder) los is geregeld: de mogelijkheid van zorgverzekeraars om vormen van zorg van het verplichte of vrijwillige eigen risico vrij te stellen, wordt geblokkeerd. Voor mijn commentaar daarop moge ik verwijzen naar mijn commentaar op amendement 32.

Met de eerste nota van wijziging is de mogelijkheid geformaliseerd dat zorgverzekeraars geen onderscheid meer hoeven te maken tussen de zorgvormen die onder het verplichte respectievelijk het vrijwillige eigen risico vallen. Omdat de zorgverzekeraars zelf op deze mogelijkheid hebben aangedrongen, ga ik ervan uit dat zij van de geboden mogelijkheid gebruik zullen maken. Ik vind het te ver gaan om de zorgverzekeraars daartoe te verplichten. Het amendement staat daarbij op gespannen voet met de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf. Die zeggen namelijk dat je private verzekeraars slechts regels mag opleggen voor zover dat noodzakelijk is voor de bescherming van het algemeen belang. Van zo'n noodzaak is in dit geval geen sprake.

Ik ontraad dit amendement.

Amendement Kant 31 094, nr. 32

Amendement 32 van mevrouw Kant zorgt ervoor dat zorgverzekeraars het verplichte en – naar ik aanneem – vrijwillige eigen risico niet als sturingsinstrument zullen kunnen gebruiken.

Met het wetsvoorstel beoog ik zorgverzekeraars meer sturingsmogelijkheden te bieden op het terrein van preventie en de keuzeondersteuning van verzekerden te verbeteren. Dit draagt naar de mening van het kabinet bij aan een betere werking van de eigen betalingen.

Dit is een dusdanig essentieel element van het wetsvoorstel dat ik dit amendement ontraad.

3. Reactie op de ingediende moties

Motie Kant 31 094, nr. 22

Met deze motie wordt voorgesteld bij AMvB te regelen dat zorg in het kader van preventie niet ten laste kan worden gebracht van het verplichte eigen risico.

Preventieve zorg maakt veelal deel uit van meer omvattende zorg en is daarmee moeilijk als afzonderlijke zorgvorm te onderscheiden. De motie is niet uitvoerbaar.

Ik ontraad deze motie.

Motie Kant 31 094, nr. 23

Met deze motie wordt voorgesteld bij AMvB te regelen dat de acute zorg niet ten laste kan worden gebracht van het verplichte eigen risico.

Het maken van een onderscheid voor acute zorg maakt het systeem en de uitvoering van het verplichte eigen risico voor zorgverzekeraars veel complexer. Dit leidt tot administratieve lasten en levert uitvoeringsproblemen op. Bovendien haalt het de prikkel weg om eerder van de huisartsenzorg gebruik te maken in plaats van de eerste hulp post in het ziekenhuis.

Ik ontraad deze motie.

Motie Kant 31 094, nr. 24

Met deze motie wordt voorgesteld bij AMvB te regelen dat ziekenhuisopnames niet ten laste kunnen worden gebracht van het verplichte eigen risico.

Het maken van een onderscheid voor ziekenhuisopnames maakt het systeem en de uitvoering van het verplichte eigen risico voor zorgverzekeraars veel complexer. Dit leidt tot administratieve lasten en levert uitvoeringsproblemen op. Bovendien levert dit een financieel probleem op.

Ik ontraad deze motie.

Motie Kant 31 094, nr. 25

Met deze motie wordt gevraagd voordat het verplicht eigen risico wordt ingevoerd met een nieuw voorstel te komen voor een compensatiemodel voor chronisch zieken dat niet slechts afhankelijk is van het geneesmiddelengebruik.

Een nieuw compensatiemodel voor invoering van het verplichte eigen risico per 1 januari 2008 is niet uitvoerbaar.

Ik ontraad deze motie.

Motie Kant 31 094, nr. 26

Met deze motie wordt voorgesteld bij AMvB te regelen dat die vormen van zorg in de Zvw waar een eigen bijdrage voor geldt, worden uitgezonderd van het verplichte eigen risico.

Het uitzonderen van zorgvormen waarvoor al een zorggebonden eigen bijdrage geldt leidt tot opbrengstverlies.

Ik ontraad deze motie.

Motie Wiegman-Van Meppelen Scheppink c.s. 31 094, nr. 28

Met deze motie wordt voorgesteld voor de compensatie over 2008 naast de FKG's ook het gebruik van hulpmiddelen als criterium toe te voegen,

op grond waarvan mensen gecompenseerd kunnen worden voor het verplicht eigen risico.

Voor hulpmiddelengebruik zijn op dit moment geen gecertificeerde bestanden beschikbaar. Ik ben wel van plan om naast de FKG's voor farmacie na te gaan of ik hulpmiddelen kosten groepen (HKG's) kan ontwikkelen. HKG's worden een verdeelcriterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik in het verleden. Niet voor elk hulpmiddel geldt dat het gebruik ervan zal leiden tot opname in een HKG.

Ik zal de Kamer zo spoedig mogelijk informeren hoe de hulpmiddelen op zo kort mogelijke termijn meegenomen kunnen worden bij de criteria die voor de compensatieregeling gebruikt zullen worden.

Ik geef de indieners van deze motie dan ook in overweging deze motie aan te houden.

Motie Van der Veen c.s. 31 094, nr. 29

Met deze motie wordt voorgesteld ervoor te zorgen dat zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk per 1 april 2008, de groep mensen met onvermijdbare ziektekosten optimaal is afgebakend en de Kamer tussentijds regelmatig op de hoogte te stellen van de vorderingen en de mogelijkheden hiertoe.

Zoals ik aangaf, is alle inzet gericht op een betere afbakening van de groep mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Ik ga hiervoor mijn uiterste best doen. Ik wijs er wel op dat die afbakening ook in technische zin moeilijk is. Het moet ook uitvoerbaar zijn met geautomatiseerde bestanden. Ik kan daarom niet garanderen dat de in de motie genoemde datum van 1 april 2008 haalbaar is.

Ik zie deze motie als een ondersteuning van mijn beleid en laat het oordeel over aan de Kamer.

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