

Vergaderjaar 2006–2007

31 094**Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico****Nr. 5****VERSLAG**

Vastgesteld 17 augustus 2007

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave	blz.
ALGEMEEN	2
Inleiding	2
Verplicht eigen risico	7
Toekomstige mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te sturen	10
Internationale aspecten	11
Compensatie in plaats van uitzonderen chronisch zieken en gehandicapten	11
Afbakening te compenseren groepen	13
Compensatie	16
Financiële aspecten	17
Administratieve lasten	17
ARTIKELEN	19

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Van Gijlswijk (SP), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Azough (GL), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (VVD), Griffith (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Jonker (CDA), Langkamp (SP), Jacobi (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), De Wit (SP), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA) en Ortega-Martijn (CU).

Inleiding

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel dat de no-claim afschaft en een eigen risico invoert in de zorgverzekering, tezamen met een compensatie voor een groep chronisch zieken. Deze leden zijn blij dat de no-claim, conform het coalitieakkoord, wordt afgeschaft. Zij delen de mening van de regering dat er aan de no-claim teruggaveregelings nadelen kleven, zoals het feit dat de «verzekerde pas achteraf het gevolg ziet van zijn gebruik van medische voorzieningen.» Het zou wenselijk zijn als het financiële gevolg van een behandeling redelijk dicht bij het moment van behandeling zit, juist ook om ergernis bij burgers te voorkomen. Nu wordt de no-claim pas na afloop van het jaar uitbetaald en kan deze daarna nog een jaar worden teruggevorderd. Daarom hebben de leden van de CDA-fractie al eerder opgeroepen, door middel van de Kamerbreed aanvaarde motie 30 124, nr. 30 waarin wordt opgeroepen uitbetaalde no-claimteruggaven niet langer terug te vorderen. De leden van de CDA-fractie vragen de regering dan ook of zij door middel van dit wetsvoorstel deze motie alsnog kan uitvoeren voor de no-claim over het jaar 2007, zodat het totale hoofdstuk no-claim kan worden afgesloten.

Verbaasd waren de leden van de CDA-fractie dan ook dat zij verderop in het wetsvoorstel en in de memorie van toelichting niets konden vinden over de termijn waarbinnen het eigen risico in rekening gebracht kan worden bij een verzekerde. Zij lezen zelfs dat «het stellen van een uiterste termijn (voor het in rekening brengen van het eigen risico) niet nodig is». Hoe lang is deze uiterste termijn eigenlijk in wettelijk opzicht, en hoe kijkt de regering aan tegen het voorstel om verzekeraars te verplichten het eigen risico binnen een bepaalde termijn na levering van de zorg of dienst in rekening te brengen bij de verzekerde en anders te laten vervallen? Hoe kijkt de regering aan tegen bijvoorbeeld een termijn van drie maanden? De leden van de CDA-fractie begrijpen heel goed dat er een verband is tussen de DBC-systematiek, die immers betaling voor een hele behandeling van maximaal één jaar voorschrijft, en de relatief trage afhandeling van vooral ziekenhuisnota's. De DBC-systematiek en het boter-bij-de-vis-principe zouden dus wel eens op gespannen voet met elkaar kunnen staan. Graag ontvangen deze leden een reactie van de regering op het voorstel om declaraties al aan te melden of af te handelen binnen drie maanden na opening van een DBC.

De leden van de CDA-fractie merken op dat het voorstel van wet geen heldere doelstelling bevat en geen evaluatiebepaling. Zij verzoeken de regering aan te geven wat de doelstellingen en randvoorwaarden van het wetsvoorstel zijn, en op welke termijn de regering een evaluatie van de wet aan de Kamer zal doen toekomen. In dit licht vragen de leden van de CDA-fractie voorts wanneer het tweede deel van de evaluatie van de no-claim aan de Kamer zal worden gestuurd.

De leden van de CDA-fractie delen de mening van de regering dat de samenloop van een verplicht en een vrijwillig eigen risico helderder is dan de combinatie van een no-claim en een eigen risico. Wel zien deze leden dat op dit moment de praktijk is dat de regels voor het vrijwillig eigen risico afwijken van de regels voor de no-claim. Zou het niet voor de hand liggen dat verzekeraars in de regel dezelfde regels gaan hanteren voor het verplicht en het vrijwillig eigen risico? Zij hebben hierover de volgende vragen:

1. Mogen verzekeraars dezelfde uitzonderingen die gelden voor het verplicht eigen risico (zoals bevalling, kraamzorg, huisarts en tandheelkunde tot 22 jaar) hanteren voor het vrijwillig eigen risico? Zo nee, waarom niet?

2. Waarom wordt voorgesteld dat in artikel 20b de verzekeraar, onder bij AMvB te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat zorg of overige diensten buiten het verplicht eigen risico vallen, maar wordt daarin niet de mogelijkheid genoemd het buiten het vrijwillig eigen risico te houden, terwijl dat in artikel 20a wel gedaan wordt?

De leden van de CDA-fractie merken op dat chronisch zieken en gehandicapten op vele fronten (o.a. in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de AWBZ en de Zorgverzekeringswet (Zvw),) kunnen aanlopen tegen eigen bijdragen en eigen betalingen, en dat in veel van deze eigen betalingen op dit moment tegelijk veranderingen worden aangebracht, evenals in de tegemoetkomingen (BU, TBU, zorgtoeslag, chronisch-ziekencompensatie). Hoe worden de verschillende hervormingen op elkaar afgestemd en wie bewaakt het overzicht?

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel met betrekking tot de wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag. Deze leden hebben desalniettemin een aantal vragen.

Zij vragen waarom de regering in plaats van het ontwikkelen van een integraal systeem van eigen betalingen voor een verplicht eigen risico kiest. Welke visie en welke onderzoeksmatige onderbouwingen van de regering liggen ten grondslag aan de voorstellen voor het invoeren van een verplicht eigen risico.

De regering verklaart dat een systeem van eigen betalingen de verzekerden stimuleert meer afgewogen gebruik te maken van medische voorzieningen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de verzekerde nu daadwerkelijk minder gaat consumeren, of dat er sprake is van een financieel verschuivingeffect (met andere woorden dat de verzekerde niet minder consumeert maar zelf betaalt). Kan deze vraag mede worden beantwoord in het licht van de notitie van het CPB waarin op blz. 6 wordt gesteld dat mensen ondanks eigen betalingen een belangrijk deel van de zorg blijven gebruiken, omdat ze denken dat dit nodig is, of dat een arts aangeeft dat het nodig is? Kan worden geduid in welke omvang er daadwerkelijk minder gebruik wordt gemaakt van zorg en kan aangegeven worden om welke zorgvormen het hierbij gaat? Kan voorts aangegeven worden in welke omvang er sprake is van een financieel verschuivingeffect?

De Raad van State stelt dat de eigen bijdragen die in het verleden zijn ingesteld allen na korte tijd zijn afgeschaft, mede omdat de uitvoeringsproblemen veelal niet opwogen tegen de veronderstelde baten. De regering gaat hier in de memorie van toelichting niet op in. Kan de regering aangeven hoe dit gegeven zich verhoudt tot de invoering van het verplicht eigen risico? Bestaan er evaluaties en/of berekeningen, waaruit het effect blijkt van de in het verleden gehanteerde eigen bijdragen systemen in het ziekenfonds (vrijwillige eigen risico's, medicijnknaak etc.)? Kan geduid worden wat de condities zijn die de resultaten (aangetoonde remmende werking) bevorderen en welke condities de resultaten afzwakken of verhinderen?

De regering beschikt niet over onderzoek aangaande de werking van de no-claim. De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de regering dan toch kan spreken over de «positieve» prikkel van de no-claim, en over de «negatieve» prikkel van de eigen bijdrage in relatie tot de remmende werking?

De regering stelt dat de no-claimregeling lastiger is uit te voeren dan de eigen risicoregeling. De leden van de fractie van de PvdA vragen wat de ervaringen waren bij de uitvoering? Welke knelpunten zijn onderkend en waren deze al eerder bekend? Is er ook zicht op de uitvoeringskosten van de no-claimregeling? Welke knelpunten van de no-claimregeling worden volgens de regering door de eigen risicoregeling opgelost?

De leden van de **SP**-fractie hebben met kritische belangstelling kennis genomen van het voorstel om de no-claimteruggaveregeling te vervangen door een verplicht eigen risico. Zij zijn nooit voorstander geweest van de no-claim, omdat daarmee ziek betaalt voor gezond. Chronisch zieken, gehandicapten en ouderen hadden vaak bij voorbaat al geen recht op de no-claimteruggave. De invoering van een verplicht eigen risico nemen deze zorgen niet weg.

De leden van de **VVD**-fractie hebben met zorg kennis genomen van het wetsvoorstel houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico. Er bestaan naar aanleiding van dit wetsvoorstel talrijke vragen. Deze leden zijn op basis van dit wetsvoorstel ook niet overtuigd van belangrijke onderdelen van dit wetsvoorstel. Daarbij zijn de leden van de VVD-fractie van mening dat op onderdelen van kritiek van de Raad van State door de regering niet is ingegaan, maar er langs heeft geredeneerd. Zij zullen derhalve – daar waar de kritiek overeenkomt – een aantal vragen van de Raad van State herhalen.

De VVD-fractie heeft altijd pragmatisch geredeneerd daar waar het de manier van heffing van de eigen betaling betreft. De keuze voor de no-claim is vooral gebaseerd op de keuze voor een beloning van zuinig gedrag in plaats van bestraffing van gebruik. Ook is met de keuze voor de no-claim de liquiditeitsproblematiek niet aan de orde. De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat aan de argumenten die de regering in de memorie van toelichting noemt één doorslaggevend argument ontbreekt. Dit heeft ook gevolgen voor de voorstellen verder in het wetsvoorstel. Het betreft het belangrijke argument van draagvlak. Wij vragen met onze verplichte verzekering tegen ziektekosten, met een premie die bij een verzekeraar gelijk is voor iedereen, ziek of gezond, jong of oud, een grote mate van solidariteit van jonge en/of gezonde mensen. Zij betalen duizenden euro's per jaar meer dan zij op basis van hun eigen risicoprofiel zouden moeten betalen. Om dit draagvlak in een vergrijzende samenleving in stand te houden is het zaak dat de regering dit onderkent en hieraan tegemoet komt. Veronachtzaming van deze grote solidariteit die wordt afgedwongen, is in de ogen van de leden van de VVD-fractie niet alleen zeer onterecht, maar ook spelen met vuur. Waarom is de regering hieraan op geen enkele wijze tegemoet gekomen? Waarom heeft de regering een voorstel ingediend dat dit draagvlak nog meer onder druk zet? Een ander niet genoemd argument is bewustzijn en inzicht in de kosten. Deze leden hebben er in dit kader al vaker op aangedrongen om de patiënt altijd een afschrift van de rekening te sturen. Dit is een eenvoudige manier om het kostenbewustzijn te vergroten, maar ook om de controle op wat is geleverd en wat is berekend structureel vorm te geven. Kan de regering aangeven waarom dit niet in onderhavige wetswijziging is meegenomen?

De regering stelt dat de no-claim kon rekenen op weinig maatschappelijk draagvlak. Dat is altijd het geval geweest bij eigen betalingen, zo stellen deze leden. Kan de regering aangeven waarop de verwachting is gebaseerd dat een eigen risicoregeling kan rekenen op meer maatschappelijk draagvlak, mede gezien de eerste negatieve reacties die al op dit wetsvoorstel zijn binnengekomen? In het wetsvoorstel staat dat: «Het huidige kabinet wil goed luisteren naar de gevoelens van onvrede die in de samenleving bestaan over de no-claimteruggaveregeling. Dit past in het streven de kloof tussen politiek en burger te verkleinen». Heeft het kabinet in de 100-dagen luistertour door Nederland veel mensen gesproken over de no-claimregeling? Heeft het kabinet haar oor ook te luister gelegd over onderhavig voorstel inzake de eigen risicoregeling? Werd dit voorstel wel door «de burger» met enthousiasme ontvangen? Kan hierop nader worden ingegaan, gezien de uitdrukkelijke verwijzing naar draagvlak in de memorie van toelichting?

De chronisch zieke zal in de no-claimregeling geen geld terugkrijgen. Zal deze chronisch zieke het eigen risico dan wel kunnen voorkomen? Zo nee, waarom is het eigen risico dan rechtvaardiger dan de no-claim? Gaat het in de kern niet gewoon om dat € 255/€ 150 voor eigen rekening komt, en dat de overige kosten c.q. het risico collectief worden gedragen? Een belangrijk element in de redenering van de regering is dat chronisch zieken hun zorggebruik niet kunnen voorkomen. Kan de regering de leden van de VVD-fractie uitleggen hoe een persoon – zijnde niet chronisch ziek, maar wel in het bezit van een gebroken been – kan voorkomen dat hij gebruik maakt van de gezondheidszorg? De regering schrijft dat chronisch zieken en gehandicapten geen keus hebben in hun zorgconsumptie. Hebben naar de mening van de regering mensen die niet chronisch ziek zijn, maar wel ziek, deze keuze dan wel? Kan de regering deze leden voorts uitleggen hoe zij dit argument ziet in de wetenschap dat de huisarts is uitgezonderd van het eigen risico? De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat juist bij de huisartsenzorg sprake is van een afweging of gebruik wordt gemaakt van deze zorg, of dat e.e.a. nog even wordt aangekeken. Dat is niet het geval als de huisarts de patiënt doorstuurt naar de tweede lijn. Dat doet de huisarts niet voor niets; blijkbaar is tweede lijnszorg medisch noodzakelijk. De huisarts maakt deze afweging immers op basis van medische argumenten. Kan de regering aangeven wat in het kader van het eigen risico de keuze nog is van een patiënt in de situatie dat hij wordt doorverwezen door de huisarts? Door de huisartsenzorg uit te zonderen van de no-claimregeling en de eigen risicoregeling die nu wordt voorgesteld, is naar mening van deze leden het argument van het remmen van de zorgconsumptie/zuinig gebruik maken van de zorg gereduceerd tot een nevenargument van geringe waarde. Het in één keer verrekenen van het eigen risico ontnemt het eigen risico ook het voordeel dat het instrument had boven de no-claim, namelijk de directe werking. Dat is jammer. Eigenlijk is het argument van «remgeld» alleen nog relevant in de geneesmiddelenzorg, omdat hiermee wordt gestimuleerd om voor een eventueel goedkopere beschikbare variant te kiezen. Kan de regering aangeven waar dit argument nog meer relevant is? Kan zij tevens duiden waarom dit argument steeds als belangrijk naar voren wordt geschoven?

De no-claimregeling is voor de voormalig particulier verzekerden in 2006 met de nieuwe Zorgverzekeringswet ingegaan, voor de voormalig Ziekenfondsverzekerden per 2005. Dat wil zeggen dat voormalig particulier verzekerden pas één maal een no-claimafrekening heeft gekregen, voormalig ziekenfondsverzekerden pas twee maal. Is de regering met de leden van de VVD-fractie van mening dat de no-claimregeling onvoldoende de tijd heeft gekregen om daadwerkelijk door te werken in het gedrag van verzekerden? Is de regering met ons van mening dat dit past in de geschiedenis van eigen betalingen in het tweede compartiment, die over het algemeen ofwel worden afgeschaft voordat ze daadwerkelijk zijn ingevoerd, ofwel worden ingevoerd, maar voordat iedereen eigenlijk de tijd heeft gekregen om zo'n nieuw systeem te leren kennen en begrijpen, alweer wordt afgeschaft? Is de regering van mening dat dit bijdraagt aan het draagvlak voor eigen betalingen in de zorg? Is de regering voorts van mening dat deze flipperkast-politiek bijdraagt aan het beeld van een betrouwbare en consequente overheid? Waarom denkt de regering dat de nu voorgestelde eigen betalingen een ander lot zijn beschoren?

De aanname van de no-claim, eigen risico en eigen bijdrage is dat deze zouden leiden tot verminderd gebruik van medische voorzieningen. Deze aanname stelt dat er groepen zijn die onnodig gebruik maken van deze voorzieningen. De leden van de **PVV**-fractie vragen of deze aanname juist is. Zo ja, hoe ziet deze groep er dan uit, waar maken ze onnodig gebruik van en waarom doen zij dit? Deze leden pleiten voor afschaffing van de no-claim, daar dit inderdaad met name de chronisch zieken en gehandi-

capten treft. Echter, zij zijn niet voor de invoering van een verplichte eigen risico. Een vrijwillig eigen risico – in ruil voor een lagere zorgpremie – is wat deze leden betreft prima, gezien de vrijwillige basis. Het hebben van een eigen risico zou de keuze van de mensen zelf moeten zijn.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben met belangstelling kennis genomen van het onderliggende wetsvoorstel. Zij constateren dat met dit wetsvoorstel uitvoering wordt gegeven aan de afspraak in het Coalitieakkoord om de no-claimteruggaveregeling per 1 januari 2008 te vervangen door een systeem van een verplicht eigen risico. Zij zijn verheugd dat de no-claimteruggaveregeling begin volgend jaar wordt afgeschaft, omdat deze regeling met hoge uitvoeringskosten gepaard gaat en nadelig uitwerkt voor chronisch zieken en gehandicapten die in het huidige systeem wel mee moeten betalen aan de no-claimteruggaveregeling, maar nooit geld terug kunnen krijgen, omdat zij niet in staat zijn invloed uit te oefenen op de mate waarin zij gebruik maken van de zorg. Deze leden zijn zich echter tevens bewust van de blijvende noodzaak om onnodig zorggebruik zo veel mogelijk af te remmen. Het systeem van een verplicht eigen risico kan hier in beginsel een grotere bijdrage aan leveren dan de no-claimteruggaveregeling, omdat een negatieve prikkel vooraf in potentie een groter remmend effect heeft dan een positieve prikkel achteraf. De leden van de fractie van de ChristenUnie stellen echter wel als voorwaarde dat de nieuwe regeling geen discriminerend effect mag hebben voor chronisch zieken en gehandicapten. Voorts hechten deze leden aan een zorgvuldige invoering van een alternatief systeem van eigen betalingen. De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben dan ook een aantal vragen over de manier waarop de afspraak in het Coalitieakkoord in dit wetsvoorstel wordt uitgewerkt.

De leden van de **SGP**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel om de no-claimregeling te vervangen door een verplicht eigen risico. In het algemeen zijn deze leden voorstander van een dergelijke vorm van eigen betalingen. Toch hebben zij de nodige kritische vragen bij de motivering en de uitwerking van dit voorstel. Ook vinden zij het opvallend dat het voorstel vooral gericht is op de korte termijn, zonder een duidelijke, concrete uitwerking voor na 2008 te bieden.

De no-claimregeling bestaat nog maar enkele jaren, maar lijkt niet in alle opzichten aan de verwachtingen te voldoen. In dat licht zou het in de rede liggen om alvorens een nieuwe regeling te maken de verschillende alternatieven grondig af te wegen. De bovengenoemde leden hebben niet de indruk dat dit is gebeurd. Het is opmerkelijk dat er in dit wetsvoorstel zelfs niet wordt verwezen naar de evaluatie en de verschillende alternatieven die door het vorige kabinet zijn doordacht. Zaten bij die voorstellen nog alternatieven die door de huidige regering zijn overwogen?

Een van de nadelen van de bestaande regeling is volgens deze regering dat de remmende werking beperkt is. Gezien de vormgeving van de voorliggende regeling is het de verwachting van de leden van de SGP-fractie dat de meeste zorgverzekeraars – met name voor zover zij met naturapolissen werken – vanwege administratieve lasten het eigen risico pas aan het eind van een kalenderjaar in rekening zullen brengen. Kan de regering uiteenzetten wat dan ten opzichte van de huidige regeling het verschil in gedragseffect zal zijn?

In de inleiding refereert de regering aan de gevoelens van onvrede die zijn ontstaan als gevolg van de no-claimteruggaveregeling. Kan worden weergegeven hoe deze gevoelens zijn gemeten? Hoe breed leeft de onvrede over deze regeling? De leden van de SGP-fractie menen zich te herinneren dat de invoering van de no-claimregeling een rechtstreeks gevolg was van gevoelens van onvrede over het door de toenmalige regering eerder voorgestelde verplichte eigen risico. Licht het dan niet voor de hand te

veronderstellen dat met dit wetsvoorstel die gevoelens van onvrede niet automatisch verdwenen zijn? Hoewel deze leden van mening zijn dat een vorm van eigen risico een goede keuze is, vinden zij het baseren van deze wetswijziging op de gevoelens van onvrede een wankel motivering.

Verplicht eigen risico

De leden van de **CDA**-fractie verzoeken de regering precies aan te geven hoe in een aantal speciale gevallen zal worden omgegaan met het eigen risico:

1. Een buitenlander (zeg Belg of Duitser) wordt op vakantie ziek in Nederland. Zal hem een eigen risico in rekening worden gebracht, en zo ja, is dat eigen risico tijdsevenredig aan de verblijfsduur in Nederland?
2. Een Nederlandse verzekerde gebruikt hulp in het buitenland (zeg Spanje of België). Wat is dan de situatie?
3. Een verzekerde overlijdt in de loop van het jaar, en heeft veel zorg nodig gehad. Klopt het dat het eigen risico dan herberekend wordt en de nabestaanden een terugbetaling kunnen verwachten wanneer al € 150 is geïnd?
4. Een jongere van 17 jaar en 11 maanden breekt zijn been. Een DBC wordt geopend en vijf maanden later gesloten. Verder krijgt hij onmiddellijk pijnstillers en een maand later via een herhaalrecept nogmaals pijnstillers. Welke kosten komen ten laste van het eigen risico?

De leden van de CDA-fractie zijn blij met de mogelijkheid om per Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) zorgvormen aan te wijzen, waarvoor een eigen bijdrage kan gelden die ten laste komt van het eigen risico. Zo is niet het volledige eigen risico in één keer vol wanneer gebruikt wordt gemaakt van ziekenhuiszorg of medisch specialistische zorg. Het is jammer, maar begrijpelijk, dat van deze mogelijkheid in 2008 nog geen gebruik gemaakt zal worden.

De leden van de CDA-fractie zouden graag een voorstel zien hoe de regering invulling wenst te geven aan deze mogelijkheid. Is de regering bereid voor januari 2008 met een voorstel te komen? Verder verwijzen deze leden naar een niet onbelangrijke technische vraag over het voorgestelde artikel 20a.

Deze leden merken op dat veel mensen die zorg nodig hebben hun eigen risico volmaken door bijvoorbeeld medicijnen. Hoe zullen deze mensen kunnen profiteren van de mogelijkheden die artikel 20a en 20b (hieronder) bieden?

Kan de regering de leden van de fractie van de **PvdA** een onderbouwing geven voor de keuze van € 150 als hoogte van het verplichte eigen risico? Hoe verhoudt de opbrengsten van het eigen risico zich met de inkomsten uit de no-claim?

De regering stelt dat bij AMvB zorgvormen kunnen worden aangewezen die niet langer voor het hele bedrag aan gemaakte zorgkosten onder het verplichte eigen risico vallen. Kan de regering verduidelijken aan welke zorgvormen wordt gedacht?

De regering heeft besloten het verplichte eigen risico door de zorgverzekeraar in rekening te laten brengen, hetgeen als consequentie heeft dat de betaling dan niet direct aan de zorgconsumptie gekoppeld is. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom de regering dan toch van mening is dat bij een verplicht eigen risico verzekerden vooraf duidelijk het gevolg van het gebruik van medische voorzieningen inzien?

De regering stelt voorts dat bij dure zorgvormen het eigen risico van € 150 na een keer is opgebruikt en zijn remmende werking of gedragseffect verliest. Kan de regering aangeven bij welke zorgvormen er wel en bij welke er geen sprake is van een remmend effect? Kan de regering duiden bij welke zorgvormen er een keuzemogelijkheid is ten aanzien van een basale en een duurdere zorgconsumptie?

De regering stelt dat per 2008 in ieder geval nog geen uitvoering wordt gegeven aan de mogelijkheid om bij AMvB vormen van zorg of overige diensten aan te wijzen waarvan zorgverzekeraars kunnen bepalen dat zij buiten het verplichte eigen risico vallen. Is met de zorgverzekeraars en de patiëntenorganisaties overlegd over de mogelijkheid om dit alsnog per 1 januari 2008 mogelijk te maken? Als nog geen overleg heeft plaatsgevonden is de regering dan bereid in overleg met de zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties na te gaan of niet alsnog mogelijkheden, zoals voorzien voor 2009, in 2008 te verwezenlijken zijn? Kan de regering garanderen dat in ieder geval per 1 januari 2009 deze mogelijkheid wel tot stand wordt gebracht? Kan de regering verduidelijken om welke voorwaarden het gaat die de overheid aan deze systematiek kan verbinden? In hoeverre heeft de regering over het uitsluiten van zorgvormen aangaande het eigen risico overleg gepleegd met patiënten- en consumentenorganisaties, en kan worden gedeuid wat hun oordeel was?

Kan de regering voorts verduidelijken waarom het voor zorgverzekeraars simpeler is om een bedrag in rekening te brengen bij verzekerden i.p.v. een bedrag uit te keren?

De Raad van State stelt in zijn advies dat het in het huidige zorgverzekeringstelsel past om aan de partijen zelf over te laten wat effectieve manieren kunnen zijn om de zorgconsumptie en de kosten te beperken. De regering gaat hier niet concreet op in, maar kiest er toch voor om bepalingen ten aanzien van dit punt bij AMvB vast te stellen. Wat is het standpunt van de regering ten aanzien van het advies van de Raad dat het uitwerken van de sturingsmogelijkheden het beste aan de diverse partijen kan worden overgelaten? Kan de regering uitleggen welke nadelen hieraan kunnen kleven?

Kan de regering inzicht verschaffen in de mate waarin Nederlandse ingezetenen nu belast worden met zorgkosten uitgaande van zowel de Zvw, de AWBZ en de Wmo in vergelijking met de internationale norm? Hoe ligt dat in andere Europese landen? Hoe verhoudt het verplichte eigen risico en de verruiming van de overige eigen betalingen, eigen bijdragen en besparingsbijdragen zich tot de Europese norm? Welke grens hanteert de regering hierbij als norm voor Nederland?

De leden van de **SP**-fractie maken zich ook zorgen over het samenvallen van het eigen risico met andere eigen betalingen in de Zorgverzekeringwet, zoals voor zittend ziekenvervoer en hulpmiddelen. Wanneer een hulpmiddel door een verzekerde nu ineens in zijn geheel betaald moet worden, kan het zijn dat een verzekerde er voor kiest geen hulpmiddel te nemen.

Bij AMvB kunnen zorgvormen worden aangewezen die niet langer voor het hele bedrag aan gemaakte zorgkosten onder het verplichte eigen risico vallen, maar waarvoor een eigen bijdrage gaat gelden, zo constateren de leden van de **VVD**-fractie. Het eigen risico wordt dan gedeeltelijk ingevuld door eigen bijdragen. Kan de minister aangeven wat dit betekent voor de administratieve lasten? De leden van de VVD-fractie vragen of deze vierde vorm van eigen betalingen het systeem inzichtelijk en begrijpelijk houdt voor de verzekerden/patiënten (vaste eigen bijdragen die niet meetellen voor het eigen risico, eigen risico, binnen het eigen risico eigen bijdragen, en het vrijwillig eigen risico). Is de regering met ons van mening dat inzichtelijkheid en een goed begrip van het systeem voorwaarden zijn voor een juiste werking ervan? Waar baseert de regering haar verwachting op dat dit het geval is bij bovenstaand voorstel? Verwacht de regering niet dat na invoering uiteindelijk stroomlijning van al deze eigen betalingen weer voor de hand ligt om de transparantie van het systeem op aanvaardbaar niveau te houden? Is het nodig om het weer zo gecompliceerd te maken? Wat is de aanleiding hiervoor?

Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid dat bij AMvB zorgvormen worden aangewezen die niet langer voor het hele bedrag aan gemaakte zorgkosten onder het verplichte eigen risico vallen, maar waarvoor een eigen bijdrage gaat gelden. De leden van de fractie van de **ChristenUnie** vragen de regering om de keuze voor de introductie van eigen bijdragen in de Zvw te onderbouwen. Is de motivatie alleen gelegen in het vergroten van het remeffect van het verplicht eigen risico of ligt er een meer principiële keuze aan ten grondslag gericht op meer private financiering? De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering tevens welke criteria worden gehanteerd om te bepalen of het verplicht eigen risico van toepassing is op bepaalde zorgvormen of dat een eigen bijdrage wordt geheven. Deelt de regering de mening van deze leden dat deze bepaling een «wildgroei» van eigen bijdragen in de hand werkt. Wordt een dergelijke «wildgroei» door de regering wenselijk geacht? Genoemde leden zijn van mening dat met het wetsvoorstel een zeer complex stelsel van eigen betalingen wordt gecreëerd dat is opgebouwd uit een vrijwillig eigen risico, een verplicht eigen risico en eigen bijdragen. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering of complexiteit een overweging is geweest bij de keuze voor een bepaald systeem van eigen betalingen. Deze leden vragen voorts de geringe effecten voor de administratieve lasten van verzekerden nader te onderbouwen.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering om een reactie op het advies van de Raad van State om de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om het verplicht eigen risico in te zetten als sturingsinstrument ter stimulering van gezond gedrag, het volgen van preventieprogramma's en het gebruik maken van preferente zorg te vergroten. Tevens vragen deze leden naar de risico's van de invoering van een dergelijk sturingselement.

De regering heeft op 22 februari 2007 deel VI (Arbeidsongevallen en beroepsziekten) van de Europese Code inzake sociale zekerheid opgezegd. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering of dit betekent dat arbeidsongevallen en beroepsziekten niet van de toepassing van het verplicht eigen risico zullen worden uitgezonderd. Tevens willen deze leden van de regering weten hoe dit zich verhoudt tot de regelgeving in andere Europese landen. Zijn er meer Europese landen die geen verdragspartij (meer) zijn bij de Europese Code?

Het verplichte eigen risico zal € 150 bedragen. Gezien de later in de toelichting vermelde gegevens, lijkt de keuze voor deze hoogte een rechtstreeks gevolg van enkel plussen en minnen. De leden van de **SGP**-fractie zouden graag vernemen of er ook een zelfstandige motivering is voor de hoogte van het genoemde bedrag, bijvoorbeeld gezien de verwachte gedragseffecten. Welk effect is bij deze hoogte te verwachten? Verder vragen zij zich af waarom er niet is gekozen voor bijvoorbeeld € 100 of € 500? Als er immers tegelijkertijd een verhoging of verlaging van de premie plaatsvindt, hoeft een andere hoogte van het eigen risico geen financiële problemen op macroschaal op te leveren. Graag ontvangen deze leden een toelichting.

De regering geeft in dit wetsvoorstel tevens de mogelijkheid voor uitzonderingen bij AMvB. De leden van de SGP-fractie vragen of dit – mede in het licht van het betrekkelijk lage bedrag aan verplicht eigen risico – de regeling niet onnodig ingewikkeld maakt voor de burger die ermee te maken heeft.

De leden van de SGP-fractie vinden het verwarrend dat de regering onderscheid denkt te gaan maken in het meetellen van de eigen bijdragen binnen de Zorgverzekeringswet voor het verplicht eigen risico. Als zij het goed begrijpen komt de regeling erop neer dat de zorgvormen waar nu al een eigen bijdrage voor geldt niet mee zullen tellen voor het eigen risico en de zorgvormen waarvoor in de toekomst mogelijk een eigen bijdrage

zal gaan gelden, wel mee zullen tellen bij de berekening van het eigen risico. Waarom is voor dit verschil gekozen?

Het zou veel logischer zijn om de eigen bijdragen in zijn geheel wel of in zijn geheel niet mee te nemen bij de berekening van het verplicht eigen risico. Een van de doelstellingen van de nieuwe Zorgverzekeringswet was immers de wet niet onnodig ingewikkeld te maken.

De leden van de SGP-fractie vragen de aandacht van de regering voor het voorstel dat deze leden bij de behandeling van de no-claimregeling hebben gedaan in amendement 29 483, nr. 17. Op een vergelijkbare manier zou het voorgestelde verplichte eigen risico ook zo vormgegeven kunnen worden dat slechts een bepaald percentage van de gemaakte zorgkosten meetelt voor het verplicht eigen risico. Deze naar de mening van deze leden betrekkelijk eenvoudige en wijziging zou als belangrijk voordeel hebben dat het effect van het verplichte eigen risico niet alleen gevoeld wordt bij het voor de eerste keer gebruik maken van zorg in een bepaald kalenderjaar. Als alternatief voor de in het amendement genoemde 75% zou ook gekozen kunnen worden voor bijvoorbeeld een kwart van de kosten. Hiermee zou het door de regering genoemde nadeel dat er in de voorgestelde regeling geen rem meer is op het gebruik van zorg als het eigen risico vol is gemaakt, minder snel aan de orde zijn. Graag ontvangen zij een reactie op dit alternatief.

Deze leden vragen verder of de voorgestelde mogelijkheid voor afwijking van de eigen risicoregeling in het kader van preventie in modelovereenkomsten de vergelijking van de diverse modelovereenkomsten voor burgers niet onnodig ingewikkeld maakt.

Ook hebben zij een vraag over de hoogte van het eigen risico indien verzekerden gebruik maken van preferente aanbieders. Betekent het doorgeven van het voordeel door verzekeraars aan verzekerden dat het verplichte eigen risico daardoor verlaagt?

Toekomstige mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te sturen

De leden van de **CDA**-fractie zouden het zeer op prijs stellen als mensen gestimuleerd worden van doelmatige zorgarrangementen gebruik te gaan maken of verzekerden gestimuleerd worden zich gezond te gedragen. Echter, de voorgestelde AMvB maakt het mogelijk dat verzekeraars zelf kunnen bepalen dat ze voor bepaalde diensten bij voorkeursaanbieders een vrijstelling kunnen geven van het eigen risico. De leden van de CDA-fractie hebben hierover grote aarzelingen. Waarop baseert de regering de veronderstelling dat verzekeraars dat bij doelmatige zorgarrangementen gaan doen, en niet op een indirecte wijze de vrije artskeuze gaan beperken en groepen mensen naar de goedkoopste arts zullen sturen? Vindt de regering dat er voldoende goede en objectieve informatie over de kwaliteit van zorg openbaar is om zo'n maatregel te nemen? Kan een leek op dit moment zien of er sprake is van een goede prijs-kwaliteit-verhouding? Aan welke objectieve en toetsbare randvoorwaarden zal voldaan moeten zijn, voordat een AMvB geslagen wordt die verzekeraars deze mogelijk geeft?

Bij AMvB kunnen vormen van zorg of overige diensten worden aangegeven waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen dat deze buiten het verplichte eigen risico vallen, alsmede voorwaarden worden gesteld waaronder de zorgverzekeraar dit mag doen. Begrijpen de leden van de **VVD**-fractie het goed dat de regering hiermee een systeem met preferred providers wil stimuleren? Is het waar dat in naturapolissen de zorgverzekeraars al kunnen werken met preferred providers, maar dat in de praktijk zorgverzekeraars dit nauwelijks aandurven wegens het risico van imagoschade? Zorgverzekeraars contracteren in de praktijk bijna alle zorgaanbieders, maar hoeven dat voor hun verzekerden voor een naturapolis niet. Is selectieve contractering niet juist de kern van een natura-

polis? Zorgverzekeraars kunnen in hun contractering bijzondere afspraken maken over kwaliteit, logistiek, klantvriendelijkheid, nieuwe behandelmethoden, prijs, et cetera. De regering koppelt deze mogelijkheden aan bovenstaande AMvB: deze AMvB is bedoeld voor die situaties waarin zorgverzekeraars tot gunstige afspraken met zorgaanbieders weet te komen. Maar kan de regering bevestigen dat alles wat in deze context aangevoerd al kan in het huidige systeem? Zo nee, dan uitgebreid aangeven waarom dat niet kan? De leden van de VVD-fractie komen tot de conclusie dat juist het beperkte risico dat zorgverzekeraars feitelijk lopen op een polis de oorzaak is van het slecht van de grond komen van de preferred providers: de imagoschade weegt niet op tegen het premievoordeel dat ertegenover gezet kan worden. Kan de regering hierop nader ingaan?

Internationale aspecten

De leden van de **CDA**-fractie verzoeken de regering aan te geven wanneer zij meer duidelijkheid zal verschaffen over haar eventuele voornemen om deel VI van de Europese code op te zeggen en eventueel de herziene code te ratificeren. Wanneer is de herziene code ter ratificatie voorgelegd, en hoeveel landen hebben deze inmiddels geratificeerd? Heeft de herziene code rechtskracht?

De leden van de **SGP**-fractie zouden graag vernemen welk percentage van de zorgkosten het voorgestelde eigen risico bedraagt. Tevens zijn deze leden benieuwd naar de verdere gang van zaken rond de opzegging van deel VI van de Europese Code. Welke consequenties heeft deze opzegging? Is hiervoor nog wetswijziging nodig? Over welke aspecten rond de genoemde uitspraak beraadt de regering zich nog?

Compensatie in plaats van uitzonderen chronisch zieken en gehandicapten

De leden van de **CDA**-fractie lezen in het aanvankelijke voorstel dat de compensatie € 59 per persoon bedraagt, terwijl in de versie na de Raad van State de compensatie nog € 40 bedraagt. De regering wijst weliswaar op de gewijzigde samenstelling van het pakket, maar die is inmiddels door de andere invulling van de pakketuitbreiding tandarts wederom veranderd. Kan de regering een precieze onderbouwing leveren van de verwachte gemiddelde uitgave aan het verplichte eigen risico en de hoogte van de voorgestelde compensatie? Wanneer en op basis van welke gegevens zal dit bedrag definitief worden vastgesteld?

De leden van de fractie van de **PvdA** vragen waarom door compensatie de uitvoering door verzekeraars het minst wordt belast. Kan aangegeven worden wat de belasting is van de uitvoering en wat de verschillen inhouden? Wat zijn hiervan de organisatorische en financiële gevolgen voor verzekeraars? Heeft de regering hier onderzoek naar gedaan?

De leden van de fractie van de PvdA vragen wat de relatie is tussen de risicoverevening en de voorgestelde compensatieregeling.

Deze leden vragen vervolgens wat het aandeel is van de eigen inkomsten uit verplichte eigen bijdragen en eigen betalingen op het totaal van het te verevenen budget. Kan de regering aangeven hoe een chronisch zieke of gehandicapte die geen eigen risico betaalt voordeel kan hebben van vrijstelling van eigen risico door verzekeraars bij preventieprogramma's?

De leden van de fractie van de PvdA vragen voorts wat de kosten zijn voor verzekeraars wanneer zij op grond van de bij hen bekende patiëntgebonden gegevens over geneesmiddelengebruik in hun administratie een voorziening treffen om geen risico te verevenen? Wat zijn per verze-

kerde de meerkosten qua administratie van iemand met een verplicht eigen risico en zonder een eigen risico?

Het voorstel om chronisch zieken en gehandicapten, of mensen met meerjarige, vermijdbare ziektekosten, te compenseren lijkt sympathiek, maar net als bij de no-claim zijn chronisch zieken de € 110 (€ 150 minus de € 40 compensatie) ook bij voorbaat al kwijt, zo stellen de leden van de **SP**-fractie. Daarnaast bestaat er nog de onduidelijk over wie nu valt onder de groep mensen met meerjarige, vermijdbare ziektekosten. De regering stelt voor deze te koppelen aan FKG's. De leden van de SP-fractie maken zich zorgen dat er nu mensen buiten de boot vallen die wel veel zorgkosten maken. Bijvoorbeeld ouderen of chronisch zieken en gehandicapten die niet veel gebruik maken van geneesmiddelen, maar bijvoorbeeld wel van fysiotherapie of revalidatie. De leden van de SP-fractie willen er bij de regering op aandringen een ander compensatiemodel te ontwikkelen. Beter nog zou het zijn om alle chronisch zieken, gehandicapten en ouderen volledig uit te zonderen voor het verplicht eigen risico. Wat de SP-fractie betreft is het niet juist om mensen met alleen een FKG «hoog cholesterol» uit te sluiten voor compensatie van het verplicht eigen risico. Het kan zijn dat deze mensen dit te danken hebben aan hun eigen ongezonde levensstijl, maar laat onverlet dat zij wel hoge zorgkosten hebben. Naar de mening van de SP-fractie moet er meer gedaan worden aan preventie van een ongezonde levensstijl in plaats van die te bestraffen.

De risicosolidariteit is in het ziektekostenverzekeringssysteem verzekerd doordat jong en oud, ziek en gezond moeten worden geaccepteerd door de zorgverzekeraar en voor dezelfde premie. De leden van de **VVD**-fractie hebben deze risicosolidariteit altijd van harte gesteund. Gezonde mensen betalen mee aan de zorgkosten van zieke mensen. Dat is ook het geval als we naar het huidige systeem kijken, inclusief de huidige no-claim regeling. De no-claim regeling matigt het slechts in zeer beperkte mate (€ 255 op duizenden euro's). Ook in de huidige situatie is de solidariteit die van gezonde mensen wordt gevraagd groot. De regering stelt in de onderhavige wetswijziging in dit kader dat zieken meebetalen aan de no-claim-teruggave aan gezonde mensen. Zonder de context van de totale premiebijdrage ontstaat hierdoor een volstrekt verkeerd beeld. Dat is een kwalijke zaak in de ogen van de leden van de VVD-fractie, omdat de nettobetalers hiermee ernstig tekort wordt gedaan. Doordat de regering deze bewering wel als uitgangspunt voor deze wetswijziging neemt is het resultaat de omgekeerde wereld. Met dit compensatievoorstel is de feitelijke situatie dat de staat van kleinverbruikers van zorg meer premie vraagt dan van grootgebruikers. Vindt de regering dit sociaal en eerlijk? Zo ja, waarom? Iemand die weinig gebruik maakt van de zorg betaalt duizenden euro's premie voor anderen en zijn eigen kosten tot € 150. Een grootverbruiker betaalt een fractie van de kosten die voor hem noodzakelijk zijn en wordt gecompenseerd voor het eigen risico. Vindt de regering dit sociaal en eerlijk? Zo ja, waarom?

De regering zoekt compensatie voor grootverbruikers, terwijl het maken van zorgkosten los staat van financiële draagkracht. Waarom, zo vragen deze leden.

De regering kiest ervoor om de compensatie uit te laten betalen door het CAK-BZ. Aangezien deze organisatie op dit moment geen taak heeft binnen de Zorgverzekeringswet, wordt het aantal betrokken organisaties nog groter. De leden van de **SGP**-fractie vragen zich af waarom er niet is gekozen voor het onderbrengen van deze taak bij bijvoorbeeld het CVZ? Zijn er alternatieven overwogen?

Afbakening te compenseren groepen

Op wetsniveau wordt geregeld dat mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten recht hebben op een jaarlijkse uitkering, zo constateren de leden van de **CDA**-fractie. Waarom wordt in de uitwerking hiervan alleen rekening gehouden met kosten voor medicijnen, en niet met kosten voor hulpmiddelen, poliklinische en klinische zorg? Immers, grote groepen mensen die gehandicapt zijn maken veel kosten voor hulpmiddelen en bezoeken regelmatig artsen, maar zijn geen chronische medicijngebruikers. Klopt het dat deze groep buiten de compensatie zal vallen? In voorliggende wetsvoorstel wordt een nieuwe definitie van «chronisch zieken en gehandicapten» geformuleerd, terwijl nationaal en internationaal gestandaardiseerde definities beschikbaar zijn. Waarom is er niet voor gekozen om bij die definities aansluiting te zoeken? Zou dat alsnog mogelijk zijn?

Hoe verhoudt zich de nu afgebakende groep zich tot de 1,7 miljoen mensen, die zeer recent in «meedoen met beperkingen, rapportage gehandicapten 2007» (Sociaal en Cultureel Planbureau-SCP) wordt genoemd? Hoe groot is de groep die wel binnen de definitie van het SCP valt, maar niet onder de voorgestelde compensatiemaatregel?

Heeft overleg plaatsgevonden met organisaties van gehandicapten en chronisch zieken om deze regeling vorm te geven? Zo ja, wat is hun oordeel over de voorgestelde regeling? Zo nee, waarom niet?

De regering stelt voor gegevens in het vereveningsstelsel te gebruiken om vast te stellen wie de compensatie van € 40 krijgt. De leden van de CDA-fractie merken op dat de administratie van het vereveningsstelsel nooit bedoeld is om op individueel niveau vast te stellen wie welke aandoening heeft, laat staan om het te gebruiken om uitkeringen te doen aan individuele personen. Daarom leggen genoemde leden de regering de volgende vragen ter beantwoording voor.

Verzekerden hebben nu geen inzage in hun vereveningsgegevens, maar zullen dat, gezien het feit dat er eventueel een compensatie op staat, wel willen hebben. Tot wie kunnen zij zich wenden om inzicht te krijgen in de gegevens van de verevening die op hun van toepassing zijn? Indien de verzekerde het niet eens is met zijn indeling in de farmaceutische kostengroep (FKG), bestaat er dan een bezwaar- en beroepsmogelijkheid over de indeling van personen in het vereveningsstelsel?

Verder is er gekozen voor een dubbel meetjaar: iemand moet zowel in 2006 als 2007 hoge kosten voor medicijnen hebben gehad. Waarom is iemand pas ziek als hij twee jaar achter elkaar hoge kosten heeft gehad? De afbakening van de te compenseren groep roept op zichzelf ook een aantal vragen op:

1. De regering stelt dat iemand in meerdere FKG's kan vallen. Echter, in ieder geval in 2006 was dat nog niet het geval en mocht een verzekeraar iemand slechts in één FKG onderbrengen. Wat gebeurt er als iemand ingedeeld is FKG-hoog cholesterol in 2006, terwijl hij medicijnen nodig heeft gehad voor zowel hoog cholesterol als voor glaucoom? Betekent dit dan dat hij geen recht heeft op de compensatie (omdat cholesterol is uitgezonderd), terwijl hij wel recht zou hebben wanneer zijn verzekeringsmaatschappij hem in de FKG-glaucoom had ondergebracht?
2. Hoe zal worden omgegaan met mensen die in AWBZ-instellingen verblijven, en voor wie de instelling de medicijnen regelt en betaalt? Is er enige mogelijkheid dat deze mensen ook worden aangemerkt als «chronisch ziek en gehandicapt»?
3. Hoe zal worden omgegaan met mensen, die gehandicapt zijn, maar geen chronisch medicijngebruik hebben binnen de FKG's, zoals blinden en slechtienden, mensen met een dwarslaesie?

Het CAK zal de compensatie naar 1,6 miljoen mensen overmaken op basis van gegevens, die worden aangeleverd door de verzekeraars. Daarover hebben de leden van de CDA-fractie een aantal vragen:

1. Veel gemeenten maken voor bijvoorbeeld bijstandsgerechtigden de premie over, die ze dan van de uitkering aftrekken. De verzekeraar beschikt dan niet over de rekeninggegevens. Hoe kan het CAK dan de gegevens van de bankrekening achterhalen? Heeft het CAK toegang tot bijvoorbeeld de gegevens bij de belastingdienst en de belastingdienst/toeslagen
2. Bij veel (echt)paren is er één polishouder, die voor beiden het geld overmaakt. Als de andere partner recht heeft op compensatie, wie krijgt dan het geld op de bankrekening?
3. Zal het CAK alleen zeer recente gegevens over bankrekeningen gebruiken om pijnlijke gevallen, zoals storten op de bankrekening van een partner na echtscheiding, storten op een opgeheven bankrekening of storten op een bankrekening van een overledene uit te sluiten?

Op verzoek zal het CAK een beschikking afgeven waarop staat of iemand recht heeft op deze compensatie. Vanaf welke datum kan iemand om zo'n beschikking vragen, of zullen alle Nederlanders deze beschikking toegestuurd krijgen? Zullen op deze beschikking medische gegevens staan, zoals het zorggebruik of de indeling in FKG's? Zo ja, hoe verhoudt zich dit tot de wet op het gebruik van medische gegevens? Zo nee, hoe kan iemand dan op inhoudelijke gronden bezwaar aantekenen?

De leden van de CDA-fractie hopen van harte dat deze subsidieregeling niet leidt tot een stroom bezwaar- en beroepsschriften. Daarom verzoeken ze de regering aan te geven voor hoeveel mensen de indeling in FKG in het ziekenfonds over 2005 nog veranderd is na de peildatum juli 2006. De Raad van State merkt op dat het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) niet is geraadpleegd. Inmiddels heeft de regering het wetsvoorstel ook aan het CBP toegezonden. Wat is de reactie van het CBP op het wetsvoorstel, en kan de regering daarop reageren?

De regering zich ervan bewust te zijn dat er thans geen volledige sluitende administratieve afbakening bestaat van de groep waarvoor compensatie wordt beoogd. De leden van de fractie van de **PvdA** vragen waarom de regering in het licht van dit gegeven toch van mening is dat het onderhavige voorstel regelt dat verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten worden gecompenseerd voor de kosten van het eigen risico. Kan de regering uitleggen op welke wijze zal worden bezien of het criterium ten aanzien van de te compenseren groep kan worden verbeterd?

Kan voorts worden uiteen gezet waarom de regering niet de indicaties uit de Zorgverzekeringswet c.q. het Besluit hanteert, m.a.w. het langdurig en in redelijkheid aangewezen zijn op interventie c.q. een verzekerde prestatie?

Kan de regering de leden van de fractie van de PvdA informeren welke aandoeningen vallen onder de FKG's? Hoe kan een verzekerde dit weten? Weet de regering wie nu onder de FKG's vallen, aangezien zorgverzekeraars pas in de tweede helft 2008 een compleet overzicht krijgen?

Zoals eerder aangegeven verschillen de leden van de **VVD**-fractie met de regering van mening of chronisch zieken kunnen kiezen of zij al dan niet gebruik maken van de zorg als argument voor compensatie. Het impliceert dat anderen dat wel zouden kunnen, hetgeen natuurlijk onzin is. De regering kiest voor grond van compensatie de FKG, die met een ander doel tot stand zijn gebracht dan het hier beoogde onderscheid. Dit criterium is zeer arbitrair en zal volgens deze leden tot veel discussie leiden. Van belang is dat de staat mensen in gelijke posities gelijk behandelt. De positie is hier het maken van hoge kosten, niet het al dan niet slikken van medicijnen. Kan de regering hierop ingaan?

Voor de afbakening van de te compenseren groep wordt voorlopig gebruik gemaakt van FKG's. Deelt de regering de mening van de leden van de fractie van de **ChristenUnie** dat de reikwijdte van dit afbakeningscriterium te beperkt is, waardoor gehandicapten en mensen die op hulpmiddelen zijn aangewezen niet voor compensatie in aanmerking komen, terwijl zij wel onder de definitie mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten kunnen vallen? Tevens vragen deze leden hoe kan worden voorkomen dat deze groepen van compensatie worden uitgesloten. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering een reactie op de kritiek van de Raad van State dat er geen rechtvaardiging bestaat voor het maken van onderscheid tussen «de beoogde doelgroep en verzekerden die verschillende jaren achter elkaar onvermijdbare zorgkosten hebben voor verschillende aandoeningen.» De leden van de fractie van de ChristenUnie delen de mening van de regering dat een verdere verfijning van het afbakeningscriterium noodzakelijk is. Deze leden vragen welke structurele oplossing de regering voor ogen heeft en welke inhoudelijk criteria daarbij worden gehanteerd. Ook vragen deze leden op welke termijn deze structurele oplossing te verwachten is. Tevens willen deze leden weten of het de bedoeling is dat deze structurele oplossing met terugwerkende kracht al vanaf 2008 van toepassing wordt.

De afbakening van de mensen die compensatie moeten ontvangen is inderdaad erg ingewikkeld, zo stellen de leden van de **SGP**-fractie. De uiteindelijke keuze van de regering lijkt niet per definitie onjuist, maar vraag blijft wel of hiermee al die mensen mee bereikt worden die inderdaad langdurig met ziekte te maken hebben. Zo kan iemand bijvoorbeeld elk jaar hoge zorgkosten hebben, maar weinig medicijnen gebruiken of juist ieder jaar te maken hebben met andere ingrijpende ziekten. Zijn er mogelijkheden overwogen om ook dergelijke groepen in aanmerking te laten komen voor compensatie, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Een alternatief voor de door de regering voorgestelde regeling zou bijvoorbeeld zijn dat er gekeken wordt naar FKG's en naar de hoogte van het in een jaar gebruikte zorgbudget. Waarom is er niet voor een dergelijk gecombineerd systeem gekozen?

De regering noemt de gekozen oplossing suboptimaal. Kan worden aangegeven in welke richting de regering het systeem na 2008 verder denkt te gaan verbeteren? Wat zijn de criteria waaraan het systeem na dat jaar minimaal moet voldoen?

Het lijkt deze leden met de Raad van State moeilijk voor te stellen dat er na 2008 wel een goede afbakening mogelijk is. De Raad schrijft: «Er zal altijd een inhoudelijke keuze nodig zijn om de groep te kunnen afbakenen. De wet geeft echter geen inhoudelijke (hoofd)criteria aan de hand waarvan deze keuze zal plaatsvinden.» Op deze belangrijke opmerking van de Raad van State wordt niet inhoudelijk ingegaan. Graag zouden de leden van de SGP-fractie alsnog een (begin van een) antwoord ontvangen. Op zijn minst zou het toch mogelijk moeten zijn om nu reeds een aantal afwegingspunten of criteria te benoemen. De huidige formulering in artikel 118a laat immers erg veel keuzeruimte bestaan.

De afbakening aan de hand van FKG's is in administratieve zin duidelijk. Voor de meeste burgers zal een dergelijke afbakening niets zeggen. Is de keuze van dit systeem wel aan de burgers uit te leggen? De leden van de SGP-fractie vragen of de geringe kenbaarheid voor de burger niet tot gevolg zal hebben dat er veel onrust ontstaat voor mensen die wel langdurig ziek zijn, maar niet volgens de definitie van de regering in aanmerking komen voor compensatie.

De leden van de SGP-fractie zouden graag een nadere motivering zien voor het niet in aanmerking nemen van de FKG «hoog cholesterol».

Compensatie

In het kader van de behandeling van het wetsvoorstel op de zorgtoeslag heeft de regering helder toegezegd dat «de standaardpremie wordt bepaald als de gewogen gemiddelde nominale premie. Er wordt dus geen standaardpremie op individueel niveau berekend. Het is de bedoeling dat bij het bepalen van de gerealiseerde standaardpremie het gewogen gemiddelde wordt genomen van premies exclusief de premiekortingen die worden gegeven bij bijvoorbeeld het nemen van een extra eigen risico, collectieve contracten of combinatiekortingen.» (29 762, nr. 6, blz. 6). De leden van de **CDA**-fractie gaan ervan uit dat ook bij nieuwe berekening van de standaardpremie het gewogen gemiddelde wordt genomen van de premies, exclusief collectiviteitkortingen, kortingen voor extra eigen risico en combinatiekortingen.

De leden van de **PvdA**-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Kan de regering ingaan op de berekening van de daling van de gemiddelde premie van € 115 voor alle verzekerden? Wanneer deze premiedaling voor alle verzekerden geldt, waarom wordt deze dan bij chronische zieken afgetrokken van de compensatie? Kan deze vraag mede worden beantwoord in het licht van het gegeven uit het regeerakkoord dat chronisch zieken en mensen met een handicap vrijgesteld zouden worden van «gemiddelde eigen betalingen» omdat zij geen keuzemogelijkheid hebben?

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** vragen de regering waarom ervoor gekozen is om chronisch zieken en gehandicapten slechts gedeeltelijk te compenseren voor de invoering van het verplicht eigen risico en hoe deze gedeeltelijke compensatie zich verhoudt tot de afspraak in het Coalitieakkoord om chronisch zieken en gehandicapten van de invoering van een nieuw systeem van eigen betalingen uit te zonderen.

De compensatie wordt uitgekeerd door het CAK-BZ. De leden van de fractie van de ChristenUnie willen van de regering weten of het CAK-BZ de regeling die dient als compensatie ook blijft uitvoeren als de Belastingdienst daartoe op een later moment wel weer in staat is. Deelt de regering de mening van deze leden dat de Belastingdienst in principe de meest aangewezen instantie is om de compensatie uit te keren, omdat deze instantie reeds verantwoordelijk is voor de uitkering van de zorgtoeslag, terwijl het uitkeren van bedragen aan verzekerden wezensvreemd is aan het CAK-BZ?

Deelt de regering tevens de mening van de leden van de fractie van de ChristenUnie dat verzekerden zo min mogelijk met verschillende geldstromen zouden moeten worden geconfronteerd en het ook om die reden meer voor de hand ligt om de compensatie in de toekomst door de Belastingdienst te laten uitkeren? Voorts vragen deze leden om inzicht in de lasten die met uitvoering door het CAK-BZ gepaard gaan.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering om een onderbouwing van de keuze om de compensatie voor het verplichte eigen risico pas in het vierde kwartaal van 2008 uit te keren, terwijl de benodigde gegevens al in het tweede kwartaal van dat jaar beschikbaar zijn.

De regering schrijft dat de invoering van het verplichte eigen risico een daling betekent van € 115 ten opzichte van de situatie zonder verplicht eigen risico. Graag zouden de leden van de **SGP**-fractie ook een vergelijking zien met de situatie in 2007 met en zonder no-claim. Is er ook bij deze vergelijking sprake van dit verschil, of is het verschil dan kleiner of groter? Hoeveel euro zal onder verder gelijkblijvende omstandigheden de premie in 2008 lager zijn dan in 2007?

Deze leden willen duidelijker inzicht hebben in de individuele financiële consequenties van de wijziging van het stelsel van eigen betalingen. Daarom ontvangen zij graag enkele onderbouwde cijfervoorbeelden voor 2007 en 2008 als alle relevante factoren – premie, zorgtoeslag, no-claim, verplicht eigen risico – worden meegenomen bij zorgkosten ter hoogte van 0, 150, 255 en 500 euro.

Deze leden hebben vervolgens enkele vragen bij de berekeningen in paragraaf inzake Compensatie. Graag zouden zij een toelichting ontvangen over de manier waarop het bedrag van € 115 is vastgesteld. Welke factoren zijn daarin meegenomen? Dezelfde vraag stellen zij over de verhoging van de premie met € 4.

Financiële aspecten

De regering gaat ervan uit dat de invoering van het eigen risico leidt tot een besparing van € 200 miljoen per jaar. De leden van de **CDA**-fractie ontvangen graag een empirische onderbouwing van dat bedrag. Verder verzoeken deze leden te melden hoeveel geld het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ) jaarlijks krijgt voor de uitvoering van de compensatiemaatregel, en of er elders bij de overheid kosten gemaakt worden voor de uitvoering.

Kan de regering tevens aangeven hoe de totaal te verwachten besparingen in zorgconsumptie zich verhouden tot de kosten die bestaan uit de kosten van de compensatie, de kosten van de uitvoering van de compensatie en de totale kosten voor de uitvoering van het eigen risico, door de overheid, private partijen en burgers? Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een onderbouwde schatting van elk van deze grootheden. Welke andere effecten heeft dit wetsvoorstel nog meer op de rijksbegroting, de totale uitgaven en het EMU-saldo?

Blijkens de memorie van toelichting wordt uitgegaan van een opbrengst van € 200 miljoen per jaar. Het Centraal Planbureau gaat uit van andere bedragen. De leden van de **PvdA**-fractie vragen hoe dit verschil wordt verklaard.

Kan de regering verklaren wat de vrijstelling voor het eigen risico betekent aangaande de bekende opbrengsten van het eigen risico t.a.v. de jeugdtandzorg?

Invoering van het eigen risico verlaagt de collectieve lasten met € 1,2 miljard. Is ook aan te geven wat het effect op het EMU-saldo is?

Is bij de berekeningen van de opbrengsten van het eigen risico rekening gehouden met het feit dat er geen sprake is van «boter bij de vis»? Zo nee, welk effect heeft dit volgens de regering dan alsnog op de opbrengsten?

Administratieve lasten

Actal heeft op 25 april jl. een advies uitgebracht over het wetsvoorstel. De leden van **CDA**-fractie verzoeken de regering in te gaan op elk van de punten die het adviescollege naar voren heeft gebracht. Met name vragen zij een onderbouwd antwoord op het verschil tussen de door ACTAL genoemde lasten (€ 40 miljoen op jaarbasis; een schatting van de regering zelf twee jaar geleden) en de huidige schatting in het wetsvoorstel. De aan het woord zijnde leden verzoeken de regering met klem door middel van het Standaardkostenmodel de structurele en administratieve kosten in kaart te brengen van zowel het eigen risico als de compensatiemaatregel.

De leden van de **PvdA**-fractie vragen waaruit blijkt dat de uitvoering van de no-claim minder administratieve lasten met zich meebrengt dan de regeling van het eigen risico. Kan de regering inzicht verschaffen in het

verschil tussen de administratieve lasten in het geval van een vrijstelling, zoals afgesproken in het Coalitieakkoord en het voorgestelde systeem van compensatie, en voorts in het verschil tussen de administratieve lasten van een nieuw systeem van eigen betalingen over de verschillende zorgvormen en het voorgestelde verplichte eigen risico?

Actal adviseert de regering het wetsvoorstel op basis van de administratieve lasten niet door te zetten. Kan aangegeven worden, nu in de memorie van toelichting de betekenis van het wetsvoorstel t.a.v. de administratieve lasten voor de verschillende partijen meer is uitgeschreven, wat nu de opvattingen van het Actal zijn t.a.v. de administratieve lasten en in hoeverre dat het door het Actal uitgebrachte advies beïnvloedt?

De regering geeft aan dat de verzekeraars voor het verplicht eigen risico geen onderscheid hoeven te maken in hun verzekerdensbestand. De leden van de fractie van de PvdA vragen of dit nu ook geldt nu de jeugd tandzorg tot 22 jaar is vrijgesteld van het eigen risico.

De uitkering die dient ter compensatie voor het verplicht eigen risico wordt door het CAK-BZ uitgevoerd. Kan de regering aangeven in hoeverre het CAK is voorbereid op de uitkering van de compensatie? Hoeveel administratieve lasten zijn hiermee gemoeid, en kan de regering precies aangeven wat de uitvoeringskosten van het CAK zijn?

De Raad van State stelt in zijn advies dat de concentratie van medische persoonsgegevens risico's met zich meebrengt. De regering geeft niet aan hoe deze risico's kunnen worden ondervangen. Kan dat alsnog worden aangegeven?

De leden van de **SP**-fractie maken zich zorgen over de uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel. Zowel Actal als de Raad van State hebben aangeraden dit wetsvoorstel niet in te dienen bij de Kamer. Wat heeft de regering bewogen dit toch te doen? Kan de regering ook de twijfel wegnemen omtrent de privacygevoeligheid van de FKG's?

De leden van de **SP**-fractie hebben nog de volgende vragen:

1. Waarom kiest de regering weer voor een systeem van eigen betalingen, terwijl dergelijke systemen in het verleden niet zijn geslaagd?
2. Is de regering bereid ook ouderen uit te zonderen van het eigen risico of te compenseren, aangezien ouderen gemiddeld hogere zorgkosten hebben?
3. Is de regering bereid de uitzonderingen voor het verplicht eigen risico, zoals de huisarts, verloskunde en kraamzorg, ook uit te zonderen voor het vrijwillig eigen risico?
4. In hoeverre is het CAK-BZ er op voorbereid om de compensatie voor het verplicht eigen risico uit te keren?

De administratieve lasten van de regeling worden hoog ingeschat, zeker met het oog op de twee AMvB's die worden aangekondigd. De zorg is weinig transparant, dat is ook één van de obstakels in de werking van onze systemen. De leden van de **VVD**-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Waarom kiest de regering voor zulke administratief belastende systemen in een sector die al is vergeven van ingewikkelde regelingen? Kan de regering aangeven hoe het eigen risico wordt geïnd en of rekening is gehouden met incassokosten en incassorisico's, dit mede in het licht van de aanzienlijke hoeveelheid mensen die hun zorgpremie niet of slecht betalen?

De Raad van State besteedt aandacht aan de concentratie van gegevens en het gebruik van gegevens op persoonsniveau bij het CAK. De Raad adviseert de keuze voor uitvoering van de compensatieregeling door het CAK opnieuw te bezien. De regering stapt hier in haar antwoord tamelijk snel overheen. De **VVD**-fractie zou het op prijs stellen als de regering meer uitgebreid en systematisch zou ingaan op de kritiek van de Raad van state terzake.

ARTIKELEN

Artikel 18a (tweede lid)

Kan de regering de leden van de **PvdA**-fractie aangeven wat zij verstaat onder een zorggebonden bijdrage? Wat is het verschil met een eigen bijdrage bij hulpmiddelen, geneesmiddelen en ziekenvervoer?

Artikel 20

In dit artikel wordt voorgesteld dat per AMvB bepaald kan worden om zorg of overige diensten tot een bepaald bedrag buiten het verplicht of eigen risico te laten vallen. De leden van de **CDA**-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Waarom heeft de regering ervoor gekozen om het bedrag dat erbuiten valt vast te stellen, en niet het bedrag dat wordt toegerekend?

Een voorbeeld: in ziekenhuis A kost een DBC € 4000, in ziekenhuis B kost hetzelfde DBC – die nog beter wordt uitgevoerd ook – € 4300. Dit is een normaal prijsverschil. Als een AMvB nu stelt dat voor deze DBC-code € 3950 buiten het eigen risico valt, dat moet een patiënt in ziekenhuis A € 50 eigen risico betalen en een patiënt in ziekenhuis B € 350. Is het niet logischer om dan vast te stellen dan € 100 binnen het eigen risico valt of om vast te stellen dat 2% van de kosten van het DBC binnen het eigen risico valt?

Op welke wijze en wanneer kunnen verzekerden weten welke zorgvormen onder het eigen risico vallen, zo vragen de leden van de **PvdA**-fractie.

Artikel 20

I

Zoals in het algemeen deel al door de leden van de SGP-fractie is toegelicht vinden zij het onderscheid bij de eigen bijdragen tussen «oude» en «nieuwe» gevallen van eigen bijdragen vreemd. Als deze leden de tekst van artikel 23 in combinatie met die van artikel 18a lezen, vragen zij zich af of er op een gegeven moment geen cirkel ontstaat. Als immers een categorie zorg komt te vallen onder het eigen risico op grond van artikel 18a, komt daarmee een deel van die kosten voor rekening van de verzekerde. Vallen die bedragen daarmee niet automatisch ook onder artikel 11?

Onderdelen K, L en J

Waarom benut de regering de mogelijkheid van vrijstelling wel bij verdragsverzekerden en gewetensbezwaarden en niet voor chronische zieken en mensen met een handicap, zo vragen de leden van de **PvdA**-fractie.

De leden van de **SGP**-fractie vinden het positief dat het verplichte eigen risico voor gemoedsbezwaarden niet zal gelden. Mede in het licht van het feit dat de compensatie en de uitvoeringskosten van het CAK-BZ worden gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds – waaraan ook gemoedsbezwaarden een deel van hun geld bijdragen – of het gerechtvaardigd is om de langdurig zieken onder hen geen compensatie te bieden. Graag ontvangen zij hierop een toelichting.

Artikel 118a

Heeft de regering over het duiden van de groep chronisch zieken en gehandicapten contact gehad en/of een advies gevraagd aan het College voor Zorgverzekeringen, het SCP, de WHO of de CG-Raad, zo vragen de leden van de **PvdA**-fractie.

De leden van de **SGP**-fractie vragen waarom in het eerste lid is gekozen om rekening te houden met het bedrag dat naar verwachting het volgende jaar zal worden betaald. Zou het niet meer voor de hand liggen om te kijken naar het bedrag van het lopende jaar?

In het vierde lid is gekozen voor een «kan»-bepaling. Kan deze keuze worden toegelicht, zo vragen zij voorts.

Artikel 124

Op de uitzonderingen van de no-claim was op initiatief van het parlement een voorhang-procedure van toepassing (het Kamerbreed ondersteunde amendement Rouvoet c.s), zo constateren de leden van de **CDA**-fractie. Nu deze wordt vervangen door een verplicht eigen risico laat de regering de voorhangprocedure vervallen. Welke overwegingen liggen er bij de regering aan ten grondslag om wel een voorhang te hebben voor de uitzonderingen op de no-claim (artikel 11), maar geen voorhang te hebben voor de uitzonderingen op het eigen risico en de verdere invulling daarvan?

Artikel II

De leden van de **SGP**-fractie vragen of onder de term «regeling» een gewone ministeriële regeling moet worden verstaan. Is het dan niet beter om één van de formules uit aanwijzing 30 van de aanwijzingen voor de regelgeving te gebruiken?

Verder vragen zij of waarom de langdurig zorgbehoevenden niet worden meegeteld bij de vaststelling van de hoogte van de zorgtoeslag. Is dat onder de huidige wet ook het geval? Betekent dat dus dat de zorgkosten van circa 1,6 miljoen Nederlanders niet worden meegeteld bij de vaststelling van de hoogte van de zorgtoeslag? Is de conclusie juist dat de zorgtoeslag als gevolg hiervan fors lager uitvalt?

Artikel V

De gehele buitengewone uitgavenregeling is gebaseerd op feitelijk gemaakte kosten. Met de no-claim kon geen rekening gehouden worden, omdat die pas uitbetaald werd op 1 april, de uiterste dag van inlevering van de belastingaangifte. Waarom kiest de regering ervoor, zo vragen de leden van de **CDA**-fractie, ook bij het eigen risico uit te gaan van een fictief bedrag voor het eigen risico en niet van het feitelijk bedrag dat in rekening wordt gebracht? Immers, ook bij de eigen bijdragen AWBZ wordt uitgegaan van de feitelijke bijdragen, en niet van fictieve kosten.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen