

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. 6**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 3 september 2007

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag op het voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico. Ik waardeer het zeer dat de commissie op zo'n korte termijn haar reactie op het conceptwetsvoorstel heeft willen geven. Bij de beantwoording van de vragen van de diverse fracties heb ik grotendeels de volgorde van het verslag aangehouden. Ik heb nagestreefd herhalingen zoveel mogelijk te vermijden. Daarom geef ik soms een totaalantwoord op vergelijkbare vragen.

Om de invoering per 1 januari 2008 te waarborgen, is het essentieel dat het onderhavige voorstel van wet in september door de Tweede Kamer der Staten-Generaal wordt aanvaard. Pas als de wettekst vaststaat, bestaat er zekerheid voor zorgverzekeraars wat de maatregel – als ook de Eerste Kamer akkoord gaat – inhoudt. Zij kunnen dan stappen gaan ondernemen om de automatisering aan te passen en andere maatregelen nemen om de invoering mogelijk te maken.

### **ALGEMEEN**

#### **Inleiding**

De leden van de CDA-fractie geven aan dat zij blij zijn dat de no-claimteruggave, conform het Coalitie-akkoord, wordt afgeschaft en dat zij de mening van de regering delen dat er aan de no-claimteruggaveregeling nadelen kleven, zoals het feit dat de «verzekerde pas achteraf het gevolg ziet van zijn gebruik van medische voorzieningen.» De leden van de CDA-fractie vragen de regering of zij door middel van dit wetsvoorstel de motie 30 124, nr. 30, waarin wordt opgeroepen uitbetaalde no-claimteruggaven niet langer terug te vorderen, alsnog kan uitvoeren voor de no-claimteruggave over het jaar 2007, zodat het totale hoofdstuk no-claimteruggave kan worden afgesloten.

De tweede evaluatie van de no-claimteruggaveregeling is nog niet beschikbaar. In deze tweede evaluatie wordt nader ingegaan op de correctie/terugvordering van de reeds uitgekeerde no-claimteruggave. Het

niet corrigeren/terugvorderen van de no-claimteruggave over het jaar 2007 zou een aanzienlijke geringere opbrengst betekenen. Hoewel de tweede evaluatie er nog niet is, schat ik in dat het financiële effect van het niet meer corrigeren/terugvorderen van de no-claimteruggave over het jaar 2007 vele tientallen miljoenen bedraagt. Om reden van deze financiële gevolgen kan ik niet met dit voorstel van deze leden instemmen. Daar komt nog bij dat een dergelijke ingrijpende wijziging als het niet corrigeren/terugvorderen van de no-claimteruggave over 2007, niet meer is in te passen in de risicoverevening.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe lang de uiterste termijn voor het in rekening brengen van het eigen risico in wettelijk opzicht is, en hoe de regering tegen het voorstel aankijkt om zorgverzekeraars 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. Daarbij vragen deze leden hoe de regering tegen bijvoorbeeld een termijn van drie maanden aankijkt. Deze leden ontvangen graag 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 uiterste wettelijke termijn is de termijn van verjaring van vorderingen die in het Burgerlijk Wetboek is opgenomen, te weten 5 jaar na het ontstaan van de vordering. De zorgverzekeraars zijn natuurlijk wel bevoegd om in hun modelovereenkomsten (en daarmee ook in de zorgpolissen zelf) een kortere termijn op te nemen. Een zorgverzekeraar kan het verplichte eigen risico niet eerder bij de verzekerde in rekening brengen dan dat hij van de betrokken zorgaanbieder de declaratie voor die zorg heeft ontvangen. Hierbij is de zorgverzekeraar afhankelijk van het tempo waarmee de zorgaanbieders hun declaraties indienen. Ik ben geen voorstander van de suggestie van deze leden om het opleggen van een verplicht eigen risico te binden aan een termijn (van minder dan 5 jaar) en indien die termijn niet wordt gehaald het te laten vervallen. Dit brengt namelijk het risico met zich mee dat de declaratie zolang wordt vertraagd dat de verzekerde voor die zorg niet meer met het verplichte eigen risico wordt geconfronteerd. Dat zou het verplichte eigen risico frustreren. Ook zou deze suggestie aanzienlijke uitvoerings-/administratieve lasten voor zorgverzekeraars hebben. Om de termijn te kunnen halen kan het voorkomen dat zij relatief kleine bedragen elke keer afzonderlijk bij de verzekerde in rekening moeten brengen. Afhandelen van een DBC-declaratie binnen 3 maanden na opening past niet binnen de DBC-systematiek. Een DBC kan namelijk maximaal een jaar openstaan. Al aanmelden van een DBC voorafgaand aan het declareren van een DBC betekent grote administratieve belasting voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Bovendien is de uiteindelijke DBC-prijs bij opening van de DBC nog niet met volledige zekerheid vast te stellen. Het afhandelen van een DBC-declaratie binnen 3 maanden na opening vind ik daarom geen goed voorstel. Wel blijkt in de praktijk dat de late indiening van declaraties op verschillende onderdelen tot problemen leidt. Ik ben daarom voornemens na te gaan of het mogelijk is een uiterste termijn te stellen aan het indienen van declaraties door zorgaanbieders. Ik zal dit betrekken bij de toekomstige aanpassing van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

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-claimteruggave aan de Kamer zal worden gestuurd.

De leden van de PvdA-fractie 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 leden van de SGP-fractie vragen of door de huidige regering nog alternatieven zijn overwogen.

In het Coalitieakkoord van CDA, PvdA en CU (Kamerstukken II 2006/07, 30 891, nr. 4) is afgesproken dat de no-claimteruggave wordt afgeschaft per 1 januari 2008 en dat er een nieuw systeem van eigen betalingen zal worden ingevoerd ter vervanging van de no-claimteruggave. Omdat chronisch zieken en gehandicapten in dezen geen vrije keuze hebben, worden zij gecompenseerd. Doel van dit wetsvoorstel is uitvoering te geven aan deze afspraak.

Daarbij is nagegaan welk systeem van eigen betalingen het best aansluit op het reeds in de Zvw bestaande vrijwillig eigen risico en, in combinatie daarmee, de mogelijkheid biedt voor zorgverzekeraars om te sturen op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Tevens is bezien 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 al ingesteld op een eigen risico, vanwege de keuzemogelijkheid van een vrijwillig eigen risico die de Zvw biedt. De systemen van de zorgverzekeraars zijn niet ingesteld op eigen bijdragen die voor alle verzekerde zorgprestaties zouden gelden; invoering van een algemeen eigen bijdragensysteem zou majeure aanpassingen vereisen die niet per 2008 zijn door te voeren. Daarom is gekozen voor het invoeren van een verplicht eigen risico. In reactie op vragen van de leden van de PvdA-fractie ga ik hierna in deze paragraaf dieper in op de visie en de onderzoeksmatige onderbouwingen van de regering die ten grondslag liggen aan de voorstellen voor het invoeren van een verplicht eigen risico. Dit wetsvoorstel is een wijzigingsvoorstel van de Zvw en leidt niet tot een zelfstandige wet. Daarom is de algemene evaluatiebepaling van de Zvw (art. 125) van toepassing.

De tweede evaluatie no-claimteruggave wordt naar verwachting in de loop van september afgerond. Ik zal die zodra deze beschikbaar is aan de Kamer zenden.

Het verheugt mij dat de leden van de CDA-fractie de mening van de regering delen dat de samenloop van een verplicht en een vrijwillig eigen risico helderder is dan de combinatie van een no-claimteruggave en een eigen risico. Deze leden vragen of het niet voor de hand zou liggen dat zorgverzekeraars in de regel dezelfde regels gaan hanteren voor het verplicht én het vrijwillig eigen risico. Zij hebben hierover de volgende vragen:

1. Mogen zorgverzekeraars dezelfde uitzonderingen die gelden voor het verplichte eigen risico (zoals bevalling, kraamzorg, huisarts en tandheelkunde tot 22 jaar) hanteren voor het vrijwillig eigen risico? Zo neen, waarom niet?
2. Waarom wordt in artikel 20, onderdeel b, voorgesteld dat de zorgverzekeraar, onder bij AMvB te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat zorg of overige diensten buiten het verplichte eigen risico vallen, maar wordt daarin niet de mogelijkheid genoemd het buiten het vrijwillig eigen risico te houden, terwijl dat in artikel 20, onderdeel a, wel gedaan wordt?

De leden van de SP-fractie vragen of de regering bereid is de uitzonderingen voor het verplicht eigen risico, zoals de huisarts, verloskunde en kraamzorg, ook uit te zonderen voor het vrijwillig eigen risico.

1. Dat kan. Voor het vrijwillig eigen risico geldt dat, naast de zorgkosten

voor kinderen onder de 18, ingevolge het Besluit zorgverzekering alleen het abonnementstarief voor de huisarts is uitgezonderd. Alle andere zorgkosten vallen in beginsel onder het vrijwillige eigen risico, maar een zorgverzekeraar kan besluiten ook andere vormen van zorg buiten het vrijwillig eigen risico te houden. Dat moet hij dan in zijn modelovereenkomst (en daarmee in zijn zorgpolissen) opnemen. Dat dit kan, wordt in bijgevoegde nota van wijziging geëxpliciteerd. De Zvw staat een synchronisatie van het vrijwillig met het verplichte eigen risico door zorgverzekeraars dus niet in de weg. Dit ook in antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie.

2. Op grond van een a-contrariorekening zou artikel 20, onderdeel b, zo gelezen kunnen worden, dat de zorgverzekeraar niet bevoegd is te bepalen welke vormen van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen. Zo'n lezing zou echter niet juist zijn. Zoals reeds aangegeven, wordt in bijgevoegde nota van wijziging (kamerstuk 31 094, nr. 7) voor de duidelijkheid nu expliciet geregeld dat de zorgverzekeraar mag bepalen dat bepaalde vormen van zorg (gedeeltelijk) buiten het vrijwillig eigen risico blijven.

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 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). De leden vragen hoe de verschillende hervormingen op elkaar worden afgestemd en wie het overzicht bewaakt.

Het kabinet is zich bewust van de geschetste samenhang en is ook verantwoordelijk voor een goede aansluiting van de verschillende trajecten. Hierbij worden de effecten van de verschillende maatregelen op de koopkracht in samenhang gezien, waarbij ook bijzondere aandacht is voor de positie van burgers met hoge zorgkosten vanwege een chronische ziekte. Soms is het overigens onvermijdbaar dat, bijvoorbeeld door ongewenste inkomensgevolgen, specifieke maatregelen moeten worden genomen. Overigens levert, zoals ook verderop aan de hand van een cijfervoorbeeld wordt aangegeven, het voorliggende wetsvoorstel voor verzekerden met hoge zorgkosten een financieel voordeel op. Dit geldt zelfs in geval zij niet voor compensatie op basis van meerjarige, onvermijdbare zorgkosten in aanmerking komen.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke visie en welke onderzoeksmatige onderbouwingen van de regering ten grondslag liggen aan de voorstellen voor het invoeren van een verplicht eigen risico.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de verzekerde nu daadwerkelijk minder gaat consumeren, of dat er sprake is van een financieel verschuivingseffect (met andere woorden dat de verzekerde niet minder consumeert maar zelf betaalt). Deze leden vragen of deze vraag mede kan worden beantwoord in het licht van de notitie van het Centraal Planbureau (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. Daarbij vragen deze leden of kan worden geduid in welke omvang er daadwerkelijk minder gebruik wordt gemaakt van zorg en kan worden aangegeven om welke zorgvormen het hierbij gaat. Voorts vragen deze leden of kan worden aangegeven in welke omvang er sprake is van een financieel verschuivingseffect.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering kan spreken over de «positieve» prikkel van de no-claimteruggave en over de «negatieve prikkel» van de eigen bijdrage in relatie tot de remmende werking. Voorts

vragen deze leden naar de ervaringen bij de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling en willen zij weten welke knelpunten van de no-claimteruggaveregeling volgens de regering door de eigenrisicoregeling worden opgelost.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering van mening is dat bij een verplicht eigen risico verzekerden vooraf duidelijk het gevolg van het gebruik van medische voorzieningen inzien.

De leden van de PVV-fractie vragen of de aanname juist is dat de no-claimteruggave, eigen risico en eigen bijdrage zouden leiden tot verminderd gebruik van medische voorzieningen. Daarbij vragen deze leden hoe de groep eruit ziet die onnodig gebruik maakt van de voorzieningen en waarom zij dit doen.

De leden van de SGP-fractie vragen naar het verschil in gedragseffect indien zorgverzekeraars pas aan het eind van een kalenderjaar het eigen risico in rekening brengen.

Het verplichte eigen risico beoogt evenals de no-claimteruggave zowel een pruderter gebruik van zorg als een financieringsverschuiving van collectief naar privaat. Door de financiële verantwoordelijkheid van zorggebruik voor een klein deel bij verzekerden te leggen, is de verwachting dat onnodig zorggebruik tot op zekere hoogte wordt geremd.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de «positieve» prikkel van de no-claimteruggave en de «negatieve» prikkel van het eigen risico in relatie tot de remmende werking, wijs ik op de doorrekening van het Centraal Planbureau. Het CPB geeft aan dat met een verplicht eigen risico met een jaarmaximum van € 150 eenzelfde volume-effect wordt bereikt als met de no-claimteruggave van € 255. Met de «positieve» prikkel van de no-claimteruggave wordt bedoeld dat de verzekerde bij geen of weinig zorggebruik recht heeft op uitbetaling van een bedrag, terwijl de verzekerde bij een eigen risico of eigen bijdrage een «negatieve» prikkel krijgt omdat hij bij zorggebruik moet betalen. Daarbij remt de negatieve prikkel die uitgaat van een verplicht eigen risico meer dan de positieve prikkel van de no-claimteruggave. Ook indien zorgverzekeraars pas aan het eind van het kalenderjaar het eigen risico in rekening brengen, is de verwachting dat het gedragseffect nog steeds groter zal zijn dan bij de no-claimteruggave. De verwachting is dat een vooruitzicht van betalen het zorggebruik meer remt dan een vooruitzicht van ontvangen.

De lastiger uitvoering van de no-claimteruggave in vergelijking met een verplicht eigen risico waar de leden van de PvdA-fractie op doelen, betreft de samenloop van de no-claimteruggave met het in de Zvw opgenomen vrijwillig eigen risico. In de Zvw is de samenloop van een verplicht eigen risico met een vrijwillig risico beter uit te voeren en beter te begrijpen dan de samenloop van de no-claimteruggaveregeling met een vrijwillig eigen risico, omdat de no-claimteruggaveregeling van een andere opzet uitgaat dan een eigen risico. Bij de no-claimteruggaveregeling keert de zorgverzekeraar een bedrag uit aan de verzekerde, terwijl met een verplicht of vrijwillig eigen risico de zorgverzekeraar een bedrag bij de verzekerde in rekening brengt. Dit verschil in systematiek doet zich bij het verplichte eigen risico niet voor. Bovenbedoeld verschil in systematiek deed zich evenmin voor bij de uitvoering van de no-claimteruggave in de Zfw omdat de Zfw geen vrijwillig eigen risico kende. Uit de eerste evaluatie (Kamerstukken II 2005/06, 29 483 nr. 27) bleek dat de no-claimteruggaveregeling bij de ziekenfondsen niet heeft geleid tot zwaarwegende uitvoeringstechnische problemen en problemen als gevolg van eventuele onduidelijkheden van de regeling.

Een overigens van te voren onderkend potentieel knelpunt betreft de mogelijkheid dat een reeds uitgekeerde no-claimteruggave vanwege een nagekomen rekening moet worden gecorrigeerd en teruggevorderd. In de

tweede evaluatie (verdiepingsslag) zal de omvang van dit potentiële knelpunt aan de orde komen.

Met het verplichte eigen risico in plaats van de no-claimteruggave is er geen sprake meer van correctie en terugvordering van een eenmaal uitgekende no-claimteruggave en is dit punt opgelost. Voorts is het hiervoor genoemde verschil in systematiek tussen de no-claimteruggave en het vrijwillig eigen risico opgelost.

Het CPB geeft in zijn notitie waarnaar de leden van de PvdA-fractie eerder ook verwezen, («Het effect van de invoering van eigen betalingen in de ZFW», 7 oktober 2004) aan dat zorgconsumptie niet erg prijsgevoelig is. Voor het verplichte eigen risico vertaalt dit zich in het feit dat het gedragseffect (€ 0,2 miljard) beperkt is en maar een klein deel van de totaalopbrengst is. De opbrengsten van het verplichte eigen risico worden geraamd op € 1,4 miljard (financieel verschuivingseffect ten opzichte van een situatie zonder verplicht eigen risico) en de kosten van compensatie op € 0,1 miljard. De totaalopbrengst komt dus neer op € 1,5 miljard (1,4 + 0,2 – 0,1).

Het is niet goed mogelijk exacte uitspraken te doen over de effecten op de omvang van zorg en zorgvormen. Dit komt doordat de ontwikkeling van de zorgkosten het resultaat is van meer factoren dan enkel de prikkelwerking van een eigenbetalingensysteem. Uit de eerste fase van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling over het jaar 2005 valt af te leiden dat de uitgaven voor genees- en hulpmiddelen en het aantal doorverwijzingen zijn gedaald. Dit jaar volgt een verdiepingslag op verzekerdeniveau waarin wordt getracht na te gaan bij welke categorie verzekerden en bij welke categorie verstrekkingen de no-claimteruggave de meeste invloed uitoefent op het zorggebruik en de zorgkosten.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat de Raad van State in zijn advies stelt dat de eigen bijdragen die in het verleden zijn ingevoerd, alle na korte tijd zijn afgeschaft mede omdat de uitvoeringsproblemen veelal niet opwogen tegen de veronderstelde baten. Deze leden geven aan dat de regering hier in de memorie van toelichting niet op ingaat. Deze leden vragen of de regering kan aangeven hoe dit gegeven zich verhoudt tot de invoering van het verplichte eigen risico. Daarbij vragen deze leden of er evaluaties en/of berekeningen bestaan, waaruit het effect blijkt van de in het verleden gehanteerde eigenbijdragensystemen in de Ziekenfondswet (Zfw). Voorts vragen deze leden of kan worden geduid wat de condities zijn die de resultaten (aangetoonde remmende werking) bevorderen en welke condities de resultaten afzwakken of verhinderen.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering weer kiest voor een systeem van eigen betalingen, terwijl dergelijke systemen in het verleden niet zijn geslaagd.

In het nader rapport heb ik meegedeeld dat de eerder ingevoerde eigen betalingen in de Zfw in de meeste gevallen niet zijn afgeschaft vanwege de door de Raad van State aangevoerde redenen. De meeste eigen betalingen in de Zfw zijn afgeschaft omdat een nieuw kabinet met een andere politieke samenstelling een andere politieke afweging maakte over deze eigen betalingen en niet omdat de uitvoeringsproblemen niet opwogen tegen de baten.

Door dergelijke andere politieke afwegingen door een volgend kabinet zijn bijvoorbeeld per 1 januari 1990 de eigen bijdragen voor geneesmiddelen (de zogenaamde medicijnenknaak) en voor medisch-specialistische zorg (het specialistengeeltje) afgeschaft. De afschaffing van deze twee eigen bijdragen werd gecompenseerd door een verhoging van de nominale ziekenfondspremie per 1 januari 1990 met f 30 per volwassen verzekerde per jaar (zie de toelichting bij de regeling van 5 december 1989 inzake de vaststelling van de nominale premie ziekenfondsverzekering, Stcrt. 1989, nr. 241). Uit deze noodzakelijke compensatie blijkt dat, anders dan de

leden van de fractie van de PvdA veronderstellen, de afgeschafte eigen betalingen aanzienlijke baten genereerden.

De uitvoeringsproblemen en niet de andere politieke weging waren doorslaggevend bij de afschaffing van de algemene eigen bijdrageregeling die in 1997 en 1998 in de Zfw gold. De uitvoering van deze regeling was door alle daarin opgenomen uitzonderingen en bijzondere situaties zo ingewikkeld geworden dat in het Regeerakkoord 1998, dat de basis vormde voor het kabinet Kok-II, is besloten deze onder het kabinet Kok-I ingevoerde regeling per 1 januari 1999 af te schaffen.

Niet alle in het verleden ingevoerde en weer afgeschafte eigen betalingen in de Zfw zijn geëvalueerd. De algemene eigen bijdrageregeling die in 1997 en 1998 gold is wel geëvalueerd, doch de evaluatie was afgerond nadat reeds was besloten deze bijdrageregeling af te schaffen. De toenmalige minister van VWS heeft deze evaluatie op 28 december 1998 aangeboden aan de Tweede Kamer.

Ik wil er op wijzen dat in de Zfw nimmer een vrijwillig eigen risico heeft bestaan.

Ten aanzien van de vraag van de leden van de fractie van de PvdA over de duiding van condities die de remmende werking van eigen betalingen bevorderen en welke condities deze werking afzwakken, geldt dat een hogere eigen betaling veelal tot een grotere remmende werking zal leiden. Ook zal een eigen betaling bij zorgvormen waar de verzekerde zelf meer de mogelijkheid heeft om een keuze te maken of hij van zorg gebruik gaat maken of het nog even aanziet, een groter remmend effect hebben. Het omgekeerde leidt logischerwijs tot een lagere remmende werking. Daarnaast geldt dat de remmende werking wordt verlengd door het bereiken van het maximum uit te stellen; zodra het maximum is bereikt valt de remmende werking weg.

De leden van de VVD-fractie hebben met zorg kennis genomen van het wetsvoorstel om de no-claimteruggave te vervangen door een verplicht eigen risico. Deze leden vragen waarom de regering geen rekening houdt met het feit dat de Zvw van jonge en gezonde verzekerden reeds een grote mate van solidariteit vraagt. In de huidige situatie is de solidariteit die van gezonde mensen wordt gevraagd groot. De regering stelt, aldus de leden van de VVD-fractie, in de onderhavige wetswijziging dat zieken meebetalen aan de no-claimteruggave aan gezonde mensen. Zonder de context van de totale premiebijdrage van gezonde verzekerden ontstaat hierdoor volgens de leden van de VVD-fractie een volstrekt verkeerd beeld, omdat de nettobetalers hiermee ernstig tekort worden gedaan. Doordat de regering deze bewering wel als uitgangspunt voor deze wetswijziging neemt is het resultaat de omgekeerde wereld. Met het compensatievoorstel is de feitelijke situatie dat de staat van kleinverbruikers meer premie vraagt dan grootgebruikers. Vindt de regering dit sociaal en eerlijk, zo vragen deze leden.

Allereerst merk ik op dat er met het compensatievoorstel niet de mogelijkheid van verschillen in premie wordt ingevoerd. De zorgverzekeraar moet voor alle verzekerden voor dezelfde polis dezelfde nominale premie in rekening brengen. Wel klopt het dat door de compensatie per saldo een verzekerde met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten financieel beter af is dan de verzekerde die niet tot de te compenseren groep behoort maar wel het maximum van het verplichte eigen risico volmaakt.

Het is inderdaad zo dat van een gezonde verzekerde een hoge mate van solidariteit wordt gevraagd met zieke verzekerden. Deze solidariteit wordt allerwegen als een groot goed beschouwd. Wat betreft de voorgestelde compensatieregeling is voor de regering het argument doorslaggevend dat een verzekerde met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten ervan uit kan gaan dat hij gezien zijn gezondheidssituatie elk jaar het verplichte eigen risico volmaakt, terwijl dat bij een gezonde verzekerde niet het geval

is. In dit licht vindt de regering de mate van solidariteit die wordt gevraagd van gezonde verzekerden verantwoord, ook als daarbij de verschuldigde premie wordt betrokken. Tegen die achtergrond is de regering van mening dat met dit wetsvoorstel een gerechtvaardigd beroep op de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden wordt gedaan. Bij deze afweging komt de regering tot een andere conclusie dan de leden van de VVD-fractie.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom in het wetsvoorstel niet is meegenomen dat de patiënt altijd een afschrift van de rekening wordt gestuurd.

Het wetsvoorstel regelt de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico. Dit brengt met zich dat zorgverzekeraars verplicht zijn de kosten van het verplichte eigen risico bij de verzekerde in rekening te brengen. Als zorgverleners altijd een afschrift van de rekening aan de patiënt moeten sturen, hebben zorgverleners extra administratieve lasten en minder tijd voor het verlenen van zorg. Voor zorgverzekeraars geeft dit ook extra administratieve lasten. Dit vind ik onwenselijk. Bovendien zou het opleggen van een plicht hiertoe aan de zorgverzekeraars in strijd komen met de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf.

De leden van de VVD-fractie stellen dat er in het algemeen in Nederland weinig maatschappelijk draagvlak bestaat voor eigen betalingen. Deze leden vragen of de regering kan aangeven waarop de stelling is gebaseerd dat voor het voorstel voor het invoeren van een verplicht eigen risico meer maatschappelijk draagvlak bestaat.

De leden van de SGP-fractie vragen of kan worden weergegeven hoe de gevoelens van onvrede die zijn ontstaan als gevolg van de no-claimteruggaveregeling zijn gemeten en hoe breed de onvrede over deze regeling leeft. De leden van de SGP-fractie menen zich te herinneren dat de invoering van de no-claimteruggaveregeling een rechtstreeks gevolg was van gevoelens van onvrede over het door de toenmalige regering eerder voorgestelde verplicht eigen risico. Deze leden vragen of het dan niet voor de hand ligt 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.

In reactie wijs ik de leden van de VVD-fractie en van de SGP-fractie erop dat er onvoldoende draagvlak aanwezig was om de no-claimteruggave te handhaven. De maatschappelijke onvrede over de no-claimteruggave vond zijn politieke vertaling in de verkiezingsprogramma's van een groot aantal politieke partijen. Na de verkiezingen voor de Tweede Kamer in november 2006 en bij de vorming van het huidige kabinet, heeft dit zijn neerslag gevonden in de afspraak in het Coalitieakkoord om de no-claimteruggave per 2008 af te schaffen. Daarnaast bevat het Coalitieakkoord de afspraak dat in plaats van de no-claimteruggave een nieuw systeem van eigen betalingen wordt ingevoerd. Met deze afspraak in het Coalitieakkoord is er voldoende (politiek) draagvlak voor de invoering van het verplichte eigen risico.

De regering is van mening dat met het onderhavige voorstel een gerechtvaardigd beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerden wordt gedaan zonder afbreuk te doen aan de solidariteit. Ik besef dat het hier gaat om een afweging die sterk door politieke opvattingen wordt beïnvloed en ook dat sommige maatschappelijke groeperingen sowieso tegen eigen betalingen gekant zijn. Ik verwacht dan ook niet dat het onderhavige voorstel, voor zover het betreft de invoering van het verplichte eigen risico, onverdeeld enthousiast zal worden ontvangen.



Alles afwegend is de regering echter van mening dat onder meer door de compensatie van de verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten, de voorgestelde regeling voor deze groepen in haar uiteindelijke effecten minder hard uitpakt dan de no-claimteruggave en dat dit zal bijdragen aan de acceptatie bij de bevolking.

Overigens is de maatschappelijke vrede of onvrede inderdaad niet het doorslaggevende motief voor het kabinetsvoorstel. Dat is ingegeven door noties van versterking van het kostenbewustzijn, in combinatie met het verdisconteren van het vermogen van mensen om zorgkosten in meer of mindere mate daadwerkelijk te beïnvloeden.

De leden van de VVD-fractie vragen of de chronisch zieken het voorgestelde verplichte eigen risico wel kunnen ontlopen. Als dat niet het geval is, waarom is het eigen risico dan rechtvaardiger dan de no-claimteruggave, zo vragen deze leden.

Het verplicht eigen risico geldt voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Chronisch zieken zullen het verplichte eigen risico daarmee niet kunnen ontlopen. Het bedrag dat een verzekerde per saldo maximaal verschuldigd is, bij het verplichte eigen risico aanzienlijk lager is dan bij de no-claimteruggave, terwijl het volume-effect gelijk is. Chronisch zieken betalen bij een verplicht eigen risico via de nominale premie niet voor een uitbetaling aan gezonde verzekerden. Dit is bij de no-claimteruggave wel het geval. Daarnaast biedt het voorstel compensatie aan verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten. Vanwege deze elementen verdient het onderhavige voorstel volgens de regering de voorkeur boven handhaven van de no-claimteruggave.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe de regering tegen de mogelijkheid het verplichte eigen risico te ontlopen aankijkt in het licht van de wetenschap dat de huisarts is uitgezonderd van het verplichte eigen risico.

De regering is met deze leden van mening dat de verzekerde bij de huisartsenzorg de meeste mogelijkheden heeft om de afweging te maken of hij zorg inroept of dat hij de situatie nog even aanziet. Deze mogelijkheden zijn aanzienlijk minder indien hij eenmaal door de huisarts is doorverwezen naar de tweede lijn.

Ten aanzien van de vraag of de huisartsenzorg moet meetellen voor het verplichte eigen risico, is in het wetsvoorstel aangesloten bij de uitkomst van de discussie die op dit punt in 2004 bij de behandeling van de no-claimteruggaverregeling in de Zfw heeft plaatsgevonden. De regering gaat ervan uit dat een meerderheid van de Tweede Kamer er nu, net als in 2004, niet mee kan instemmen dat de huisartsenzorg onder het verplichte eigen risico komt te vallen. Hierbij speelt het argument dat de huisarts zonder financiële drempel toegankelijk moet zijn, voor de regering een doorslaggevende rol.

Voorts vinden de leden van de VVD-fractie het jammer dat het verplichte eigen risico in één keer zou worden verrekend met de verzekerde. Daarmee vervalt ook het voordeel dat het verplichte eigen risico heeft boven de no-claimteruggave, namelijk de directe werking. Hierdoor is volgens deze leden het argument van «remgeld» alleen nog relevant in de geneesmiddelenzorg. Zij vragen bij welke andere zorgvorm dit argument nog meer relevant is.

Allereerst merk ik op dat in dit wetsvoorstel niet wordt geregeld wanneer de zorgverzekeraar het verplichte eigen risico bij de verzekerde in rekening moet brengen en of dit in één keer dient te gebeuren. De zorg-

verzekeraar kan op dit punt zijn eigen keuzes maken. Daarbij spelen ook overwegingen van uitvoerbaarheid en uitvoeringskosten een rol. Voorts ben ik het niet eens met de (impliciete) stelling van deze leden dat het argument van «remgeld» niet echt meer relevant zou zijn. Het voorgestelde verplicht eigen risico leidt naar verwachting tot een volume-effect van ongeveer € 0,2 miljard per jaar en is daarmee nog wel degelijk relevant.

Net als bij de geneesmiddelenzorg geldt het argument van «remgeld» ook bij de hulpmiddelenzorg. Ook daar kan de verzekerde in een aantal gevallen voor een goedkoper hulpmiddel kiezen of ervoor kiezen zijn hulpmiddel minder snel te vervangen. De eerste evaluatie van de no-claimteruggave in de Zvw wijst ook in die richting. De uitkomsten van die evaluatie tonen aan dat ziekenfondsverzekerden in 2005 kostenbewuster zijn omgegaan met zorg, waarbij een relatie zou kunnen liggen met de invoering van de no-claimteruggave. De evaluatie benadrukt dat dit kostenbewustzijn zich niet zozeer uit in een afnemend gebruik van zorg, maar vooral in een gebruik van goedkopere medicijnen en hulpmiddelen.

De no-claimteruggaveregeling is voor de voormalige particulier verzekerden in 2006 met de nieuwe Zvw ingegaan en voor de voormalige ziekenfondsverzekerden per 2005. Dat wil zeggen dat de voormalig particulier verzekerden pas één maal een no-claimteruggave hebben gekregen en de voormalig ziekenfondsverzekerden pas twee maal. De leden van de VVD-fractie vragen of de regering met hen van mening is dat de no-claimteruggaveregeling onvoldoende de tijd heeft gekregen om daadwerkelijk door te werken in het gedrag van verzekerden.

In beginsel kan ik me wel voorstellen dat een nieuwe regeling iets langer de tijd zou moeten krijgen om zich te bewijzen, zodat verzekerden er aan kunnen wennen en hun gedrag erop kunnen aanpassen. Ten aanzien van de no-claimteruggave waren echter de onvrede en de politieke neerslag van die onvrede in de verkiezingsprogramma's van de huidige coalitiepartijen zo duidelijk, dat hieraan niet voorbij kon worden gegaan. Dit heeft geleid tot de afspraak in het Coalitieakkoord om de no-claimteruggave per 2008 af te schaffen en een nieuw systeem van eigen betalingen in te voeren. Deze afspraken zijn de uitkomst van de politieke weging van het huidige kabinet en de daarin samenwerkende coalitiepartijen.

Het argument dat het snel weer afschaffen van de no-claimteruggave niet bijdraagt aan een betrouwbare en consequente overheid, vind ik niet juist. Van belang is met name dat verzekerden weten wat de consequenties zijn van hun handelen. Daar vindt geen wijziging in plaats met het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico. Zorggebruik heeft financiële consequenties. Dat is zo bij de no-claimteruggave en dat is nog steeds het geval bij het verplichte eigen risico. Voorts wijs ik erop dat de afschaffing van de no-claimteruggave duidelijk in de verkiezingsprogramma's van de huidige coalitiepartijen was opgenomen. Naar aanleiding van een desbetreffende vraag van de leden van de VVD-fractie, wil ik opmerken dat dit voorstel voor een verplicht eigen risico voor een groot deel tegemoet komt aan de belangrijkste bezwaren tegen de no-claimteruggave. Daarom verwacht de regering dat het verplichte eigen risico niet hetzelfde lot zal zijn beschoren als de no-claimteruggave en dus voor een langere periode zal blijven bestaan.

### **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 Neder-

- land. 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?
1. Buitenlands sociaal verzekerden die tijdelijk in Nederland verblijven, hebben op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening (de Verordening) en van bilaterale sociale zekerheidsverdragen in Nederland recht op de zorg die nodig wordt tijdens hun verblijf, volgens de Nederlandse wettelijke regeling. Of een buitenlandse verzekerde wordt geconfronteerd met het in het wetsvoorstel voorgestelde verplichte eigen risico is afhankelijk van de classificatie van het eigen risico. Wanneer het wordt geclassificeerd als onderdeel van de premieheffing (zoals met de no-claimteruggave het geval is), dan zal een buitenlandse verzekerde er niet mee worden geconfronteerd. Wordt het eigen risico echter geclassificeerd als een integraal onderdeel van de zorgaanspraken, dan zal een buitenlandse verzekerde er wel mee worden geconfronteerd. Aangezien de classificatie met name in de uitvoering aanzienlijke gevolgen kan hebben in de internationale relaties, zal in overleg met het College voor zorgverzekeringen (Cvz) en de buitenlandse verzekeringsinstellingen worden gezien hoe het eigen risico geclassificeerd dient te worden.
  2. Nederlandse verzekerden kunnen op twee manieren zorg invoeren in het buitenland: op grond van de Zvw-polis of met gebruikmaking van de bepalingen van de Verordening respectievelijk van bilaterale sociale zekerheidsverdragen. De Zvw biedt werelddekking. Verzekerden zijn, waar ter wereld zij zich ook bevinden, precies zo verzekerd als in Nederland. Zowel verzekerden met een restitutiepolis als verzekerden met een naturapolis hebben, wanneer zij met gebruikmaking van hun Zvw-polis zorg invoeren in het buitenland, te maken met het in het wetsvoorstel voorgestelde verplichte eigen risico. Daarnaast kunnen Nederlands verzekerden op grond van de Verordening of de verdragen recht doen gelden op zorg die bij een tijdelijk verblijf in het buitenland noodzakelijk wordt. De zorg wordt verleend overeenkomstig de wettelijke regeling van het land waar de zorg wordt verleend. De kosten van de zorg komen ten laste van de Nederlandse verzekering en de verzekerde is zelf eventuele eigen bijdragen verschuldigd wanneer de wettelijke regeling van het verblijfsland daarin voorziet. Of betrokkenen in dit geval worden geconfronteerd met het in het wetsvoorstel voorgestelde eigen risico is afhankelijk van de classificatie van het eigen risico.
  3. Ja. Op grond van artikel 21 van het wetsvoorstel is het geldende bedrag van het verplichte eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Als de verzekerde uit het voorbeeld overlijdt in de loop van het jaar, zal het

geldende bedrag van € 150 inderdaad minder zijn en kunnen de nabestaanden een terugbetaling verwachten.

4. Op grond van artikel 18a van het wetsvoorstel heeft iedere verzekerde van 18 jaar of ouder een verplicht eigen risico van € 150 per kalenderjaar. Op grond van artikel 23 eerste lid, van de Zvw worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening is gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen. De DBC voor de jongere van 17 jaar en 11 maanden wordt geopend voor zijn 18e jaar. Op grond van artikel 23 betekent dit dat de DBC niet ten laste komt van het verplichte eigen risico uit het voorbeeld. Hetzelfde geldt voor de pijnstillers op het eerste recept, als die althans voordat de jongere 18 werd zijn gekocht. Het herhaalrecept voor de pijnstillers krijgt de jongere op zijn 18e. Dit betekent dat de kosten voor de pijnstillers op het herhaalrecept wel ten laste komen van het verplichte eigen risico uit het voorbeeld.

De leden van de CDA-fractie zijn blij met de mogelijkheid om bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) zorgvormen aan te wijzen, waarvoor een eigen bijdrage kan gelden die ten laste komt van het verplichte eigen risico. Deze leden vinden het 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. Zij vragen of de regering bereid is voor januari 2008 met een voorstel te komen.

Alle inspanningen zijn nu nodig om het verplichte eigen risico per 2008 in te voeren. Nadere studie naar de effecten is vereist. Het is daarom niet mogelijk om nog voor januari 2008 met een voorstel te komen. Een dergelijk voorstel kan niet eerder dan in de loop van 2008 worden voorgelegd.

De leden van de CDA-fractie merken op dat veel mensen die zorg nodig hebben hun eigen risico volmaken door bijvoorbeeld medicijnen. Deze leden vragen hoe deze mensen zullen kunnen profiteren van de mogelijkheden die artikel 20, onderdelen a en b, bieden.

De leden van de fractie van de PvdA-fractie vragen de regering te verduidelijken aan welke zorgvormen wordt gedacht die niet langer voor het hele bedrag aan gemaakte zorgkosten onder het verplichte eigen risico vallen.

Artikel 20, onderdeel a, is met name gericht op een «langere remweg». Met toepassing van dit onderdeel kan worden voorkomen dat met een enkele dure zorgvorm het verplichte eigen risico meteen wordt volgeemaakt. Bezien zou kunnen worden of artikel 20, onderdeel a, kan worden toegepast voor dure geneesmiddelen, medisch-specialistische zorg of ziekenhuiszorg; bijvoorbeeld dat per aflevering van een geneesmiddel niet meer dan max. € 50 per keer meetelt voor het verplichte eigen risico. Wel betekent elke uitzondering weer een complicatie van het systeem en daarmee hogere uitvoeringskosten, die de verzekerde uiteindelijk ook moet opbrengen via de premie. Goede afweging is hier dus noodzakelijk. Indien farmaceutische zorg wordt aangewezen, zouden verzekerden kunnen profiteren van de mogelijkheden van artikel 20, onderdeel a of b (zoals dat artikel volgens bijgevoegde nota van wijziging komt te luiden), indien hun zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt met apothekers over een voorkeursassortiment.

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering om een onderbouwing voor de keuze van € 150 als hoogte van het verplichte eigen risico. Daarbij vragen deze leden hoe de opbrengsten van het eigen risico zich verhouden met de inkomsten uit de no-claimteruggave.

De leden van de SGP-fractie zouden graag vernemen of er een zelfstandige motivering is voor de € 150 als hoogte van het verplichte eigen risico, bijvoorbeeld gezien de verwachte gedragseffecten. Daarbij vragen deze leden welk effect bij deze hoogte is te verwachten.

Voorts vragen deze leden zich af waarom er niet is gekozen voor bijvoorbeeld € 100 of € 500.

Het CPB geeft in zijn notitie «Indicatie van effecten Financieel kader 2008–2011» aan dat een eigen risico van € 150 tot eenzelfde besparing (€ 0,2 miljard) leidt als de no-claimteruggave van € 255. Daarnaast brengt een verplicht eigen risico van € 150 per verzekerde van achttien jaar en ouder een niet te zware last met zich mee voor de verzekerde. Met een verplicht eigen risico van € 150 wordt volgens het kabinet een goede balans bereikt tussen het niet extra stijgen van de zorgkosten en de mogelijke liquiditeitsgevolgen. Het gedragseffect onder de no-claimteruggave staat op de VWS-begroting ingeboekt als een besparing van € 170 miljoen. De uitkomsten van de eerste evaluatie van de no-claimteruggave geven een aanwijzing dat het geraamde gedragseffect zich heeft voorgedaan. Het CPB gaat uit van een constant gedragseffect wanneer de no-claimteruggave van € 255 wordt vervangen door een verplicht eigen risico van € 150.

De leden van de fractie van de PvdA vragen de regering aan te geven bij welke zorgvormen er een keuzemogelijkheid is ten aanzien van een basale en een duurdere zorgconsumptie.

Naar aanleiding hiervan zij opgemerkt dat uitgangspunt is dat een verzekerde in alle gevallen de afweging moet maken of zorg voor hem noodzakelijk is. Een verplicht eigen risico helpt bij die afweging. Immers, de verzekerde wordt ook zelf, zij het beperkt, met de financiële gevolgen van zijn afweging geconfronteerd. Het gaat dus niet in eerste aanleg over de vraag of basale zorg in plaats van duurdere zorg kan worden gekozen. De eerste vraag die de verzekerde zich zal moeten stellen is of hij zorg nodig heeft. Tevens verwijs ik naar een eerder antwoord op een vraag van deze leden over de ervaringen rond de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling.

De leden van de fractie van de PvdA vragen de regering te verduidelijken waarom het voor zorgverzekeraars simpeler is om een bedrag in rekening te brengen bij verzekerden i.p.v. een bedrag uit te keren.

Het werken met een eigen risico is voor zorgverzekeraars simpeler omdat al direct na ontvangst van de rekening voor de verleende zorg, tot verrekening met het eigen risico kan worden overgegaan. Bovendien sluit, zoals al eerder aangegeven, een verplicht eigen risico beter aan op het reeds bestaande vrijwillig eigen risico. Bij het uitkeren van een bedrag, zoals bij de no-claimteruggave het geval is, is het mogelijk dat dit uit te keren bedrag achteraf gecorrigeerd dient te worden vanwege nagekomen rekeningen. Dat kan vervolgens leiden tot terugvordering bij de verzekerde of verrekening met nog te ontvangen gelden.

De leden van de fractie van de PvdA vragen wat het standpunt op het advies van de Raad van State is om aan partijen zelf over te laten wat effectieve manieren kunnen zijn om de zorgconsumptie en de kosten te beperken.

In de Zvw is uitgangspunt dat partijen zelf hier verantwoordelijk voor zijn. In die zin wordt de opvatting van de Raad van State gedeeld. De functiegerichte omschrijving van de verzekerde prestaties, de vaststelling van de aanspraken in de zorgpolis, de concretisering via overeenkomsten tot welke aanbieders de verzekerde zich moet wenden en ook de concretisering van de voorwaarden die de verzekerde in acht moet nemen, zijn daarbij instrumenten richting verzekeren. In het verkeer met zorgaanbieders is vooral het instrument van de overeenkomst belangrijk. Partijen hebben dus ook al veel sturingsmogelijkheden. Daarnaast bevat dit wetsvoorstel de mogelijkheid om bij AMvB te bepalen dat zorgverzekeraars bepaalde vormen van zorg, onder in die AMvB te stellen voorwaarden, buiten het verplichte eigen risico mogen houden. Hier bestaat nog geen ervaring mee. In de memorie van toelichting is aangeduid dat daarom uitgewerkt moet worden op welke wijze dergelijke sturingsmogelijkheden gebruikt kunnen worden zonder afbreuk te doen aan de publieke randvoorwaarden van de Zvw. Vooral de vraag of dit niet kan leiden tot indirecte vormen van risicoselectie en hoe dit kan worden voorkomen, behoeft nadere uitwerking. Daarom heeft de regering gekozen voor regeling bij AMvB.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering inzicht kan 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. Daarbij vragen deze leden hoe dat ligt in andere Europese landen, hoe het verplichte eigen risico en de verruiming van de overige eigen betalingen, eigen bijdragen en besparingsbijdragen zich verhoudt tot de Europese norm en welke grens de regering hierbij als norm hanteert voor Nederland.

Een internationale vergelijking van zorgkosten is moeilijk te maken. Dit komt doordat zorgkosten een relatief begrip zijn dat per land verschilt. In sommige landen worden de kosten voor de Wmo bijvoorbeeld niet allemaal als zorg geoormerkt of wordt AWBZ-zorg als voorziening aangeboden. Dit maakt het vergelijken van totale zorgkosten gecompliceerd. Daarnaast is het in sommige landen mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten tegen mogelijke eigen betalingen. Bijvoorbeeld in België is het gebruikelijk een verzekering te nemen tegen eigen betalingen voor het ziekenhuis die redelijk hoog zijn.

De Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) maakt wel een vergelijking tussen deze landen. Hoewel de kwantitatieve gegevens zoveel mogelijk opgesteld zijn volgens het door de OECD ontwikkelde System of Health Accounts (hun definitie van zorgkosten), zijn gegevens niet altijd goed vergelijkbaar. De meest recente cijfers die zij beschikbaar hebben zijn van 2005. Daarin bevindt Nederland zich met 9,2% in de middenmoot van de OECD-landen qua totale zorgkosten in vergelijking met het bruto nationaal product (gemiddelde OECD = 9%). Wanneer de eigen betalingen worden vergeleken met andere EU landen, dan kan worden geconcludeerd dat Nederland geringe eigen betalingen heeft. In de Europese Code wordt een percentage van 25% genoemd als het maximale gemiddelde bedrag van de totale zorgkosten (Zvw, Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)) dat opgebracht mag worden uit eigen betalingen.

De leden van de SP-fractie geven aan dat zij zich zorgen maken over het samenvallen van het eigen risico met andere eigen betalingen in de Zvw.

Allereerst merk ik op dat dit ook al de huidige situatie is. Ook bij de invoering van de de no-claimteruggave zijn de bestaande eigen bijdragen gehandhaafd. Uit de eerste evaluatie van die regeling is niet gebleken dat zich op dat punt problemen voordoen. De leden van deze fractie stellen

dat wanneer een hulpmiddel nu ineens in zijn geheel betaald moet worden, het kan zijn dat de verzekerde er voor kiest geen hulpmiddel te nemen. Inderdaad is niet uit sluiten dat een verzekerde, omdat hij in beperkte mate wordt geconfronteerd met een eigen financiële verantwoordelijkheid, die keuze maakt. Dan maakt die verzekerde ook de afweging dat het nut van een bepaald hulpmiddel niet opweegt tegen de verschuldigde eigen betaling. Dat is dan in overeenstemming met de bedoeling van een eigen betaling.

De leden van de VVD-fractie constateren dat bij AMvB zorgvormen kunnen worden aangewezen die niet langer voor het gehele bedrag van gemaakte zorgkosten onder het verplichte eigen risico vallen, maar waarvoor een eigen bijdrage gaat gelden. Het eigen risico wordt dan gedeeltelijk ingevuld door eigen bijdragen. Deze leden vragen of ik kan aangeven wat dit betekent voor de administratieve lasten.

In dit stadium zijn de gevolgen voor de administratieve lasten niet concreet aan te geven. De eventuele administratieve lasten zullen worden nagegaan wanneer een AMvB op basis van het voorgestelde artikel 18a, tweede lid, wordt voorbereid. De voorbereiding daarvan zal niet voor 2008 starten.

Bij de voorbereiding van de desbetreffende AMvB zal afgewogen worden op welke wijze voor de periode na 2008 invulling aan deze mogelijkheid wordt gegeven. Hierbij zullen ook de door de leden van de VVD-fractie genoemde aspecten worden betrokken. Van belang is dat er een voor de verzekerde inzichtelijk en begrijpelijk systeem van eigen betalingen in de Zvw is en blijft, dat voor de zorgverzekeraars zo eenvoudig mogelijk is uit te voeren. Slechts indien het systeem van alle eigen betalingen voor de verzekerde helder en transparant is, kan het bijdragen aan de gedragseffecten die worden beoogd.

In antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie wat de aanleiding voor dit voorstel is, merk ik op dat de doelstelling van het voorgestelde artikel 18a, tweede lid, is dat bij dure zorgvormen het maximum van het verplichte eigen risico niet in één keer wordt volgemaakt. Indien het maximum van het eigen risico is bereikt, gaat van het verplichte eigen risico geen remmende werking meer uit en is er geen gedragseffect meer. Een eigen bijdrage die bij dure zorgvormen niet de volledige kosten maar een deel van de kosten omvat, heeft dat nadeel van het verplichte eigen risico niet.

De leden van de fractie van de ChristenUnie wijzen er eveneens op dat 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. Deze leden vragen de regering om de keuze voor de introductie van deze eigen bijdragen in de Zvw te onderbouwen. Is de motivatie alleen gelegen in het vergroten van het remeffect van het verplichte eigen risico of ligt er een meer principiële keuze aan ten grondslag gericht op meer private financiering, zo vragen deze leden.

Zoals ik hiervoor op een soortgelijke vraag van de leden van de VVD-fractie heb aangegeven, is de doelstelling van deze mogelijkheid te voorkomen dat bij dure zorgvormen het maximum van het verplichte eigen risico in één keer wordt bereikt. Dan vallen de remmende werking en het gedragseffect weg. Aan deze mogelijkheid ligt niet de door deze leden genoemde, meer principiële keuze gericht op meer private financiering ten grondslag. Dit kan ook niet het geval zijn, omdat deze eigen bijdragen meetellen voor het bereiken van het maximum van het verplichte eigen risico. Dergelijke eigen bijdragen zullen daarom niet

leiden tot hogere eigen betalingen dan anders het geval zou zijn. Het maximum van € 150 voor het verplichte eigen risico blijft hetzelfde. Nu is nog geen uitspraak te doen over de criteria die zullen worden gehanteerd om te bepalen of de kosten van een bepaalde (dure) zorgvorm volledig meetellen voor het verplichte eigen risico, of dat voor die zorgvorm een eigen bijdrage gaat gelden die meetelt voor het eigen risico. Gezien de doelstelling van de in het voorgestelde artikel 18a, tweede lid, Zvw opgenomen mogelijkheid, zal vooral bepalend zijn of het om een dure zorgvorm gaat waarbij het maximum van het verplichte eigen risico in één keer wordt volgemaakt, of niet. Tevens zal bij de voorbereiding van deze AMvB gekeken worden of er dan voor de verzekerde een inzichtelijk en begrijpelijk systeem van eigen betalingen in de Zvw is. Dat systeem moet door de zorgverzekeraars ook zo eenvoudig mogelijk zijn uit te voeren.

Een zeer complex systeem van diverse vormen van eigen betalingen en «wildgroei» op dit terrein, waarvoor de leden van de fractie van de ChristenUnie waarschuwden, wil ik uiteraard zoveel mogelijk voorkomen.

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.

In mijn antwoord op vergelijkbare vragen van de leden van de VVD-fractie en de leden van de fractie van de ChristenUnie over deze mogelijkheid, heb ik meegedeeld dat bij de uitwerking van deze mogelijkheid in de loop van 2008 er op zal worden toegezien dat het systeem van alle eigen betalingen in de Zvw voor de verzekerden overzichtelijk en begrijpelijk blijft. Ik moge verwijzen naar mijn antwoorden op deze vragen van de leden van beide hiervoor genoemde fracties.

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 Zvw voor het verplichte 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. Deze leden vroegen waarom voor dit verschil is gekozen.

Net als nu bij de no-claimteruggave het geval is, is er bij het verplichte eigen risico voor gekozen de zorggebonden bijdragen die van oudsher bestonden in stand te laten. Hiertoe is besloten omdat de opbrengst van deze eigen bijdragen niet kan worden gemist. Indien deze bestaande eigen bijdragen bij het verplichte eigen risico zouden worden betrokken, zouden deze bijdragen meetellen voor het bereiken van het maximum van het verplichte eigen risico. Daardoor zou de opbrengst voor een belangrijk deel wegvallen.

Zoals ik hiervoor bij eerdere vragen heb geantwoord zal bij de uitwerking van deze mogelijkheid om voor bepaalde dure zorgvormen niet de volledige zorgkosten maar slechts een deel daarvan te betrekken bij het eigen risico, er op worden toegezien dat het systeem van alle eigen betalingen in de Zvw voor de verzekerden overzichtelijk en begrijpelijk blijft. Dit in reactie op de opmerking van de leden van de SGP-fractie dat één van de doelstellingen van de Zvw was 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-claimteruggave-regeling hebben gedaan in amendement 29 483, nr. 17. Op een vergelijk-



bare manier zou het voorgestelde verplichte eigen risico ook zo vormgegeven kunnen worden dat slechts een bepaald percentage van de gemaakte zorgkosten meetelt voor het verplichte eigen risico. Deze naar de mening van deze leden betrekkelijk eenvoudige 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 vernamen deze leden een reactie op dit alternatief.

In feite houdt dit alternatief in dat er een algemeen eigen bijdragesysteem komt van 25% van de zorgkosten met een jaarmaximum voor al deze percentuele eigen bijdragen tezamen. Het door deze leden genoemde voordeel van een (percentuele) eigen bijdrage in vergelijking met een verplicht eigen risico geldt inderdaad. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven remt een verplicht eigen risico in vergelijking met een eigen bijdrage harder, maar het eind van de remmende werking is sneller bereikt.

Daar staat als belangrijkste nadeel tegenover dat een dergelijk eigen bijdragesysteem niet per 2008 kan worden ingevoerd omdat de systemen van de zorgverzekeraars niet zijn ingesteld op eigen bijdragen die in principe voor alle verzekerde zorgprestaties gelden. De systemen van de zorgverzekeraars zijn immers al ingericht op een eigen risico, vanwege de keuzemogelijkheid van een vrijwillig eigen risico die de Zvw nu heeft. Aanpassing van de systemen van de zorgverzekeraars aan een algemeen eigen bijdragesysteem zou majeure wijzigingen vereisen – wijzigingen die niet per 2008 zijn door te voeren. Dit nadeel is voor de regering doorslaggevend.

In antwoord op de vraag van de leden van de SGP-fractie of de voorgestelde mogelijkheid voor afwijking van de eigenrisicoregeling in het kader van preventie de vergelijking van de diverse modelovereenkomsten niet onnodig ingewikkeld maakt, merk ik het volgende op. Het aantal keuzemogelijkheden kan hierdoor inderdaad toenemen. Zorgverzekeraars die deze keuze aanbieden en verzekerden die hiervoor kiezen, zijn met dit soort zaken bewust bezig, waardoor zij dit naar verwachting niet als een extra belasting zullen ervaren. Ik denk dat met de uitwerking van deze keuzemogelijkheid er een belangrijk stuulement bijkomt, waar interesse voor bestaat en die noch door verzekerden noch door zorgverzekeraars als onnodig ingewikkeld zal worden beschouwd.

De leden van de SGP-fractie vragen of de hoogte van het eigen risico verlaagt indien verzekerden gebruik maken van preferente aanbieders.

Dat is niet het geval. Het verplichte eigen risico bedraagt € 150 per jaar. Dit bedrag wijzigt niet bij het gebruik van preferente aanbieders. Wel komen bij gebruik van preferente zorgaanbieders de kosten van die zorg niet (volledig) ten laste van het verplichte eigen risico.

### **Toekomstige mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te sturen**

De leden van de CDA-fractie vragen waarop de regering de veronderstelling baseert dat zorgverzekeraars op basis van de voorgestelde AMvB verzekerden stimuleren gebruik te gaan maken van doelmatige zorgarrangementen of zich gezond te gedragen, en niet op een indirecte wijze de vrije artskeuze gaan beperken en groepen mensen naar de goedkoopste arts zullen sturen. Deze leden vragen of de regering vindt dat er

voldoende goede en objectieve informatie over de kwaliteit van zorg openbaar is om zo'n maatregel te nemen. Daarbij vragen zij of een leek op dit moment kan zien of er sprake is van een goede prijs-kwaliteit-verhouding. Voorts vragen deze leden aan welke objectieve en toetsbare randvoorwaarden zal moeten zijn voldaan, voordat een AMvB geslagen wordt die zorgverzekeraars deze mogelijk geeft.

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

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 verplichte 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.

Het is de bedoeling dat zorgverzekeraars er een instrument bij krijgen om hun verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen of om verzekerden te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen door hen, via (gedeeltelijke) vrijstelling van het verplichte eigen risico, van het financieel voordeel mee te laten profiteren. Naast de – enigszins negatieve – financiële prikkel van het verplichte eigen risico, vormt dit instrument een positieve stimulans richting verzekerden.

De Raad van State is positief over de sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars die in het wetsvoorstel zijn opgenomen. De Raad wil eigenlijk verdere vergroting van die mogelijkheden omdat dat past binnen het private stelsel van de Zvw.

Met de zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties is overleg geweest over de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico. Nogal wat zorgverzekeraars zijn voorstander van het inzetten van eigen betalingen als sturingsinstrument richting geprefereerde zorgaanbieders, dan wel ter bevordering van preventie. Patiëntenorganisaties hebben aarzelingen bij de voorgestelde sturingsmogelijkheden vanwege eventuele indirecte risicoselectie; bovendien vragen zij zich af of deze sturingsmogelijkheden zodanig kunnen worden uitgewerkt dat zij passen binnen de publieke randvoorwaarden van de Zvw.

Zoals aangegeven in de memorie van toelichting is dit een nieuw element waarmee nog geen ervaring bestaat. Daarom dient uitgewerkt te worden op welke wijze deze sturingsmogelijkheden gebruikt kunnen worden zonder afbreuk te doen aan de publieke randvoorwaarden die binnen de Zvw gelden. Dit doordenken kost tijd; daarbij zal overleg met zorgverzekeraars en patiënten-/consumenten noodzakelijk zijn. Daarbij zal ook de vraag aan de orde komen of er voldoende goede en betrouwbare informatie over de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg beschikbaar is. Ik ben me ervan bewust dat dit niet eenvoudig zal zijn. Ook de zorgverzekeraars hebben aangegeven per 1 januari 2008 nog niet in staat staat

te zijn deze mogelijkheid aan te bieden. Om die redenen wordt per 2008 in ieder geval nog geen uitvoering gegeven aan deze mogelijkheid. Ik streef ernaar om per 1 januari 2009 deze mogelijkheid wel tot stand te brengen. Overigens is de goedkoopste zorgaanbieder niet per definitie de meest doelmatige. Een (iets) duurdere zorgaanbieder waarbij de ingrepen tot bijv. minder complicaties leiden of die betere afspraken heeft over het aansluitende vervolg behandeltraject dan de goedkoopste, kan per saldo minder kosten. Over onze inzet de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken, is de Kamer geïnformeerd bij brief van 6 juli 2007 (Kamerstukken II 2006/07, 28 439, nr. 98).

De keuzevrijheid van de verzekerde blijft bij toepassing van artikel 20 wel in stand. Het kan alleen betekenen dat de kosten van de zorg door de gekozen aanbieder, indien het geen voorkeursaanbieder is, volledig ten laste van het eigen risico komen.

Bij de mogelijke voorwaarden die gesteld kunnen worden aan de zorgverzekeraar, zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan een bedrag aan verplicht eigen risico dat «altijd» geldt, dat wil zeggen dat het zelfs geldt indien de verzekerde zijn zorg louter heeft betrokken van eerderbedoelde preferente zorgaanbieders voor wie de zorgverzekeraar de in de vorige alinea bedoelde vrijstelling heeft gegeven.

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. De leden van de VVD-fractie vragen of zij het goed begrepen dat de regering hiermee een systeem met preferred providers wil stimuleren. Ook vragen zij of de zorgverzekeraars nu in naturapolissen al kunnen werken met preferred providers, maar dat de zorgverzekeraars in de praktijk dit nauwelijks aandurven wegens het risico van imagoschade.

Zoals ik in de memorie van toelichting heb aangegeven is deze mogelijkheid in de eerste plaats opgenomen om zorgverzekeraars meer instrumenten te geven verzekerden te stimuleren gebruik te maken van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorgarrangementen en om verzekerden te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen. Doordat de bij die AMvB aangewezen zorgvormen kunnen worden uitgesloten van het verplichte eigen risico, krijgt de zorgverzekeraar een extra instrument in handen om zijn verzekerden te stimuleren naar de preferente zorgaanbieder te gaan. Met toepassing van deze mogelijkheid kan de zorgverzekeraar zich op het terrein van het contracteren van (preferente) zorgaanbieders onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Daarmee kan dit een extra prikkel zijn voor zorgverzekeraars om te investeren in de zorginkoop. In die zin vormt deze mogelijkheid een stimulans voor zorgverzekeraars tot het contracteren van preferente zorgaanbieders.

Thans kunnen zorgverzekeraars uiteraard ook al zorgaanbieders contracteren. Zou dit meer selectief gebeuren, dan zouden de gecontracteerde zorgaanbieders kunnen worden gezien als preferent. Vooropgesteld dat ook dan de zorgverzekeraar per zorgvorm voldoende aanbieders moet hebben gecontracteerd, kan er voor naturaverzekerden vervolgens een prikkel zijn om ook daadwerkelijk naar die gecontracteerde aanbieders te gaan als de zorgverzekeraar in zijn (model)verzekeringsovereenkomst bepaalt dat hij zorg van niet gecontracteerde aanbieders niet volledig vergoedt (zie art. 13 Zvw). De leden van de VVD-fractie kan worden toegegeven, dat de naturazorgverzekeraars op dit moment nog niet heel selectief contracteren.

De zorgkosten van alle gecontracteerde zorgaanbieders – preferent of niet – tellen op dit moment mee voor de no-claimteruggave, en per 2008 voor het verplichte eigen risico. Zonder deze bij AMvB vorm te geven mogelijk-

heid mogen zij in hun natura polis niet het onderscheid maken dat de zorgkosten van een preferente zorgaanbieder niet of niet geheel meetelt voor de no-claimteruggave en de zorgkosten van een niet preferente zorgaanbieder wel. Met een dergelijke op basis van het voorgestelde artikel 20 vast te stellen AMvB krijgen de zorgverzekeraars in hun natura-polissen wel de mogelijkheid dit onderscheid te maken.

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 imago-schade weegt niet op tegen het premievoordeel dat ertegenover gezet kan worden. Deze leden vragen of de regering hierop nader kan ingaan.

Eind juli is door mij aan de Voorzitter van de Tweede Kamer een viertal door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gepubliceerde rapporten aangeboden. In het rapport «Richting geven aan keuzes» geeft de NZa een beeld van de rol die zorgverzekeraars (kunnen) spelen als intermediair tussen verzekerden en zorgaanbieders; de zorginkoopmarkt.

In het rapport wordt geconcludeerd dat zorgverzekeraars hun rol als kritische inkoper nog niet waar maken. In het NZa-rapport wordt een te sterke (ex-post) verevening van de door zorgverzekeraars behaalde efficiency-winst bij de zorginkoop als één (maar zeker niet als enige) van de achterliggende factoren genoemd. Door de NZa wordt m.b.t. dit punt de aanbeveling gedaan om de ex post correcties in het vereveningssysteem verder af te bouwen. In de aanbiedingsbrief is door mij aangegeven dat de aanbeveling aansluit bij mijn intenties en dat u over de afbouw van de ex post correcties door mijn voorganger in januari bent geïnformeerd. In het Coalitieakkoord is aangekondigd dat de risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt vergroot.

### **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. Daarbij vragen deze leden wanneer de herziene code ter ratificatie is voorgelegd, en hoeveel landen deze inmiddels hebben geratificeerd. Voorts vragen deze leden of de herziene code rechtskracht heeft.

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

De leden van de SGP-fractie zijn benieuwd naar de verdere gang van zaken rond de opzegging van deel VI van de Europese Code. Daarbij vragen zij welke consequenties deze opzegging heeft, of hiervoor nog wetswijziging nodig is en over welke aspecten de regering rond de genoemde uitspraak zich nog beraadt.

Met het onderhavige wetsvoorstel beoogt de regering om een algemeen systeem van eigen betalingen in te voeren in de Zvw. Dit betekent dat arbeidsongevallen en beroepsziekten niet van de toepassing van het verplichte eigen risico zullen worden uitgezonderd. Teneinde het opleggen van eigen betalingen mogelijk te maken, was de opzegging van deel VI (Arbeidsongevallen en beroepsziekten) van de Europese Code inzake sociale zekerheid noodzakelijk. In andere Europese landen levert de invoering van eigen bijdragen of een verplicht eigen risico in de ziektekosten-

verzekering geen verdragsschending op omdat in deze landen, in tegenstelling tot in Nederland, voorzien is in een afzonderlijke verzekering bij arbeidsongevallen en beroepsziekten (het risqué professionnel). De in te voeren eigen bijdragen gelden dan alleen voor de ziektekostenverzekering (risqué social).

Op 13 juli 2007 is de Ministerraad akkoord gegaan met verzending voor advies naar de Raad van State van twee wetsvoorstellen: het wetsvoorstel tot goedkeuring van de opzegging van deel VI van de Europese Code inzake sociale zekerheid en het wetsvoorstel tot goedkeuring van de Europese Code inzake sociale zekerheid (herzien). Beide wetsvoorstellen zullen na ontvangst van het advies van de Raad van State zo spoedig mogelijk bij de Tweede Kamer worden ingediend.

De herziene Europese Code inzake sociale zekerheid is een gemoderniseerde versie van de Europese Code die ook rekening houdt met wetgevingen van staten die, zoals de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving, voorzien in een algemeen systeem van verstrekkingen in geval van arbeidsongeschiktheid en beroepsziekte («risqué social»). De herziene Code is op 6 november 1990 voor ondertekening opengesteld. Behalve Nederland hebben de volgende lidstaten van de Raad van Europa de herziene Code inmiddels ondertekend: België, Cyprus, de Bondsrepubliek Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Italië, Luxemburg, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal, Turkije en Zweden. Tot op heden heeft echter nog geen enkel land de herziene Code daadwerkelijk bekrachtigd. De herziene Code is nog niet in werking getreden, omdat hiervoor de eis geldt dat ten minste twee landen tot bekrachtiging zijn overgegaan. Dit laat overigens onverlet dat Nederland zich zal houden aan de normen van de herziene Code.

De leden van de SGP-fractie zouden graag vernemen welk percentage van de zorgkosten het voorgestelde eigen risico bedraagt.

Naar huidige inschatting worden de totale zorgkosten ten laste van de Zvw in 2008 geraamd op ca. € 33 miljard. Van dit bedrag wordt ca. € 13 miljard door premie opgebracht en € 1,4 miljard door eigen betalingen betreffende het verplichte eigen risico. De rest van de totale zorgkosten wordt opgebracht door de inkomensafhankelijke premie en de Rijksbijdrage. De eigen betalingen bedragen ongeveer 4% van de totale zorgkosten.

### **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. Deze leden vragen of de regering een precieze onderbouwing kan leveren van de verwachte gemiddelde uitgave aan het verplichte eigen risico en de hoogte van de voorgestelde compensatie. Deze leden vragen daarbij wanneer en op basis van welke gegevens dit bedrag definitief zal worden vastgesteld.

De omvang van de compensatie wordt bepaald door de gemiddelde eigen betaling van de niet gecompenseerde verzekerden. Ten tijde van het opstellen van het wetsvoorstel zoals dat voor advies aan de Raad van State is voorgelegd, was de pakketuitbreiding nog niet meegenomen. In de huidige berekening in de memorie van toelichting is deze wel meegenomen. Door de andere invulling van de pakketuitbreiding tandarts wijzigt de compensatie nogmaals, waardoor deze uitkomt op € 47, aangezien de

gemiddelde eigen betaling betreffende het verplichte eigen risico op € 103 uitkomt. Dit geraamde gemiddelde, gebaseerd op historische zorgkosten gecorrigeerd voor veranderingen in de samenstelling van het Zvw-pakket, wordt berekend door te kijken naar de gemiddelde eigen betaling van de groep die geen compensatie ontvangt. De vaststelling hiervan vindt plaats ten tijde van de begroting wanneer de standaardpremie ten behoeve van de zorgtoeslag wordt gekwantificeerd middels vaststelling van het exacte bedrag in een ministeriële regeling.

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.

De enige relatie tussen de risicoverevening en de voorgestelde compensatieregeling is dat gegevens die gebruikt worden voor de risicoverevening ook gebruikt worden voor de voorgestelde compensatieregeling. Het aandeel van de eigen betalingen (€ 1,4 miljard) in de totale financiering van de Zvw (€ 33 miljard) bedraagt ongeveer 4%.

Wat de SP-fractie betreft is het niet juist om mensen met alleen een farmaceutische kostengroep (FKG) «hoog cholesterol» uit te sluiten voor compensatie van het verplichte eigen risico. Het kan zijn dat deze mensen dit te danken hebben aan hun eigen ongezonde levensstijl, maar dat 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 leden van de SGP-fractie zouden graag een nadere motivering zien voor het niet in aanmerking nemen van de FKG «hoog cholesterol».

Alle FKG's, met uitzondering van de FKG «hoog cholesterol», zijn nadrukkelijk gekoppeld aan chronische ziekte of aandoening. Dat is bij de FKG «hoog cholesterol» niet het geval. Daar is de FKG gekoppeld aan het gebruik van een geneesmiddel. Als de FKG «hoog cholesterol» wel meegenomen zou zijn, zou de consequentie zijn dat ook verzekerden worden gecompenseerd voor wie dat niet noodzakelijk is. Om deze reden is de FKG «hoog cholesterol» niet meegenomen. Indien voor de afbakening de FKG «hoog cholesterol» wordt uitgesloten blijven hartpatiënten, die onder die FKG vallen en die bovendien voor hun hartaandoening chronisch medicijnen gebruiken, onder de FKG «hartaandoeningen» vallen. Daarmee ontvangen deze mensen nog steeds een compensatie. Over de wijze waarop zorgverzekeraars gestimuleerd kunnen worden meer aandacht te besteden aan preventie, zal worden ingegaan in de nota die het kabinet over de voornemens op het terrein van de preventie zal uitbrengen.

De regering wil compensatie geven aan verzekerden die veel zorgkosten maken, terwijl het maken van zorgkosten los staat van financiële draagkracht. De leden van de VVD-fractie vroegen naar het waarom hiervoor. De reden voor compensatie van verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten is dat een verplicht eigen risico in de ogen van de regering voor hen onrechtvaardig is, omdat voor hen op voorhand vaststaat dat zij gezien hun gezondheidssituatie elk jaar het verplichte eigen risico zullen volmaken. Deze reden voor compensatie geldt voor alle verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten ongeacht hun financiële draagkracht.

## Afbakening te compenseren groepen

De leden van de CDA-fractie vragen waarom in de uitwerking van mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten alleen rekening wordt 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. Daarbij vragen deze leden of het klopt dat deze groep buiten de compensatie zal vallen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom de regering toch van mening is dat het onderhavige voorstel regelt dat verzekerden meer meerjarige, onvermijdbare zorgkosten worden gecompenseerd.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of de regering de mening deelt dat de reikwijdte van dit afbakeningscriterium te beperkt is, waardoor gehandicapten en mensen die op hulpmiddelen zijn aangevoelen 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 vragen welke structurele oplossing de regering bij de verdere verfijning van het afbakeningscriterium 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 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 verplichte eigen risico.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering bereid is ook ouderen uit te zonderen van het eigen risico of te compenseren, aangezien ouderen gemiddeld hogere zorgkosten hebben.

De leden van de VVD-fractie verschillen 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 FKG-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. Deze leden vragen of de regering hierop in kan gaan.

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 én naar de hoogte van het in een jaar gebruikte zorgbudget. De leden van de SGP-fractie vragen waarom er niet voor een dergelijk gecombineerd systeem is gekozen. Deze leden vragen of kan worden aangegeven in welke richting de rege-

ring het systeem na 2008 verder denkt te gaan verbeteren en wat de criteria zijn 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.

Bij de compensatie gaat het om mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten die hierdoor altijd hun verplicht eigen risico moeten betalen. Veel chronisch zieken en gehandicapten hebben gezien hun gezondheid te maken met langdurige zorgkosten die zij niet kunnen vermijden. Het betreft zorgkosten die niet incidenteel optreden, maar verschillende jaren achtereen en soms levenslang gemaakt moeten worden.

De Raad van State heeft kritiek op de keuze om voor de compensatie aan te sluiten bij bepaalde FKG's. De Raad is van mening dat geen rechtvaardiging is te vinden voor deze keuze omdat andere verzekerden mogelijk in dezelfde situatie verkeren en geen compensatie krijgen.

Het kabinet heeft gezocht naar een criterium dat enerzijds uitvoeringstechnisch hanteerbaar is en anderzijds de beoogde groep zo goed mogelijk voorspelt. In de memorie van toelichting is uitgebreid aandacht besteed aan de verschillende mogelijkheden die zijn onderzocht. De FKG-bestanden zijn de meest bruikbare bestanden voor 2008 die de groep mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten zo goed mogelijk omvat. De FKG's (met uitzondering van de FKG «hoog cholesterol») zijn ontwikkeld als voorspeller van hoge zorgkosten voortkomend uit chronische aandoeningen.

Met toepassing van FKG's wordt zoveel mogelijk vermeden dat verzekerden met incidentele hoge zorgkosten toch in aanmerking komen voor compensatie van het verplichte eigen risico. Daarnaast is een voordeel van het gebruik van FKG's dat farmaceutische zorg doorgaans snel bij de zorgverzekeraars wordt gedeclareerd, omdat in deze sector het elektronische declaratieverkeer op uitgebreide schaal wordt toegepast. Het probleem van nagekomen declaraties, zoals bij de ziekenhuiszorg, doet zich bij de farmacie niet of nauwelijks voor. In de tweede helft van 2008 is dan ook een compleet bestand van in 2006 en 2007 gebruikte farmaceutische zorg bij de zorgverzekeraars beschikbaar. Alleen mensen die onder de FKG's vallen krijgen compensatie voor het verplichte eigen risico onder de Zvw. Mensen die niet chronisch medicijnen gebruiken, vallen inderdaad buiten de compensatie. In antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de ChristenUnie verwijs ik naar de memorie van toelichting waarin ik aangeef dat dit afbakeningscriterium suboptimaal is. Bij de compensatie gaat het om mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten die hierdoor altijd hun verplicht eigen risico moeten betalen. Het is niet zo dat mensen met een chronische ziekte, een handicap of mensen op leeftijd altijd meerjarige, onvermijdbare zorgkosten hebben en dus hun verplicht eigen risico volmaken. Dit is afhankelijk van de zorgkosten die zij maken onder de Zvw. Ik benadruk nogmaals dat de FKG-bestanden de meest bruikbare bestanden voor 2008 zijn die de groep mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten zo goed mogelijk omvat.

Voor de jaren na 2008 zal verfijning plaatsvinden met behulp van meer bestanden van de risicoverevening en andere gegevensbestanden zodat de groep mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten nog beter wordt omvat. Het is daarbij echter niet de bedoeling dat deze structurele oplossing met terugwerkende kracht vanaf 2008 van toepassing wordt. De indeling in de FKG's is naar haar aard geregeld in lagere regelgeving. Omdat in de formele wet niet kan worden verwezen naar een specifieke lagere wettelijke regeling, is omschrijving van de rechthebbenden in de



formele wet niet mogelijk (aanwijzing 78, derde lid, van de Aanwijzingen voor de regelgeving).

De leden van de CDA-fractie merken op dat in het voorliggende wetsvoorstel een nieuwe definitie van «chronisch zieken en gehandicapten» wordt geformuleerd, terwijl nationaal en internationaal gestandaardiseerde definities beschikbaar zijn. Deze leden vragen waarom er niet voor is gekozen om bij die definities aansluiting te zoeken en of dat alsnog mogelijk zal zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen of overleg heeft plaatsgevonden met organisaties van gehandicapten en chronisch zieken om deze regeling vorm te geven. Zo ja, vragen deze leden wat hun oordeel is over de voorgestelde regeling. Zo nee, waarom niet.

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

Er zijn inderdaad ook nationaal en internationaal gestandaardiseerde definities van «chronisch zieken en gehandicapten» beschikbaar, echter nergens staat voor elke Nederlandse ingezetene geregistreerd in hoeverre hij/zij valt onder deze definities van «chronisch zieken en gehandicapten». Voor de uitwerking van de compensatieregeling is hiervan geen gebruik gemaakt, aangezien het voor 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 omvat. Voor de gestandaardiseerde definities is dit niet het geval. Over de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico is overleg geweest met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Cvz, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) en de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad). De patiënten- en cliëntenorganisaties konden wel begrip opbrengen voor het feit dat het lastig was om een hanteerbaar en geautomatiseerd bestand te vinden voor uitvoering van de compensatieregeling in 2008. De NPCF heeft ook een brief naar de Tweede Kamer gestuurd waarin zij heeft aangegeven tegen het verplichte eigen risico te zijn en voor het per 1 januari 2008 invoeren van een vrijwillig eigen risico. Zij is geen voorstander van verplichte eigen betalingen. Tevens pleit zij voor een onafhankelijk onderzoek naar de effectiviteit en toepasbaarheid van systemen van eigen betalingen.

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

In de rapportage «meedoen met beperkingen, rapportage gehandicapten 2007» wordt nagegaan of mensen sociale nadelen ervaren als gevolg van hun beperkingen. De genoemde 1,7 miljoen mensen, zijn mensen met een matige of ernstige beperking. Hier is uitgegaan van een beperking ten opzichte van participatie en niet van het zorggebruik. Het is niet exact vast te stellen hoe groot de overlap tussen beide groepen is. Wanneer naar de FKG's wordt gekeken, kan worden vastgesteld dat mensen die onder de FKG's: «epilepsie, reuma, parkinson, cystic fibrosis/pancreas aandoeningen» vallen veelal ook behoren tot de groep met ernstige beperkingen betreffende participatie.

De leden van de CDA-fractie vragen of overleg heeft plaatsgevonden met organisaties van gehandicapten en chronisch zieken om deze regeling vorm te geven. Zo ja, vragen deze leden wat hun oordeel is over de voorgestelde regeling. Zo nee, waarom niet.

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 FKG, bestaat er dan een bezwaar- en beroepsmogelijkheid over de indeling van personen in het vereveningsstelsel?

Verzekerden worden op grond van hun geneesmiddelengebruik ingedeeld in een FKG. Dit gebeurt op basis van de declaraties die zorgverzekeraars van de verzekerden (vaak via de aanbieder) ontvangen. Om ingedeeld te worden in een FKG, moet een verzekerde minimaal 180 dagdoseringen van een medicijn voor de betreffende chronische ziekte voorgeschreven hebben gekregen. Bij [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl) is een overzicht te vinden van de groepen chronisch zieken die een compensatie zullen ontvangen. Een verzekerde kan zich tot zijn zorgverzekeraar wenden om inzicht te krijgen in de omvang van zijn declaraties die ten grondslag liggen aan de indeling in een FKG. De indeling in een FKG wordt bepaald op basis van de declaratiebestanden.

Indien een verzekerde van mening is dat hem ten onrechte niet het bedrag, genoemd in het voorgestelde artikel 118a Zvw is uitgekeerd, dient de verzekerde hierover een beschikking te vragen bij het CAK-BZ. Het besluit dat het CAK-BZ vervolgens neemt, is een beschikking in de zin van de Awb. Dit betekent dat hiertegen bezwaar kan worden gemaakt bij het CAK-BZ. Indien de verzekerde het niet eens is met de beslissing op bezwaar, kan er beroep bij de rechtbank worden ingesteld.

Verder is er gekozen voor een dubbel meetjaar: iemand moet zowel in 2006 als 2007 hoge kosten voor medicijnen hebben gehad. De leden van de CDA-fractie vragen waarom iemand pas ziek is als hij twee jaar achter elkaar hoge kosten heeft gehad.

Met de voorwaarde dat een verzekerde zowel in 2006 als in 2007 in een FKG dient te zijn ingedeeld, wordt nog beter bereikt dat het gaat om verzekerden die langdurig en onvermijdbaar op zorg zijn aangewezen.

Naar aanleiding van de afbakening van de te compenseren groep hebben de leden van de CDA-fractie een aantal vragen:

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 zorgverzekeraar 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 «chronische 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 slechtzienenden, mensen met een dwarslaesie?
1. De indeling in een FKG wordt bepaald op basis van de declaratiebestanden. Een verzekerde krijgt compensatie indien hij in 2006 en 2007 op basis van de declaratiebestanden en met toepassing van de FKG-definitie voor 2007 in één of meerdere FKG's valt. Dus een verzekerde die in 2006 op basis van de toenmalige systematiek is ingedeeld in de FKG hoog cholesterol kan op basis hiervan ook worden ingedeeld in de FKG glaucoom en daarmee recht hebben op compensatie.
2. Mensen die in een AWBZ-instelling verblijven, waar geneesmiddelen deel uitmaken van de AWBZ-zorgaanspraken, zullen naar verwachting niet onder de FKG's vallen en daardoor niet in aanmerking komen voor een compensatie voor het verplichte eigen risico. Gezien de keuze voor het gebruik van het FKG-criterium is er voor 2008 geen mogelijkheid deze groep verzekerden te compenseren.
3. Deze mensen krijgen geen compensatie voor het verplichte eigen risico onder de Zvw. De FKG-bestanden zijn de meest bruikbare bestanden voor 2008 die de groep mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten zo goed mogelijk omvat. Voor de jaren na 2008 zal verbetering moeten plaatsvinden.

Het CAK zal de compensatie naar 1,6 miljoen mensen overmaken op basis van gegevens, die worden aangeleverd door de zorgverzekeraars. 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 zorgverzekeraar 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?
1. Het CAK heeft geen toegang tot de rekeningnummers van de Belastingdienst of de Belastingdienst/Toeslagen. Zie verder 3.
2. De compensatie wordt overgemaakt op dezelfde rekening als waarvan de premie is betaald. Het CAK zal aangeven welke verzekerde van het paar recht heeft op de compensatie. Het is aan het paar zelf om in de praktijk onderling uit te maken hoe zij met het op de rekening gestorte compensatiebedrag omgaan; dit is niet meer dan logisch als partners voor hun inkomsten en uitgaven (bijvoorbeeld ook de premiebetaling voor hun zorgverzekeringen) één rekening gebruiken.
3. Het CAK zal gebruik maken van de rekeningnummers die de zorgverzekeraars doorgeven. Het CAK zal de verzekerde berichten dat hij/zij voor de compensatie in aanmerking komt. Het CAK zal daarbij meedelen op welk rekeningnummer de compensatie zal worden gestort; de verzekerde kan dan binnen een bepaalde termijn aangeven of de compensatie op een ander rekeningnummer moet worden overgemaakt. Op die manier kunnen bedoelde pijnlijke situaties zo veel mogelijk worden voorkomen.

De leden van de CDA-fractie vragen vanaf welke datum iemand om een beschikking kan vragen en of alle Nederlanders deze beschikking toegestuurd zullen krijgen. Daarbij vragen deze leden of op deze beschikking medische gegevens zullen staan, zoals het zorggebruik of de indeling in FKG's. Zo ja, dan willen zij weten hoe dit zich verhoudt tot de wet op het gebruik van medische gegevens. Zo nee, hoe kan iemand dan op inhoudelijke gronden bezwaar aantekenen?

Niet iedere verzekerde krijgt een brief van het CAK-BZ opgestuurd, dit zou de uitvoeringslasten onevenredig verzwaren. Zodra het CAK-BZ de benodigde gegevens heeft, zal het CAK-BZ de verzekerden *die recht hebben op de uitkering* hiervan op de hoogte stellen middels een brief. Deze brief is een beschikking in de zin van de Awb en zal geen medische gegevens bevatten anders dan het (al dan niet impliciete) gegeven dat de verzekerde in 2006 en 2007 in een FKG (met uitzondering van de FKG «hoog cholesterol») viel. Dat is immers voorwaarde voor de compensatie. Naar verwachting zal het CAK-BZ deze beschikking in het vierde kwartaal uitbrengen.

Indien een verzekerde van mening is dat hem ten onrechte geen uitkering wordt toegekend, kan hij een beschikking aanvragen bij het CAK-BZ. Bij [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl) is een overzicht te vinden van de groepen chronisch zieken die een compensatie zullen ontvangen. Een verzekerde kan zich tot zijn zorgverzekeraar wenden om inzicht te krijgen in de omvang van zijn declaraties die ten grondslag liggen aan de indeling in een FKG. De indeling in een FKG wordt bepaald op basis van de declaratiebestanden. Deze gegevens kan de verzekerde bij zijn aanvraag om een beschikking voegen, of zonodig bij het bezwaarschrift meesturen aan het CAK-BZ. Aangezien het CAK-BZ slechts de gegevens van verzekerden van de zorgverzekeraar krijgt die op basis van de bestanden van de zorgverzekeraar *wel* in een FKG-groep vallen, zal het CAK-BZ bij het behandelen van het verzoek om een beschikking te nemen ook contact op moeten nemen met de zorgverzekeraar of er geen vergissing in het spel is.

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 declaratiebestanden met farmacie-gegevens over een jaar (op basis waarvan de FKG's worden vastgesteld) werden door ziekenfondsen en worden door zorgverzekeraars eenmaal per jaar voor 1 juni van het jaar daarop aan het Cvz aangeleverd. Het is niet zo dat over een jaar meerdere aanleveringen door zorgverzekeraars met verschillende peildata plaatsvinden en dat deze verschillende aanleveringen tot een stroom bezwaar- en beroepsschriften zou kunnen leiden.

In antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie naar het oordeel van het College bescherming persoonsgegevens (CBP) verwijs ik naar de brief die het CBP op 10 augustus 2007 heeft gezonden, en waarvan de vaste commissie VWS in de Tweede Kamer een afschrift heeft ontvangen. Een afschrift van mijn reactie aan het CBP is bijgevoegd<sup>1</sup>.

De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom niet de indicaties uit de Zvw c.q. het Besluit zorgverzekering worden gehanteerd.

Ik merk op dat de gehanteerde oplossing in sterke mate overeenstemt met de door deze leden voorgestelde aanpak. Het verschil is echter dat het hanteren van het criteria «langdurig en in redelijkheid aangewezen zijn op interventie cq een verzekerde prestatie» niet in alle gevallen betekent dat sprake is van hoge kosten. De compensatie van verzekerden dient ook zo

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

weinig mogelijk administratieve lasten mee te brengen. Ook moet de verzekerde bij voorkeur nog in 2008 gecompenseerd worden. Deze argumentatie heeft, zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, geleid tot het keuze van het kabinet om verzekerden die in 2006 en 2007 op grond van hun geneesmiddelengebruik zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep, in het jaar 2008 te beschouwen als verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de regering kan informeren welke aandoeningen vallen onder de FKG's, en hoe een verzekerde dit kan weten. Daarbij vragen deze leden of de regering weet wie nu onder de FKG's vallen, aangezien zorgverzekeraars pas in de tweede helft 2008 een compleet overzicht krijgen.

De aandoeningen die onder de FKG's vallen, die voor de compensatieregeling worden gebruikt, zijn:

- Aandoeningen aan hersenen en ruggenmerg
- Cara
- Cystic fibrosis/pancreasaandoeningen
- Diabetes I en II
- Epilepsie
- Glaucoom
- Groeihormonen
- Hartaandoeningen
- Hiv/aids
- Kanker
- Nieraandoeningen
- Parkinson
- Psychische aandoeningen
- Reuma
- Schildklieraandoeningen
- Transplantaties
- Ziekte van Crohn/colitis ulceros

Een verzekerde weet nu niet (officieel) of hij onder een FKG valt. Daarover wordt hij op het moment niet geïnformeerd. Op basis van het hiervoor gegeven overzicht kan een verzekerde wel een inschatting maken of hij/zij onder een FKG valt. Hierbij moet de verzekerde zich wel realiseren dat hij in 2006 en 2007 geneesmiddelen voor de genoemde aandoening moet hebben gebruikt. Om ingedeeld te worden in een FKG, moet een verzekerde in een kalenderjaar minimaal 180 dagdoseringen van een medicijn voor de betreffende chronische ziekte voorgeschreven hebben gekregen. De regering weet nu niet wie in 2006 en 2007 onder een FKG valt. Dit kan pas na afloop van 2007 worden vastgesteld. Op basis van huidig farmaciegebruik kan de regering wel een inschatting maken van het aantal te compenseren verzekerden.

De leden van de SGP-fractie merken op dat de afbakening aan de hand van FKG's in administratieve zin duidelijk is. Voor de meeste burgers zal een dergelijke afbakening niets zeggen. Deze leden vragen of de keuze van dit systeem wel aan de burgers uit te leggen is. Tevens vragen zij 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 keuze van dit systeem is naar mijn oordeel goed uit te leggen. Alle verzekerden van achttien jaar en ouder hebben een verplicht eigen risico van € 150 per jaar. Bij de compensatie gaat het om mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Daarbij wordt gebruik gemaakt van geau-

tomatiseerde bestanden die deze groep zo dicht mogelijk benaderen. De administratieve lasten voor burgers zijn daarbij zo laag mogelijk gehouden, want de burger hoeft immers geen formulier in te vullen en krijgt de compensatie automatisch op de rekening gestort. Indien een verzekerde van mening is dat hem ten onrechte niet de compensatie is uitgekeerd, kan de verzekerde hierover een beschikking aanvragen bij het CAK-BZ.

### **Compensatie**

De leden van de CDA-fractie merken op dat in het kader van de behandeling van het wetsvoorstel op de zorgtoeslag de regering helder heeft 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 collectiviteitskortingen, kortingen voor extra eigen risico en combinatiekortingen.

Dat klopt. Voor 2007 wordt de standaardpremie bepaald door de gemiddelde nominale premie die verzekerden naar verwachting in het berekeningsjaar voor een zorgverzekering moeten betalen, verminderd met het geraamde gemiddelde bedrag aan no-claimteruggave in het daarop volgende jaar. Uitgegaan wordt van het gemiddelde bedrag van de nominale premies voor een zorgverzekering, dat wordt vastgesteld op basis van de raming van het Centraal Planbureau in de Macro Economische verkenningen. Vanaf 2008 wordt de standaardpremie bepaald door gemiddelde nominale premie te verhogen met het geraamde gemiddelde bedrag dat een niet gecompenseerde verzekerde naar verwachting aan eigen risico betaalt. De gemiddelde nominale premie zal vanaf 2008 op dezelfde wijze worden berekend als in 2007.

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?

In een systeem met een eigen risico wordt in vergelijking met een systeem zonder eigen risico, een gedeelte van de kosten gefinancierd door premie en een gedeelte door opbrengsten uit het eigen risico. Doordat verzekerden zelf een deel van de kosten voor hun rekening nemen, is er een aanzienlijk drukkend effect op de nominale premie van € 109 (voorheen € 115). Hier staat een licht opwaarts effect van € 6 tegenover vanwege de financiering van de compensatie. Als we voorbijgaan aan het gedragseffect van het verplichte eigen risico, heeft per saldo het verplichte eigen risico een drukkend effect op de nominale premie van € 103. Dit bedrag is gelijk aan de gemiddelde eigen betaling van de verzekerden die niet voor compensatie in aanmerking komen. Voor een toelich-

ting op de wijziging van de gemiddelde eigen betaling van € 115 naar € 109 verwijs ik naar de paragraaf Financiële effecten.

Door de huidige invulling wordt de chronisch zieke of gehandicapte gelijk gesteld aan de gemiddelde verzekerde. Niet gecompenseerde verzekerden zijn gemiddeld € 103 kwijt aan eigen betalingen. De verzekerden die een compensatie ontvangen zijn € 150 kwijt en ontvangen € 47 compensatie. Daarmee zijn verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten net zoveel kosten kwijt als de niet gecompenseerde verzekerden gemiddeld ook kwijt zijn.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vroegen waarom is gekozen voor gedeeltelijke compensatie van chronisch zieken en gehandicapten en hoe deze compensatie zich verhoudt tot de afspraak in het Coalitieakkoord om chronisch zieken en gehandicapten van een nieuw systeem van eigen betalingen uit te zonderen.

Voor de regering is het uitgangspunt bij de compensatie dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten niet slechter maar ook niet beter af moeten zijn dan de gemiddelde verzekerde. Bij volledige compensatie zou deze groep verzekerden het gehele bedrag van het verplichte eigen risico vergoed krijgen en daarmee zou deze groep aanzienlijk beter af zijn dan de overige verzekerden, gegeven het feit dat ook de premie wordt verlaagd met het bedrag van de gemiddelde eigen betaling. Om die reden is besloten het verplichte eigen risico te compenseren voor zover dat uitgaat boven de gemiddelde eigen betaling van verzekerden zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Hierbij is er van uitgegaan dat de te compenseren groep verzekerden het maximum van € 150 altijd volmaakt.

Aan de beslissing om de verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten te compenseren in plaats van deze verzekerden uit te zonderen van het verplichte eigen risico, liggen de volgende redenen ten grondslag:

- Compenseren in plaats van uitzonderen belast de uitvoering van het verplichte eigen risico door de zorgverzekeraars het minst. Bij een verplicht eigen risico zonder uitzondering geldt het voor alle verzekerden van achttien jaar en ouder. De zorgverzekeraars hoeven dan voor het verplichte eigen risico geen onderscheid te maken in hun verzekerdenbestand.
- Doordat het verplichte eigen risico voor alle verzekerden van achttien jaar en ouder geldt, is er geen complicatie voor het systeem van risico-verevening. In de verevening hoeft dan geen rekening te worden gehouden met het gegeven of een zorgverzekeraar relatief veel of weinig verzekerden heeft die van het verplichte eigen risico zijn uitgezonderd en daardoor voor de zorgverzekeraar tot minder of meer inkomsten leiden.
- Zonder onderscheid kunnen alle verzekerden van 18 jaar en ouder gebruik maken van de toekomstige mogelijkheid die zorgverzekeraars hebben om het verplichte eigen risico te gebruiken als sturingsinstrument gericht op doelmatige zorgarrangementen en preventieprogramma's.
- Compenseren in plaats van uitzonderen voorkomt overcompensatie van de groep verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten.

De compensatie wordt uitgekeerd door het CAK-BZ. De leden van de fractie van de ChristenUnie vroegen of het CAK-BZ de compensatieregeling ook blijft uitvoeren als de Belastingdienst daartoe op een later moment wel toe in staat is.

Voor de uitvoering van de compensatie is in eerste instantie gedacht aan de Belastingdienst/Toeslagen, aangezien deze dienst ook de zorgtoeslag uitkeert. De Belastingdienst/Toeslagen is echter niet in staat de veranderingen die samenhangen met een dergelijke compensatieregeling het

komende jaar te verwerken. Uit het voorgaande blijkt dat de regering het met de leden van de fractie van de ChristenUnie eens is dat de Belastingdienst/toeslagen eigenlijk de meest aangewezen instantie is voor het uitkeren van de compensatie. Dit ook omdat de verzekerde dan voor zowel de zorgtoeslag als deze compensatie met dezelfde organisatie heeft te maken.

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

In beginsel onderschrijft de regering de mening van de leden van de fractie van de ChristenUnie dat verzekerden zo min mogelijk met verschillende geldstromen zouden moeten worden geconfronteerd. Daarbij moet wel worden bedacht dat de verzekerden die voor compensatie in aanmerking komen, prijs zullen stellen op een bedrag ter compensatie dat als zodanig duidelijk herkenbaar is.

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de ChristenUnie om inzicht te geven in de lasten die met uitvoering door het CAK-BZ gepaard gaan, verwijs ik kortheidshalve naar het antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie.

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.

Momenteel worden de farmacie-gegevens op basis waarvan de FKG's worden afgeleid in de loop van het tweede kwartaal (eind mei, begin juni) aan het Cvz aangeleverd. Vervolgens worden door het Cvz de aangeleverde gegevens op hun kwaliteit beoordeeld en wordt – indien noodzakelijk – door de zorgverzekeraar een nieuwe aanlevering gedaan. De vaststelling van de compensatie van het eigen risico zal op dezelfde cijfers gaan plaatsvinden. Indien er sprake is van gecorrigeerde aanleveringen, is het uiteraard ook wenselijk dat deze gecorrigeerde gegevens gebruikt worden bij de vaststelling van de compensatie van het verplichte eigen risico. Dit betekent dat niet voor het derde kwartaal met de vaststelling van de compensatie kan worden begonnen. Voorzichtigheidshalve is er voor het eerste jaar van uitgegaan dat de uitvoering door zorgverzekeraars en CAK-BZ circa drie maanden in beslag zal nemen. Het is niet uitgesloten dat de praktijk leert dat het allemaal wat sneller kan. In dat geval zal in volgende jaren de uitkering zo mogelijk in het derde kwartaal beschikbaar worden gesteld.

De regering schrijft dat de invoering van het verplichte eigen risico een premiedaling 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-claimteruggave. Deze leden vragen of er ook bij deze vergelijking sprake is van dit verschil, of het verschil dan kleiner of groter is. Voorts vragen zij hoeveel euro onder verder gelijkblijvende omstandigheden de premie in 2008 lager zal zijn dan in 2007.

De leden van de SGP-fractie 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-claimteruggave, verplicht eigen risico – worden meegenomen bij zorgkosten ter hoogte van 0, 150, 255 en 500 euro.

De leden van de SGP-fractie hebben vervolgens enkele vragen bij de berekeningen in de paragraaf inzake Compensatie. Graag zouden zij een toelichting ontvangen over de manier waarop het bedrag van € 115 is



vastgesteld. Daarbij vragen zij welke factoren daarin zijn meegenomen. Dezelfde vraag stellen zij over de verhoging van de premie met € 4.

Omdat de systematiek is veranderd, dient te worden opgemerkt dat de verschillen tussen 2007 en 2008 genuanceerd zijn. De eigen betalingen werden in 2007 vooruitbetaald en waren onderdeel van de premie. In 2007 was de gemiddelde teruggave van de no-claimteruggave € 91. Dit betekent dat gemiddeld € 164 van de no-claimteruggave als eigen betaling geldt. In 2008 volgt de eigen betaling na zorgconsumptie. Doordat is gekozen voor een kleinere eigen betaling (€ 150 < € 164) is het effect op de premie in 2008 kleiner dan in 2007.

In de onderstaande tabellen wordt uitgegaan van gelijkblijvende zorgkosten in 2007 en 2008.

Hieruit wordt duidelijk dat iemand met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten onder een systeem zonder eigen betalingen net zo goed af is als onder een systeem met een verplicht eigen risico en compensatie (per saldo zijn de kosten in beide gevallen € 1012). Iemand met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten is ook net zoveel kosten kwijt als de niet gecompenseerde verzekerde.

#### Gecompenseerde verzekerde

	No-claimteruggave (2007)	Geen eigen betaling***(2007)	Eigen risico = 150
Premie	1 103	1 012	909*
No-claimteruggave	- 0		
Gemiddeld eigen risico			150
Compensatie			47
<b>Totaal</b>	<b>1 103</b>	<b>1 012</b>	<b>1 012</b>

#### Niet gecompenseerde verzekerde

	No-claimteruggave (2007)	Geen eigen betaling***(2007)	Eigen risico = 150
Premie	1 103	1 012	909*
No-claimteruggave	- 105**		
Gemiddeld eigen risico			103
Compensatie			
<b>Totaal</b>	<b>998</b>	<b>1 012</b>	<b>1 012</b>

\* De gemiddelde eigen betalingen van alle verzekerden zorgt voor een verlaging van de premie met € 109. Door de compensatie gaat deze weer met € 6 omhoog, wat leidt tot een premie in 2008 bij gelijkblijvende zorgkosten van € 909 (1012-109+6).

\*\* De gemiddelde teruggave voor 2007 bedraagt € 91 voor alle verzekerden. Daarmee rekening houdend, worden de totale kosten € 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 de gehele no-claimteruggave in 2007 volmaken (no-claimteruggave = 0) betekent dit dat de groep niet gecompenseerde verzekerden gemiddeld 105 euro terugontvangen.

\*\*\* Voor de eenvoud en vergelijkbaarheid zijn een tweetal keuze gemaakt. Ten eerste is het gedrageffect niet meegenomen. Dit zou in de situatie van geen eigen betalingen leiden tot een hogere premie. Daarnaast is de pakketuitbreiding louter meegenomen in de bepaling van de opbrengsten van het eigen risico.

		2007	2007/2008	2008	2008
		No claim	Geen eigen betalingen	ER = 150 geen comp	ER = 150 wel comp
Zorgkosten € 0	Premie	1103	1012	909	909
	No claim teruggave	-255			
	Eigen betalingen			0	0
	Compensatie				0
	<b>Totaal</b>	<b>848</b>	<b>1012</b>	<b>909</b>	<b>909</b>

  

		2007	2008	ER = 150	ER = 150
		No claim	Geen eigen betalingen	geen comp	wel comp
Zorgkosten € 150	Premie	1103	1012	909	909
	No claim teruggave	-105			
	Eigen betalingen			150	150
	Compensatie				-47
	<b>Totaal</b>	<b>998</b>	<b>1012</b>	<b>1059</b>	<b>1012</b>

  

		2007	2008	ER = 150	ER = 150
		No claim	Geen eigen betalingen	geen comp	wel comp
Zorgkosten € 255	Premie	1103	1012	909	909
	No claim teruggave	0			
	Eigen betalingen			150	150
	Compensatie				-47
	<b>Totaal</b>	<b>1103</b>	<b>1012</b>	<b>1059</b>	<b>1012</b>

  

		2007	2008	ER = 150	ER = 150
		No claim	Geen eigen betalingen	geen comp	wel comp
Zorgkosten € 500	Premie	1103	1012	909	909
	No claim teruggave	0			
	Eigen betalingen			150	150
	Compensatie				-47
	<b>Totaal</b>	<b>1103</b>	<b>1012</b>	<b>1059</b>	<b>1012</b>

## Financiële aspecten

De regering gaat ervan uit dat de invoering van het eigen risico leidt tot een besparing van € 0,2 miljard per jaar. De leden van de CDA-fractie ontvangen graag een empirische onderbouwing van dat bedrag. 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.

Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie of bij de berekeningen van de opbrengsten van het eigen risico rekening is gehouden met het feit dat er geen sprake is van «boter bij de vis». Zo neen, vragen deze leden welk effect dit volgens de regering dan alsnog heeft op de opbrengsten.

Zoals ik eerder heb geantwoord geeft het CPB in zijn notitie «Indicatie van effecten Financieel kader 2008–2011» aan dat een eigen risico van € 150 tot eenzelfde besparing (€ 0,2 miljard) leidt als de no-claimteruggave van € 255. Het gedragseffect onder de no-claimteruggave staat op de VWS begroting ingeboekt als een besparing van € 170 miljoen. De uitkomsten van de eerste evaluatie van de no-claimteruggave geven een aanwijzing dat het geraamde gedragseffect zich heeft voorgedaan. Het CPB gaat uit van een constant gedragseffect wanneer de no-claimteruggave van € 255 wordt vervangen door een verplicht eigen risico van € 150.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering kan verklaren wat de vrijstelling voor het eigen risico betekent aangaande de bekende opbrengsten van het eigen risico t.a.v. de jeugd tandzorg.

De vrijstelling van de jeugd tandzorg voor het eigen risico heeft geen negatieve invloed op de opbrengsten betreffende het gedragseffect,

aangezien bij de berekening van deze opbrengsten door het CPB geen rekening is gehouden met de pakketuitbreiding. Wanneer wordt gekeken naar het financieringseffect, heeft de invulling van de pakketuitbreiding tot gevolg dat de geraamde opbrengsten ten opzichte van de memorie van toelichting iets terug lopen. In het wetsvoorstel zoals gezonden aan de Raad van State was geen rekening gehouden met de pakketuitbreiding. De pakketuitbreiding van de preventieve tandarts en de pil is wel meegenomen in de memorie van toelichting, hetgeen leidt tot een verhoging van de opbrengsten. Doordat is besloten de preventieve tandzorg uitsluitend tot 22 jaar onder de basisverzekering te laten vallen en uit te sluiten van het verplichte eigen risico, leidt dit tot een kleine afname van de geraamde opbrengsten betreffende het verplichte eigen risico.

	Ingediend wetsvoorstel bij Raad van State	Ingediend wetsvoorstel bij de Tweede Kamer	Huidige situatie
Gemiddelde eigen betalingen alle verzekerden	98	115	109
Gemiddelde eigen betalingen niet gecompenseerde verzekerden	91	110	103
Compensatie	59	40	47

De leden van de CDA-fractie verzoeken 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. De leden van de PvdA-fractie vragen hoeveel administratieve lasten zijn gemoeid met de uitvoering door het CAK en of de regering precies kan aangeven wat de uitvoeringskosten van het CAK zijn. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering tevens kan 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.

Het is nu nog niet precies bekend welk bedrag het CAK-BZ jaarlijks zal krijgen voor de uitvoering van de compensatiemaatregel. Wat wel bekend is, is dat – uigande van ca. 1,6 miljoen personen die een compensatie zullen gaan ontvangen – het CAK-BZ de kosten van uitvoering (toesturen beschikking en kosten overmaking bedrag) raamt op ca. € 1,5 miljoen. Naar verwachting zullen er bijkomende kosten zijn, zoals het herstel van de gevolgen 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. Vooralsnog wordt uitgegaan van ca. € 1,0 miljoen. Deze laatste post zal op basis van nacalculatie (daadwerkelijk opgetreden kosten) aan het CAK-BZ worden vergoed.

Het CAK-BZ kan op basis van een bestand dat de zorgverzekeraars aanleveren de compensatie uitkeren, hierdoor zijn de verwachte uitvoeringslasten zo laag mogelijk. De kosten voor compensatie en de beheerskosten worden vergoed uit het Zorgverzekeringsfonds en zullen neerslaan in de premie. De compensatie aan 1,6 miljoen personen en de uitvoeringskosten worden geraamd op € 78 miljoen (zie onderstaande tabel) en leidt tot een premie mutatie van € 6 per verzekerde.

Ten tijde van de invoering van de no-claimteruggave in het ziekenfonds is geraamd dat de totale administratieve lasten voor een verplicht eigen risico in het ziekenfonds zou leiden tot lasten à € 18 miljoen. Aangezien de ziekenfondspopulatie 2/3e van de totale populatie is, worden de adminis-

tratieve lasten voor de uitvoering van het verplichte eigen risico geraamd op € 27 miljoen.

Het effect voor de burgers is naar verwachting 1,4 miljoen uur (8 miljoen verzekerden à 10 minuten) incidentele lasten om de regeling te lezen en te interpreteren. Daarnaast bestaan de structurele lasten voor burgers uit het jaarlijks kennismaken van de zorgconsumptie, die leidt tot een betaling van het verplichte eigen risico. Echter is dit in de huidige situatie met de no-claimteruggave niet anders.

---

Opbrengst eigen betalingen eigen risico	€ 1,4 miljard
Besparing op de zorgkosten (gedragseffect)	€ 0,2 miljard
Totale kosten voor de compensatie a € 47 per verzekerde	€ 75 miljoen
Beheerskosten CAK	€ 2,5 miljoen

---

De leden van de CDA-fractie vragen welke andere effecten dit wetsvoorstel nog meer heeft op de rijksbegroting, de totale uitgaven en het EMU-saldo.

Invoering van het eigen risico verlaagt de collectieve lasten met € 1,2 miljard. De leden van de PvdA-fractie vragen of ook is aan te geven wat het effect op het EMU-saldo is.

De invloed die een «eigen betalingen systematiek» heeft op de collectieve lasten is afhankelijk van de situatie waarmee deze wordt vergeleken. Wanneer wordt vergeleken met een situatie zonder eigen risico leidt dit tot een verlaging van de collectieve lasten van € 1,5 miljard (= totale opbrengsten van de eigen betalingen à € 1,4 miljard + gedragseffect à € 0,2 miljard – kosten compensatie à € 0,1 miljard). Echter, wanneer wordt vergeleken met 2007 (no-claimteruggave) leidt de invoering tot een lastenverzwaring van € 0,8 miljard. Dit komt doordat in vergelijking met vorig jaar door een beperktere eigen betaling een verschuiving plaatsvindt naar meer collectieve financiering van de kosten. Dit heeft geen effect op het EMU-saldo.

Omdat is gekozen om de compensatieregeling te financieren binnen de premie en deze zorgtoeslageneutraal is, zijn de effecten op de rijksbegroting minimaal. De verhoging van de premie vanwege de kosten voor compensatie zorgen voor een kleine verhoging van de rijksbijdrage van de kinderen van circa € 15 miljoen.

### **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 fractie van de PvdA vragen waarom door de gekozen wijze van compensatie de uitvoering door zorgverzekeraars het minst wordt belast. Daarbij vragen deze leden of aangegeven kan worden wat de belasting is van de uitvoering en wat de verschillen inhouden. Voorts vragen zij wat hiervan de organisatorische en financiële gevolgen zijn voor zorgverzekeraars en of de regering hier onderzoek naar heeft gedaan.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de regering kan aangeven hoe een chronisch zieke of gehandicapte die geen eigen risico betaalt

voordeel kan hebben van vrijstelling van eigen risico door zorgverzekeraars bij preventieprogramma's.

De leden van de fractie van de PvdA vragen voorts wat de kosten zijn voor zorgverzekeraars wanneer zij op grond van de bij hen bekende patiëntgebonden gegevens over geneesmiddelengebruik in hun administratie een voorziening treffen om geen risico te verevenen. Daarbij vragen zij wat per verzekerde de meerkosten qua administratie zijn van iemand met een verplicht eigen risico en zonder een eigen risico.

De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit blijkt dat de uitvoering van de no-claimteruggave minder administratieve lasten met zich meebrengt dan de regeling van het eigen risico. Daarbij vragen zij of de regering inzicht kan 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. De leden van de PvdA-fractie vragen of kan worden aangegeven, 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 Actal zijn t.a.v. de administratieve lasten en in hoeverre dat het door Actal uitgebrachte advies beïnvloedt.

De leden van de fractie van de Christenunie vragen de geringe effecten voor de administratieve lasten van verzekerden nader te onderbouwen. 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?

Actal is van mening dat door het wetsvoorstel de administratieve lasten voor bedrijven en burger substantieel zullen stijgen. Hierbij verwijst Actal naar vroegere berekeningen bij de invoering van de no-claimteruggave die destijds is vergeleken met de invoering van een systeem van eigen risico en eigen bijdrage. Ook vindt Actal dat onvoldoende inzichtelijk is gemaakt of voor de invoering van het wetsvoorstel de zorgverzekeraars zijn geconsulteerd en verwacht het dat de huidige invoeringsdatum van 1 januari 2008 te snel is om gereed te zijn met de nodige aanpassingen. Actal adviseert de structurele en incidentele administratieve lasten voor bedrijven en burgers in beeld te brengen en hierbij gebruik te maken van het Standaardkostenmodel.

Een verplicht eigen risico is door de zorgverzekeraars per 1 januari 2008 goed uitvoerbaar. De ICT-systemen van zorgverzekeraars kennen immers al een vrijwillig eigen risico. De vroegere berekeningen waarnaar Actal verwijst zijn gemaakt bij de invoering van de no-claimteruggave onder de Zfw. Deze berekeningen kunnen niet zomaar worden gebruikt voor de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico onder de Zvw. De ICT-systemen van ziekenfondsverzekeraars kenden bij de invoering van de no-claimteruggave immers geen vrijwillig eigen risico.

Door de gekozen wijze van compensatie wordt de uitvoering door zorgverzekeraars het minst belast. Doordat het verplichte eigen risico zonder uitzondering geldt voor elke verzekerde van achttien jaar en ouder, hoeven zij voor het verplichte eigen risico geen onderscheid te maken in hun verzekerdenbestand. Doordat het verplichte eigen risico voor alle

verzekerden van achttien jaar en ouder geldt, is er ook geen complicatie voor het systeem van risicoverevening. Er hoeft immers in de verevening geen rekening te worden gehouden met het feit dat een zorgverzekeraar relatief veel of weinig verzekerden heeft die van het verplichte eigen risico zijn uitgezonderd en als gevolg daarvan voor de zorgverzekeraar voor minder of meer inkomsten zorgen. Ook kunnen alle verzekerden gebruik maken van de toekomstige mogelijkheid die zorgverzekeraars hebben om het verplichte eigen risico in te zetten als sturingsinstrument gericht op doelmatige zorgarrangementen en preventieprogramma's. Juist doordat er compensatie plaatsvindt in plaats van dat chronisch zieken of gehandicapten bij het verplichte eigen risico door zorgverzekeraars worden uitgezonderd, kunnen chronisch zieken of gehandicapten een voordeel hebben van vrijstelling van het verplichte eigen risico door zorgverzekeraars bij doelmatige zorgarrangementen en preventieprogramma's.

Wat betreft de meerkosten qua administratie van iemand zonder een verplicht eigen risico en met een eigen risico en de wijze van inning van een eigen risico, het volgende. Bij een verzekerde zonder verplicht eigen risico hoeft het eigen risico niet geïnd te worden. Dit betekent dat de zorgverzekeraar niet met de verzekerde hoeft te communiceren over de vulling van het eigen risico. Bij een verzekerde met een verplicht eigen risico is dit wel het geval. De uitvoeringslast wordt dan vooral bepaald door het aantal keer dat de zorgverzekeraar met verzekerden daarover communiceert. Indien het verplichte eigen risico in een keer na afloop van het kalenderjaar door de zorgverzekeraar wordt afgerekend (tot 2006 veelal gebruikelijk bij particuliere ziektekostenverzekeraars) vallen de uitvoeringskosten mee. Indien het verplichte eigen risico periodiek bij verzekerden in rekening wordt gebracht om liquiditeitsproblemen te voorkomen, zijn de uitvoeringskosten hoger. In de toekomst zal er een inderdieneffect zijn door besparing van het terugvorderen van onterecht uitgekeerde no-claimteruggaven.

Naar aanleiding van de opmerkingen van Actal is in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel meer uitgeschreven wat de betekenis is van het wetsvoorstel op de administratieve lasten voor de verschillende partijen. Daarbij is gekozen voor een kwalitatieve beschrijving, aangezien vanuit kwalitatief oogpunt al geconcludeerd kan worden dat een verplicht eigen risico met een compensatieregeling per 1 januari 2008 met de minste uitvoeringskosten en administratieve lasten is in te voeren.

Ook vindt Actal dat de gekozen afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten haaks staat op de doelstelling om de administratieve lasten te beperken. Hiermee doelt Actal op het feit dat de groep mensen die compensatie krijgt in 2009 kan verschillen van 2008.

Actal adviseert te voorkomen dat de administratieve lasten voor de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten toeneemt.

Ik zie het feit dat de groep mensen die compensatie krijgt in 2009 kan verschillen van 2008 niet als administratieve last, maar als een regelrecht gevolg van de toepassing van criteria. Het kan niet de bedoeling zijn dat een verzekerde die in 2008 voor compensatie in aanmerking komt, dat blijft komen, ook al voldoet hij niet meer aan de criteria voor compensatie. De administratieve lasten zijn voor burgers zo laag mogelijk gehouden. De burger hoeft geen formulier in te vullen en krijgt de compensatie automatisch op de rekening gestort.

Actal constateert dat er onvoldoende aandacht is besteed aan alternatieven, die mogelijk minder administratieve lasten voor het bedrijfsleven en voor burgers opleveren. Daarbij constateert Actal dat ik niet heb gekozen voor het minst belastende alternatief.

Actal adviseert binnen het doel van de wet en in de uitvoering alternatieven in beeld te brengen die minder administratieve lasten veroorzaken en bedrijven en burgers hierbij te betrekken.

De uitvoerbaarheid en de hoeveelheid administratieve lasten is juist bepalend geweest in de keuze voor een verplicht eigen risico per 1 januari 2008. De systemen van de zorgverzekeraars zijn al ingesteld op een eigen risico, vanwege de keuzemogelijkheid van een vrijwillig eigen risico die de Zvw biedt. De systemen van de zorgverzekeraars zijn niet ingesteld op eigen bijdragen die in principe voor alle verzekerde zorgprestaties gelden; invoering van een algemeen eigen bijdragensysteem zou majeure aanpassingen vereisen die niet per 2008 zijn door te voeren.

Nu in de memorie van toelichting de betekenis van het wetsvoorstel ten aanzien van de administratieve lasten voor de verschillende partijen meer is uitgeschreven, is Actal niet nogmaals gevraagd haar opvattingen te geven ten aanzien van de administratieve lasten.

Wat betreft de onderbouwing van de geringe effecten voor de administratieve lasten van verzekerden, het volgende. Verzekerden hebben op dit moment te maken met de no-claimteruggaveregeling. Bij vervanging van de no-claimteruggaveregeling door een verplicht eigen risico zullen verzekerden de nieuwe regeling dienen te lezen en te interpreteren. Daarnaast zullen verzekerden jaarlijks kennismaken van de zorgconsumptie, die leidt tot een betaling van het verplichte eigen risico. De grootte van de doelgroep die kennis neemt van de zorgconsumptie en daarmee de betaling verricht, zal bestaan uit het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder, verminderd met de groep die de maximale no-claimteruggave heeft gehad. Het betreft hier geen toename van de administratieve lasten, omdat een en ander gelijk blijft ten opzichte van de situatie van de no-claimteruggave. Daarbij zijn zoals eerder geschreven de administratieve lasten bij de compensatieregeling ook zo laag mogelijk voor burgers gehouden; burgers hoeven geen formulier in te vullen, maar krijgen de compensatie, als zij daarvoor in aanmerking komen, automatisch op de rekening gestort.

De leden van de PvdA-fractie vragen of nu de jeugdtandzorg tot 22 jaar is vrijgesteld van het verplichte eigen risico, of zorgverzekeraars voor het verplichte eigen risico geen onderscheid in hun verzekerdenbestand hoeven te maken.

Uitsluitend verzekerden tot 22 jaar hebben recht op jeugdtandzorg. Verzekerden van 22 jaar en ouder hebben geen recht op deze zorgvorm. De door de Kamer gewenste vrijstelling van het verplichte eigen risico geldt uitsluitend voor de jeugdtandzorg. Dit betekent dat de vrijstelling van het verplichte eigen risico is gekoppeld aan de zorgvorm en niet aan een leeftijdsgrens in het verzekerdenbestand. Zorgverzekeraars hoeven daarom voor deze vrijstelling van het verplichte eigen risico geen onderscheid te maken in hun verzekerdenbestand. Overigens heeft de uitzondering enkel betrekking op de reguliere jeugdtandzorg en niet op de reeds voor deze groep in het pakket opgenomen kaakchirurgie met bijbehorend röntgenonderzoek, de volledige gebitsprothese en de bijzondere tandheelkunde.

De uitkering die dient ter compensatie voor het verplichte eigen risico wordt door het CAK-BZ uitgevoerd. De leden van de PvdA-fractie vroegen in hoeverre het CAK is voorbereid op de uitkering van de compensatie. De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre het CAK-BZ er op voorbereid is om de compensatie voor het verplichte eigen risico uit te keren.

Met onder meer het CAK-BZ is de afgelopen periode overleg gevoerd over de uitvoering van de compensatieregeling. Daarbij heeft de directie van het CAK-BZ gemeld dat het CAK-BZ in staat zal zijn deze compensatieregeling uit te voeren. Het CAK-BZ is uiteraard nog bezig met de voorbe-

reidingen. Het wetsvoorstel waarin de compensatie door het CAK-BZ wordt geregeld, moet immers nog door de Kamer worden behandeld. Omdat het CAK-BZ de eerste compensatie in het vierde kwartaal van 2008 zal uitkeren, is er nog voldoende voorbereidingstijd. In dit stadium wordt in het bijzonder bezien op welke wijze de gegevensaanlevering door de zorgverzekeraars aan het CAK-BZ in de praktijk dient te gaan plaatsvinden. Met het oog hierop vinden de komende tijd besprekingen plaats tussen medewerkers van mijn departement, het CAK-BZ, ZN en Vektis.

De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd om aan te geven hoe de aan concentratie van medische persoonsgegevens verbonden risico's kunnen worden ondervangen. Ook de leden van de VVD-fractie hebben gevraagd hier meer uitgebreid en systematisch op in te gaan. Daarbij vragen leden van de VVD-fractie en SGP-fractie in te gaan op de keuze voor het onderbrengen van deze taak bij het CAK.

Het CAK-BZ heeft reeds taken in het kader van de AWBZ en de Wmo. Het stelt eigen bijdragen op grond van die wetten vast en int deze, en daarnaast bevoorschot en betaalt het de AWBZ-zorgaanbieders voor de door hen geleverde zorg. Het CAK-BZ heeft aangegeven de compensatieregeling te kunnen uitvoeren. In eerdere instantie is gedacht aan uitvoering door de Belastingdienst/Toeslagen, aangezien de Belastingdienst ook de zorgtoeslag uitvoert. De Belastingdienst/Toeslagen heeft echter aangegeven niet in staat te zijn om het komende jaar de compensatieregeling uit te voeren. Het kabinet heeft daarom gekozen voor een uitvoering door het CAK-BZ. Tussen het CAK en de Belastingdienst bestaat al jaren een goede samenwerking.

Op zichzelf kunnen aan verwerking van persoonsgegevens risico's verbonden zijn. Dat is in het bijzonder het geval als het gaat om medische persoonsgegevens. Verwerking van dergelijke gegevens dient dan ook te voldoen aan het bepaalde in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Eén van de in het kader van die wet te beoordelen vragen is of het beoogde doel ook kan worden bereikt op een manier die de privacy van de burgers minder belast. Dat is niet het geval. Zoals hiervoor is uiteengezet kan het beoogde doel thans niet worden bereikt zonder inschakeling van het CAK. Het CAK heeft ten behoeve van de uitvoering van de AWBZ en de Wmo eveneens de beschikking over persoonsgegevens, zodat zich inderdaad enige concentratie voordoet. Daarbij zij allereerst opgemerkt dat de te verwerken persoonsgegevens worden beperkt tot die gegevens die voor het realiseren van het beoogde doel noodzakelijk zijn. Deze zullen bij ministeriële regeling worden vastgelegd, zodat omtrent de te verwerken gegevens optimale duidelijkheid bestaat. Voorts is het CAK bij de verwerking van persoonsgegevens uiteraard gebonden aan de Wbp. Die wet is specifiek gericht op het beheersen van de in de vraag bedoelde risico's. Op grond van artikel 13 van die wet is het CAK gehouden om zodanige technische en organisatorische maatregelen te treffen, dat persoonsgegevens beveiligd zijn tegen verlies en onrechtmatige verwerking. Deze beveiligingsmaatregelen moeten een passend beveiligingsniveau garanderen en zijn afgestemd op de risico's van de verwerking en de aard van de te beschermen gegevens. Zonodig kunnen krachtens artikel 118a, vierde lid, nadere regels worden gesteld. Alles overziende wordt hiermee een adequate en zorgvuldige wijze van gegevensverwerking gerealiseerd.

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, zo vragen deze leden.



Vanwege de tijdsdruk waaronder dit wetsvoorstel moest worden voorbereid, waren in de versie van het concept-wetsvoorstel die in april aan Actal is voorgelegd de administratieve lasten nog niet voldoende in beeld gebracht. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel dat bij de Kamer is ingediend, zijn de administratieve lasten uitgebreid in kaart gebracht. Daarbij zijn ook de inverdieneffecten genoemd die bij de zorgverzekeraars optreden door het afschaffen van de no-claimteruggave. De uitkomst is dat de administratieve lasten verantwoord zijn gezien het doel van het wetsvoorstel.

Anders dan de leden van de SP-fractie stellen was het advies van de Raad van State het wetsvoorstel niet bij de Kamer in te dienen «dan nadat met de opmerkingen in het advies rekening was gehouden».

Zoals ik in het nader rapport heb vermeld, heeft het advies van de Raad van State ertoe geleid dat het kabinet zich nogmaals over het – op een aantal punten bijgestelde – wetsvoorstel heeft beraden en dit heeft afgezet tegen de politieke doeleinden afgesproken in het Coalitieakkoord. Na deze nieuwe afweging heeft het kabinet geconcludeerd dat het vasthoudt aan het voorgestelde systeem van een verplicht eigen risico met compensatie voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten.

De leden van de SP-fractie vragen de twijfel weg te nemen over de privacygevoeligheid van de FKG's.

Voor de compensatie is het criterium of de verzekerde gebruik maakt van geneesmiddelen die behoren tot een bepaalde farmaceutische kostengroep. Uiteraard is aan een compensatie die zich specifiek richt op verzekerden met een bepaald medisch kenmerk, inherent dat kan worden vastgesteld of dat kenmerk op de verzekerden van toepassing is. Bij de verstrekking van gegevens aan het CAK zal echter niet mogen worden gedifferentieerd om welke FKG-groep het specifiek gaat (met dien verstande dat mensen met alleen een FKG «hoog cholesterol» worden uitgezonderd), aangezien dat niet noodzakelijk is voor het beoogde doel. De verstrekking van gegevens beperkt zich binnen het gegeven uitgangspunt derhalve tot het hoogst noodzakelijke. Voorts zijn op de gegevensverwerking, zoals hiervoor is toegelicht, regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van toepassing.

## **ARTIKELEN**

### **Artikel 18a (tweede lid)**

Naar aanleiding van de vraag van de leden van fractie van de PvdA merk ik op dat met het begrip «zorggebonden bijdrage» bedoeld is op een bijdrage per zorgvorm, zoals de door deze leden genoemde eigen bijdrage voor ziekenvervoer of bij hulpmiddelen.

### **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 dezelfde 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. De leden

van de CDA-fractie vragen of het niet logischer is om dan vast te stellen dan € 100 binnen het eigen risico valt of om vast te stellen dat 2% van de kosten van de DBC binnen het eigen risico valt?

De mogelijkheid bij AMvB vormen van zorg aan te wijzen waarvan de kosten buiten het (vrijwillige) eigen risico vallen, is bij de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet toegevoegd aan de Zvw. De aanleiding hiervoor was het inschrijvingstarief van de huisarts buiten het (vrijwillige) eigen risico te laten, om te voorkomen dat verzekerden met een vrijwillig eigen risico zich pas bij een huisarts zouden inschrijven op het moment dat ze daadwerkelijk zorg nodig hebben. Dit is gerealiseerd in artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering. Tevens werd de mogelijkheid gecreëerd om dit voor andere vormen van zorg ook mogelijk te maken (Kamerstukken II, 2004/05, 30 124, nr. 3, p. 29 e.v.). Van deze mogelijkheid is tot op heden geen gebruik gemaakt. Het rekenvoorbeeld geeft aan dat door de wijze van formuleren een onwenselijke situatie kan ontstaan. De formulering van artikel 20, onderdeel a, van het wetsvoorstel wordt aangepast bij bijbevoegde nota van wijziging.

Op welke wijze en wanneer, zo vragen de leden van de PvdA-fractie, kunnen verzekerden weten welke zorgvormen onder het eigen risico vallen? De verzekerde kan dat te weten komen door de regelgeving te raadplegen – de wetgever kan immers bepalen dat bepaalde vormen van zorg niet meetellen voor het verplicht of een vrijwillig eigen risico – maar ook door in zijn polis te kijken. De zorgverzekeraar dient de regels van de overheid op dit punt namelijk in de polis te verwerken. Bovendien kan ook de zorgverzekeraar zelf nog besluiten vormen van zorg buiten het vrijwillig en – nadat de AMvB ex artikel 20 getroffen zal zijn – het verplichte eigen risico te laten vallen. Dat moet hij dan in de polis aangeven.

## **Artikel 20**

/

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?

In artikel 11, derde lid, Zvw is bepaald dat bij AMvB vormen van zorg of diensten kunnen worden aangewezen waarvoor een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt. Artikel 11, vierde lid, onderdeel c, Zvw geeft aan dat er dan bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor eigen rekening komt. Het voorgestelde artikel 23, tweede lid, Zvw geeft aan dat bedragen die voor rekening van de verzekerde blijven op grond van artikel 11, derde of vierde lid, niet ook worden betrokken bij het verplichte eigen risico. Met andere woorden deze kosten van zorg op grond van artikel 11 dienen wel door de verzekerde te worden betaald, maar ze worden niet afgetrokken van het verplichte eigen risico; dat blijft dus € 150. Het resterende bedrag wordt wel afgetrokken van het eigen risico.

Ik wil het bovenstaande graag verhelderen met een rekenvoorbeeld: Stel dat voor een bepaalde vorm van zorg is bepaald dat voor die vorm van zorg een eigen bijdrage van € 85 geldt. Indien de rekening van deze vorm van zorg in totaal € 130 bedraagt, dient een verzekerde € 85 zelf te betalen. De resterende kosten vallen onder het eigen risico. Indien de

verzekerde zijn eigen risico nog niet heeft aangesproken, komt er € 130 – € 85 = € 45 ten laste van het verplichte eigen risico. Er staat dan nog € 150 – € 45 = € 105 van het verplichte eigen risico open. Indien de verzekerde daarna naar de dermatoloog moet en de rekening € 300 bedraagt, wordt dat ten laste van het resterende bedrag (€ 150 – € 45 = € 105) van het verplichte eigen risico gebracht. Voor het bezoek aan de dermatoloog dient de verzekerde dan € 105 zelf te betalen, de overige kosten van de dermatoloog (€ 300 – € 105 = € 195) komen voor rekening van zijn zorgverzekeraar. De verzekerde heeft dat jaar geen verplicht eigen risico meer over.

Het voorgestelde artikel 18a, tweede lid, creëert de mogelijkheid om voor eigen bijdragen bij AMvB te bepalen dat er een vast gedeelte ten laste komt van het verplichte eigen risico, maar in tegenstelling tot het bovenstaande, het resterende bedrag niet ten laste komt van het verplichte eigen risico. Het volgende voorbeeld geeft aan dat dit een wezenlijk verschil is. Stel dat bij AMvB wordt bepaald dat op grond van het voorgestelde tweede lid van artikel 18a voor dermatologie een vast bedrag van € 50 wordt vastgesteld. De verzekerde in het bovenstaande rekenvoorbeeld had nog een eigen risico van € 105. Er komt dan € 50 voor rekening van de verzekerde en de verzekerde heeft nog een eigen risico over van € 105 – 50 = € 65. Zijn zorgverzekeraar betaalt nu € 300 – € 50 = € 250 van de rekening van de dermatoloog.

#### *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.

Bij het bepalen van de compensatie is het uitgangspunt geweest dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare kosten niet slechter af zijn dan de gemiddelde verzekerde (bij het vaststellen van dit bedrag wordt de groep met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten niet meegerekend). Dit wordt bereikt door deze groep te compenseren tot het bedrag dat de verzekerden gemiddeld kwijt is aan het verplichte eigen risico. Het volledig uitsluiten voor het verplichte eigen risico zou de groep met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten in een gunstigere positie brengen dan de gemiddeld gezonde of zieke Nederlander. Verzekerden die minder zorg gebruiken zouden dan financieel slechter af zijn. Dit is vanuit het oogpunt van solidariteit niet wenselijk. Hierdoor zijn verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten net zoveel kwijt als de niet gecompenseerde verzekerden gemiddeld ook kwijt zijn.

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 – vragen zij zich af of het gerechtvaardigd is om de langdurig zieken onder hen geen compensatie te bieden. Graag ontvangen zij hierop een toelichting.

Het verplichte eigen risico zal voor gemoedsbezwaarden niet gelden. Aangezien het verplichte eigen risico niet geldt voor gemoedsbezwaarden, komen gemoedsbezwaarden ook niet in aanmerking voor compensatie.

## **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.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de beantwoording in de paragraaf over de afbakening van te compenseren groepen.

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.

Het ligt inderdaad meer voor de hand om rekening te houden met het geraamde bedrag dat betrekking heeft op het jaar waarover de compensatie zal worden terugbetaald. De tekst van artikel 118a, eerste lid, van het wetsvoorstel wordt bij bijgevoegde nota van wijziging aangepast. In het vierde lid van artikel 118a van het wetsvoorstel is de mogelijkheid opgenomen om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen. De redactie van het vierde lid is mede ten behoeve van de consistentie van wetgeving in belangrijke mate afgestemd op artikel 87, zesde lid van de Zvw. Op grond van het voorgestelde artikel 118a, vierde lid, zal in elk geval (op basis van onderdeel a) worden bepaald dat FKG-gegevens, het sofi-nummer/bsn en het bank- of girorekeningnummer aan het CAK worden verstrekt. Of het voor de overige gebieden waarover op grond van de andere onderdelen van het vierde lid regels kunnen worden gesteld, ook noodzakelijk is dat te doen, zal nader worden bezien.

## **Artikel 124**

Op de uitzonderingen van de no-claimteruggave 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-claimteruggave (artikel 11), maar geen voorhang te hebben voor de uitzonderingen op het eigen risico en de verdere invulling daarvan?

Een voorhang leidt tot een tijdsverlies van minstens een maand, welke tijd afgaat van de voorbereidingstijd voor de uitvoering door de zorgverzekeraars. Dit heeft de regering doen besluiten hiervoor niet te kiezen.

## **Artikel II**

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

Met deze formulering regeling wordt een ministeriële regeling bedoeld. De tekst komt overeen met het huidige artikel 3 van de Wet op de zorgtoeslag en is naar mijn mening voldoende duidelijk. Verder vragen de leden van de SGP-fractie waarom de langdurig zorgbehoevenden niet worden meegeteld bij de vaststelling van de hoogte

van de zorgtoeslag. Daarbij vragen zij of dat onder de huidige wet ook het geval is. Voorts vragen zij of dat dus betekent dat de zorgkosten van circa 1,6 miljoen Nederlanders niet worden meegeteld bij de vaststelling van de hoogte van de zorgtoeslag. Zij vragen of de conclusie juist is dat de zorgtoeslag als gevolg hiervan fors lager uitvalt

Het kabinet heeft beoogd om zowel de groep die wel als de groep die niet voor compensatie in aanmerking komt een zorgtoeslag toe te kennen die eerlijk is. Wanneer de eigen betalingen van langdurig zorgbehoevende verzekerden wel meegeteld zouden worden, leidt dit tot een te hoge zorgtoeslag voor niet gecompenseerde verzekerden in vergelijking met de door hen gemaakte kosten. De niet gecompenseerde verzekerden hebben een gemiddelde eigen betaling van € 103. Voor hen volstaat een zorgtoeslag waarin dit bedrag wordt meegenomen. Daarnaast leidt het tot een te lage compensatie. Dit is de reden om de zorgkosten van de langdurig zorgbehoevenden niet mee te nemen. Dit is in de huidige wet niet het geval, omdat in 2007 de wet geen compensatieregeling bevatte. Door te kiezen voor een systeem waar de kosten voor de compensatie binnen het systeem worden opgebracht, gaat de premie omhoog (en dus ook de zorgtoeslag). De zorgkosten van de groep gecompenseerde verzekerden worden dus wel meegenomen in de bepaling van de zorgtoeslag. De premieverhoging door de kosten van de compensatie en de verlaging van de gemiddelde eigen betalingen door de gecompenseerde verzekerden uit dit gemiddelde te halen vallen tegen elkaar weg. Dit zorgt dus voor een zorgtoeslagneutrale invulling.

	Huidige situatie		
Gemiddelde eigen betalingen alle verzekerden	109		
Gemiddelde eigen betalingen niet gecompenseerde verzekerden	103		
Effect berekening gemiddelde voor zorgtoeslag	- 6 (109-103)		} Totaaleffect } op zorg- } toeslag = 0
Compensatie per verzekerde	47		
Premiemutatie door de kosten van de compensatie per verzekerde	+ 6		

Het gemiddelde dat niet gecompenseerde verzekerden kwijt zijn aan het verplichte eigen risico is € 103. De wel gecompenseerde verzekerde zal € 150 kwijt zijn en hiervoor € 47 compensatie ontvangen. Dit leidt dus ook tot een netto kostenpost van € 103.

## Artikel V

De leden van CDA-fractie vragen waarom de regering ervoor kiest bij de aftrek van buitengewone uitgaven in de inkomstenbelasting uit te gaan van een fictief bedrag voor het eigen risico en niet van het feitelijk bedrag dat in rekening wordt gebracht.

In de voorgestelde wijziging van de buitengewone uitgavenregeling (artikel 6.18 van de Wet inkomstenbelasting 2001) is bepaald dat uitgaven voor zover zij ten laste komen van een verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 18a van de Zvw niet in aanmerking worden genomen. Dit betreft het feitelijke bedrag en geen fictief bedrag. Wel wordt een deel van de ten laste van dat verplichte eigen risico komende uitgaven op forfaitaire wijze – als onderdeel van de zogenoemde standaardpremie – in aanmerking genomen. Uitgangspunt was namelijk dat de onder het regime van het verplichte eigen risico per saldo voor rekening van de belastingplichtige komende uitgaven fiscaaltechnisch op dezelfde wijze worden behandeld als onder de no-claimteruggaveregeling en bovendien de daarbij beoogde prikkelwerking in stand blijft.

Onder de huidige regeling worden premies als bedoeld in paragraaf 3.3 van de Zvw (dat wil zeggen de voor het basispakket verschuldigde nomi-

nale premie) in aanmerking genomen voor het bedrag van de standaardpremie, verminderd met de per saldo ontvangen zorgtoeslag. Bij de vaststelling van de hoogte van deze standaardpremie is uitgegaan van de gemiddelde nominale premie, verlaagd met de gemiddelde no-claimteruggave. Bij de vervanging van de no-claimteruggaveregeling door een systeem van eigen risico is er gelet op het hiervoor genoemde uitgangspunt voor gekozen om uit te gaan van het bedrag aan eigen risico zoals dat gemiddeld (direct of indirect) voor rekening van de burger komt. De standaardpremie is dan de gemiddelde nominale premie, verhoogd met het gemiddelde eigen risico. Per saldo komt derhalve alleen het deel van het feitelijk voor rekening van de burger komende eigen risico dat het gemiddelde eigen risico overtreft, niet voor aftrek in aanmerking.

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