

Vergaderjaar 2007–2008

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 194

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 mei 2008

Inleiding

Per 1 januari 2008 geldt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een verplicht eigen risico van € 150 per jaar voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Dit is in de plaats gekomen van de no-claimteruggave van € 255. Verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten ontvangen in het laatste kwartaal van 2008 een financiële tegemoetkoming van € 47 van het Centraal Administratie Kantoor (CAK-BZ).

Bij de behandeling van het wetsvoorstel is in Eerste en Tweede Kamer een aantal moties aangenomen en heb ik een aantal toezeggingen gedaan. Invulling daarvan krijgt deels zijn beslag in aanpassing van de regelgeving voor 2008 en 2009. Het betreffende ontwerpbesluit leg ik u hierbij voor¹. Daarnaast heb ik met beide Kamers uitvoerig van gedachten mogen wisselen over de ontwikkeling van het systeem van eigen risico op langere termijn. In paragraaf III van deze brief ga ik daarop nader in. Bij een beoordeling van de in deze brief geformuleerde voornemens moge behulpzaam zijn de overweging dat het kabinet zich daarbij ten doel heeft gesteld een evenwicht te vinden tussen de wenselijkheid van verdere verbeteringen in het systeem enerzijds en meerjarige duidelijkheid voor de burger en stabiliteit in de uitvoering anderzijds.

In verband met het verplicht eigen risico per 1 januari 2009 leg ik u op grond van artikel 124 van de Zorgverzekeringswet bijgaand ontwerpbesluit (bijlage 1) voor dat strekt tot wijziging van de artikelen 2.4, 2.17 en 3a.1 van het Besluit zorgverzekering. Tevens wordt een nieuw artikel 2.19 in voornoemd besluit opgenomen. Deze wijziging van het Besluit zorgverzekering houdt verband met:

- het vaststellen van het percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico (amendement Van der Vlies c.s., Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 34);
- het aanwijzen van vormen van zorg waarvan de zorgverzekeraar kan

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

- bepalen dat de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven (sturingsinstrument verzekeraars);
- uitbreiding van de groep verzekerden die voor het verplicht eigen risico wordt gecompenseerd met verzekerden die twee opeenvolgende jaren in een Diagnose Kostengroep (DKG) zijn ingedeeld;
- het vervallen van de eigen bijdrage psychotherapie.

Allereerst wil ik in deze brief onder «I. Voorhangprocedure» de onderwerpen langslopen die in dit voorgehangen ontwerpbesluit zijn opgenomen.

Vervolgens ga ik onder «II» in op de compensatie voor het verplicht eigen risico en onder «III» op de doorontwikkeling van het verplicht eigen risico. Tenslotte behandel ik onder «IV» de onderwerpen waarover ik bij de behandeling van het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimterug-gave door een verplicht eigen risico (wetsvoorstel 31 094) in de Tweede respectievelijk Eerste Kamer heb toegezegd de Kamers nader te informeren.

I. Voorhangprocedure

De zorgverzekeraars moeten hun polissen voor 2009 op tijd kunnen opstellen. Daarvoor dienen zij hun modelpolissen tijdig ter toetsing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te kunnen voorleggen. Gelet hierop is het noodzakelijk dat zij voor 1 juli van enig jaar duidelijkheid hebben over de aanpassingen in het komend jaar. Dat betekent dat de voorhangprocedure van een ontwerpbesluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering met ingang van 1 januari 2009, voor 1 juli 2008 moet zijn afgerond.

I.a. Het vaststellen van een percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico (amendement Van der Vlies)

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel 31 094 in het najaar van 2007 is het amendement Van der Vlies c.s. (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 34) aangenomen. Dit betekent dat met ingang van 1 januari 2009 bij algemene maatregel van bestuur (amvb) een percentage van de zorgkosten dient te worden vastgesteld dat meetelt voor het verplicht eigen risico. Het amendement beoogt een langere en effectievere remwerking.

Ik heb laten onderzoeken bij welk percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico, het beoogde hogere gedragseffect zal optreden en wat de financiële gevolgen daarvan zijn.

Een vast percentage voor alle zorgvormen dat lager is dan 100, leidt tot mijn teleurstelling niet tot het beoogde hogere gedragseffect. Daarnaast heeft het vaststellen van een percentage lager dan 100 tot gevolg dat de opbrengst van eigen betalingen lager uitvalt, waardoor ongewenste financieringseffecten ontstaan. Ook leidt een lager percentage dan 100 voor alle zorgvormen tot aanzienlijk hogere administratieve lasten en uitvoeringskosten bij de zorgverzekeraars.

Het voorgaande afwegend ben ik van mening dat het vaststellen van een percentage lager dan 100, dusdanig ongewenste effecten met zich meebrengt dat het verre de voorkeur verdient om in de amvb met ingang van 1 januari 2009 het percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico vast te stellen op 100. Dit percentage van 100 is in bijgaande concept-amvb opgenomen (artikel I, onder C).

Hieronder licht ik een en ander verder toe.

Gedragseffect

In het kader van het amendement Van der Vlies c.s. is het Centraal Planbureau (CPB) gevraagd na te gaan wat de effecten zijn van het vaststellen

van een percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico (de CPB notitie is bijgevoegd als bijlage 2)¹.

Het CPB heeft voor verschillende hoogten van het eigen risico (150, 250 en 600) berekend wat het effect is van het vaststellen van percentage lager dan 100 (10%, 25% en 50%) op het gedragseffect. Dit is gedaan met doorrekening in drie modelvarianten.

Door de beschikbaarheid van nieuwe data en verbeteringen in het gebruikte model komt het CPB nu uit op een lagere raming van het gedragseffect dan eerder was berekend. Het verlagen van het percentage blijkt geen effectieve methode te zijn om dit gedragseffect te verhogen. In het algemeen neemt hierdoor het gedragseffect juist af. Bij lage eigen risico's kan het gedragseffect weliswaar zeer licht toenemen door het percentage van 100 te verlagen, maar deze toename is vrijwel te verwaarlozen.

Financieringseffect

Indien het percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico lager is dan 100, treedt voorts een belangrijk negatief effect op, te weten een lagere opbrengst aan eigen betalingen. Wanneer bij een verplicht eigen risico van € 150 het percentage van 100 naar bijvoorbeeld 10 of 25 wordt verlaagd, dan daalt het aandeel van alle zorgkosten dat door eigen betalingen wordt betaald.

Hieronder staat het effect van het vaststellen van een percentage op de totale financieringsopbrengst weergegeven.

Hoogte eigen risico	Percentage	Totale financieringsopbrengst van het verplichte eigen risico
150	100	1.4 mld (huidige situatie)
150	10	0.7 mld
150	25	1.0 mld
150	35	1.1 mld

Voor individuele verzekerden doen zich de volgende effecten voor:

- gezonde verzekerden met lage eigen betalingen gaan door het verlagen van een percentage naar bijvoorbeeld 10% of 25% minder betalen aan het verplichte eigen risico;
- verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten hebben bij lage percentages echter niet of nauwelijks minder eigen betalingen, omdat zij nog steeds een hoge kans hebben het eigen risico vol te maken;
- daarbij is nu de regel dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten gecompenseerd worden voor het verschil tussen de gemiddelde eigen betaling van de niet gecompenseerde verzekerde en het maximum aan het verplicht eigen risico. De hoogte van het compensatiebedrag neemt dus toe.

Hieronder staat het effect van het vaststellen van een percentage op de gemiddelde eigen betaling van de niet gecompenseerde verzekerde en het compensatiebedrag voor de te compenseren verzekerde aangegeven.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Eigen risico	Percentage	Gemiddelde eigen betaling	Gemiddelde eigen betaling niet gecompenseerde verzekerde	Compensatiebedrag per verzekerde die in aanmerking komt
150	100	109	103	47
150	10	58	43	107
150	25	79	67	83
150	35	86	75	75

Om binnen het netto Budgettair Kader Zorg (BKZ) te blijven zou bij het verlagen van het percentage het maximum van het verplichte eigen risico moeten worden opgehoogd. Bij het vaststellen van een percentage op 25% van de zorgkosten dat meetelt voor het verplicht eigen risico, zou het verplichte eigen risico naar circa € 250 moeten worden verhoogd om de budgettaire kaders niet te overschrijden. Hierbij is ook rekening gehouden met het feit dat sprake is van hogere compensatiebedragen voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Deze verhoging van het verplicht eigen risico heeft met name gevolgen voor verzekerden die een hoge kans hebben op zorgkosten, zonder dat zij direct behoren tot de groep die in aanmerking komt voor de compensatie voor het verplicht eigen risico. Te denken valt bijvoorbeeld aan 65-plussers die niet een chronische ziekte hebben, maar wel regelmatig met zorgkosten worden geconfronteerd.

I.b. Het aanwijzen van vormen van zorg waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen dat de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven (sturingsinstrument verzekeraars)

In artikel 20 van de Zvw is de mogelijkheid opgenomen dat bij amvb vormen van zorg kunnen worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die amvb te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven. Doel van deze mogelijkheid is dat zorgverzekeraars het verplicht eigen risico als sturingsinstrument kunnen inzetten om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen die de verzekeraar heeft gecontracteerd of om verzekerden te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen. Bij de behandeling van het wetsvoorstel vervanging no-claimteruggave door een verplicht eigen risico, heb ik toegezegd dat de zorgverzekeraars in 2009 de gelegenheid zullen krijgen dit instrument in te zetten.

Gebleken is dat zorgverzekeraars vooral denken aan toepassing gericht op het stimuleren van verzekerden richting voorkeursaanbieders, waarmee doelmatige zorgarrangementen zijn afgesproken. Enkele verzekeraars denken aan het stimuleren van verzekerden richting gezondheidsbevorderende en op preventie gerichte programma's. Daarnaast is het instrument ook in het kader van het preferentiebeleid geneesmiddelen ter sprake gekomen.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) dringt er op aan dat verzekeraars enkele jaren ervaring op kunnen doen met dit sturingsinstrument. Om verzekeraars daartoe voldoende de gelegenheid te bieden zou de toepassing niet beperkt moeten worden tot bepaalde zorgvormen en zou de toepassing van dit instrument ook niet aan veel voorwaarden moeten worden gebonden.

In overleg over dit sturingsinstrument hebben vertegenwoordigers van NPCF en van de Consumentenbond dit uitgangspunt onderschreven. Dat de verzekeraars op dit punt ruimte krijgen, vonden zij passen bij het karakter van de Zvw. Wel benadrukten deze vertegenwoordigers dat de wijze waarop zorgverzekeraars dit sturingsinstrument toepassen voor de

verzekerden duidelijk moet zijn. De verzekerden moeten dit in hun polis duidelijk kunnen lezen.

In bijgaande concept-amvb (artikel I, onder B) is dit sturingsinstrument opgenomen zonder een beperking tot bepaalde zorgvormen. De zorgverzekeraars kunnen dus zelf bepalen op welke zorgvormen zij de sturing richten. Ook is de mogelijkheid opgenomen dat zorgverzekeraars kunnen besluiten de kosten van zorg die samenhangt met de behandeling van diabetes, depressie, hartfalen of overgewicht niet te laten meetellen voor het eigen risico indien de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangegeven programma volgt ter voorkoming van een van deze vier aandoeningen. Dit zijn de vier «speerpunt» aandoeningen genoemd in de brief over het preventiebeleid voor de volksgezondheid van 24 september 2007 (Kamerstukken II, 2007/08, 22 894, nr. 134). Een dergelijk programma hoeft niet perse te behoren tot de wettelijk verzekerde zorg.

Er wordt vanuit gegaan dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden duidelijk kenbaar zal maken voor welke zorgarrangementen de kosten van zorg niet (geheel) meetellen voor het verplicht eigen risico. Daarmee kan de zorgverzekeraar zich tenslotte onderscheiden. De verzekerde zal dit in zijn polisaanbod voor 2009 kunnen lezen. Hetzelfde geldt ten aanzien van de gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte programma's. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal in het kader van het toezicht op de uitvoering van de Zvw volgen of de zorgverzekeraars op de beoogde wijze omgaan met deze sturingsmogelijkheid en erop toezien dat de zorgverzekeraars hierover voldoende informatie verstrekken aan hun verzekerden.

Bij dit sturingsinstrument dient te worden bedacht dat verzekeraars volledig risicodragend zijn voor de opbrengst van het verplicht eigen risico. Indien zij kosten van zorg buiten het eigen risico houden zonder dat daar (verwachte) opbrengsten van doelmatige zorgarrangementen tegenover zouden staan, zouden zij de lagere opbrengst van het eigen risico in de nominale premie moeten opvangen. Daarom mag er vanuit worden gegaan dat verzekeraars – op basis van economische principes – de sturingsmogelijkheid die hen geboden wordt, zullen inzetten als de verwachte besparingen opwegen tegen de kosten. Indien de besparingen exact gelijk zouden zijn aan het (gemiddelde) bedrag dat verzekerden zouden betalen aan het verplicht eigen risico, heeft dit sturingsinstrument geen invloed op het totale netto Budgettair Kader Zorg (BKZ). Er vanuit gaande dat het instrument wordt ingezet om doelmatiger zorg in te kopen, is de verwachting dat de besparing groter is dan de gemiste eigen betalingen voor het verplicht eigen risico. Hierdoor hebben ook zorgverzekeraars (financieel) baat bij dit instrument; in dit geval heeft het instrument een positieve invloed op beperking van de BKZ-uitgaven.

De wijze waarop de zorgverzekeraars in 2009 en 2010 invulling geven aan deze sturingsmogelijkheid zal ik nauwlettend volgen en evalueren. Specifiek aandachtspunt daarbij is of de zorgverzekeraars eventueel een relatie leggen tussen de wettelijke en de aanvullende verzekering, zeker in het geval de aanvullende verzekering vergoeding biedt voor preventieve of gezondheidsbevorderende programma's. Een dergelijke relatie zou voor verzekerden een belemmering kunnen vormen om van zorgverzekeraar te wisselen. In het kader van het toezicht zal de NZa hierop ook toezicht houden. Zowel in het kader van het toezicht door de NZa als in de evaluatie, zal de transparantie van de toepassing van dit instrument door zorgverzekeraars een belangrijk aspect zijn.

Indien uit de evaluatie mocht blijken dat zorgverzekeraars dit instrument niet op de beoogde manier inzetten, zal dit instrument komen te vervallen.

I.c. Uitbreiding (voor de compensatie 2009) van de groep verzekerden die voor het verplicht eigen risico wordt gecompenseerd met verzekerden die twee opeenvolgende jaren in een Diagnose Kostengroep (DKG) zijn ingedeeld

Bij de behandeling van het wetsvoorstel waarmee de no-claimteruggave wordt vervangen door een verplicht eigen risico, heb ik toegezegd dat de groep verzekerden die gecompenseerd wordt voor het eigen risico per 2009, wordt uitgebreid met verzekerden die twee opeenvolgende jaren in een diagnose kostengroep (DKG) zijn ingedeeld. Dit is in bijgaande concept-amvb geregeld (artikel I, onder D).

Voor de compensatie 2009 gaat het om verzekerden die in 2006 en 2007 in een DKG zijn ingedeeld. Deze gegevens zijn halverwege 2009 beschikbaar en kunnen dan gebruikt worden voor de uitvoering van de compensatie voor het verplicht eigen risico in 2009. Daarmee wordt voldaan aan het criterium van «meerjarige, onvermijdbare zorgkosten» dat in artikel 118a van de Zvw is opgenomen voor die compensatie.

De toevoeging van verzekerden die in 2006 en 2007 in een DKG waren ingedeeld, aan de groep te compenseren verzekerden betekent een toename van deze groep met maximaal 50 000 personen. Dit heeft als consequentie dat de kosten van de compensatie met ingang van 2009 met maximaal € 2,5 mln. zullen toenemen.

I.d. Het vervallen van de eigen bijdrage per zitting psychotherapie

Vanaf 1 januari 2008 wordt de tweedelijns geneeskundige geestelijke gezondheidszorg onder de Zvw op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) bekostigd. De eigen bijdrage per zitting voor psychotherapie kan in de DBC-systematiek niet meer uitgevoerd worden, omdat een DBC niet is opgebouwd uit een aantal zittingen. Een DBC betreft de combinatie van een diagnose met een bijbehorende behandeling, waarbij alle activiteiten en verrichtingen in minuten worden geregistreerd. In de DBC-systematiek worden daarnaast ook geen aparte psychotherapie DBC's onderscheiden. Binnen een DBC of binnen een productgroep wordt wel aangegeven of psychotherapie onderdeel is van de behandeling, maar dit kan per patiënt en per behandeling verschillen. Daardoor is het dus niet langer mogelijk om een eigen bijdrage per zitting te heffen. Vanuit de DBC-systematiek is het in de praktijk dus niet mogelijk om nog een eigen bijdrage per zitting uit te voeren. Voor 2008 zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders bereid om een mouw te passen aan de uitvoering van de eigen bijdrage psychotherapie. Daarbij gaan betrokken partijen ervan uit dat deze eigen bijdrage met ingang van 2009 komt te vervallen. Hierbij sluiten zij aan bij hetgeen ik op 7 november 2007 (Kamerstuk 29 689, nr. 177) tijdens het algemeen overleg over de overheveling van de ggz heb opgemerkt.

Omdat de uitvoering van de eigen bijdrage per zitting psychotherapie onoverkomenlijke problemen oplevert, komt deze eigen bijdrage met ingang van 1 januari 2009 te vervallen. Met het oog hierop vervalt in het Besluit zorgverzekering de basis voor deze eigen bijdrage psychotherapie (artikel I, onder A). De wegvallende opbrengst van de eigen bijdrage psychotherapie (ongeveer € 25 mln.) zal worden gecompenseerd door een tariefsmaatregel specifiek gericht op de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

II. Compensatie voor het verplicht eigen risico

II.a. Afbakening van de groep verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten voor de compensatie van het verplichte eigen risico in 2008

Bij de behandeling van het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzeke-

ringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico in het najaar van 2007, is grondig gedebatteerd over de afbakening van de te compenseren groep verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Daarbij ging het om bruikbare bestanden met gegevens die de beoogde groep zo goed mogelijk afbakenen. Met het amendement Omtzigt c.s. (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 21) is toen een dergelijk bestand toegevoegd, namelijk de groep verzekerden die op 1 juli 2008 al minimaal een half jaar in een AWBZ-instelling verblijft.

Bij de behandeling van het wetsvoorstel is tevens een drietal moties aangenomen dat betrekking heeft op de afbakening van de te compenseren groep verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten:

- 1) de motie-Wiegman-Van Meppelen Scheppink c.s. (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 35) waarin de regering wordt verzocht voor de compensatie over 2008 naast de FKG's ook het gebruik van hulpmiddelen als criterium toe te voegen, op grond waarvan mensen gecompenseerd kunnen worden voor het verplicht eigen risico;
- 2) de motie Van der Veen c.s. (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 29 herdruk) waarin de regering wordt verzocht ervoor te zorgen dat zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk per 1 april 2008, de groep mensen met onvermijdbare ziektekosten optimaal is afgebakend en de Kamer tussentijds regelmatig op de hoogte te stellen van de vorderingen en de mogelijkheden hiertoe.
- 3) de motie Putters c.s. (Kamerstukken I, 2007/08, 31 094, F) waarin de regering wordt verzocht in 2008 uit te gaan van een compensatieregeling die niet alleen gekoppeld is aan FKG's en langdurig AWBZ-verblijf, maar welke ook de groepen omvat die wel structureel onvermijdbare hoge zorgkosten hebben, maar niet in eerdergenoemde categorieën vallen.

In reactie op de motie Wiegman-Van Meppelen Scheppink c.s. heb ik aangegeven dat voor hulpmiddelengebruik op dit moment geen geschikte gegevens beschikbaar zijn. Ik heb toegezegd de Kamer zo spoedig mogelijk te informeren hoe de hulpmiddelen op zo kort mogelijke termijn meegenomen kunnen worden bij de criteria die voor de compensatieregeling gebruikt zullen worden.

In reactie op motie Van der Veen c.s. heb ik aangegeven dat alle inzet gericht is op een betere afbakening van de groep mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Daarbij wees ik er wel op dat de afbakening ook in technische zin moeilijk is, en ook uitvoerbaar moet zijn met geautomatiseerde bestanden. Ik kon daarom niet garanderen dat de in de motie genoemde datum van 1 april 2008 haalbaar is (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 35).

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer heb ik toegezegd verzekerden die vallen onder een Diagnose Kosten Groep (DKG) ten behoeve van de compensatie 2009 mee te nemen bij de afbakening, met daarbij de intentie om er zo mogelijk ook voor 2008 invulling aan te geven.

Ik heb moeten concluderen dat het helaas niet mogelijk is bestanden van hulpmiddelen en DKG's mee te nemen in de compensatieregeling 2008. Ik licht dit hieronder toe.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen kunnen nog niet meegenomen worden voor de compensatieregeling 2008. De belangrijkste reden hiervoor is dat hulpmiddelen op dit moment nog niet éénduidig in de schadesystemen van zorgverzekeraars hulpmiddelen worden geregistreerd. Er wordt aan gewerkt om de registratie te uniformeren, maar deze uniformering zal pas

vanaf 2008 zijn beslag krijgen. Voor de toepassing van het hulpmiddelengebruik in de compensatie 2008 zou het noodzakelijk zijn dat zorgverzekeraars in hun schadesystemen nog hercodering van het hulpmiddelengebruik 2006 en 2007 doorvoeren. Dit is niet mogelijk. Ik heb ZN verzocht er bij de zorgverzekeraars op aan te dringen dat alle verzekeraars nog in 2008 hun hulpmiddelenregistratie op orde brengen. Dit maakt het mogelijk de hulpmiddelen in de compensatie voor 2010 mee te nemen.

DKG's

Onderzocht is of DKG's of een ander criterium gebaseerd op Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) meegenomen kan worden voor de compensatieregeling 2008. Het gebruik van een combinatie van de bestanden DKG's 2006 en 2007 is voor compensatie in 2008 niet mogelijk gebleken. Dit heeft enerzijds te maken met de doorlooptijd van een DBC en anderzijds met de kwaliteit van aanlevering van gegevens. DBC's kunnen maximaal een jaar open staan. Als gevolg daarvan kan ten behoeve van de compensatie in jaar t nog niet worden beschikt over het volledige bestand van het jaar t-1. Om die reden wordt (zoals onder 1c uiteen is gezet) voor de compensatie 2009 op basis van DKG's gebruik gemaakt van de bestanden uit de jaren 2006 en 2007. Teneinde te voldoen aan het criterium van meerjarige onvermijdbare zorgkosten, zoals geformuleerd in artikel 118a van de Zvw, zou in beginsel voor compensatie in 2008 (1-malig) kunnen worden teruggegrepen op de DKG-bestanden van 2005 en 2006. Echter voor het jaar 2005, vóór de invoering van de Zvw zijn geen betrouwbare schadegegevens op dit niveau beschikbaar. Teneinde ondanks deze technische obstakels binnen de wettelijke randvoorwaarden maximaal te pogen invulling te geven aan zowel de motie Van der Veen als mijn toezegging in de Eerste Kamer, heb ik laten onderzoeken of voor het jaar 2008 nog een andere oplossing denkbaar is. Ik heb daartoe laten nagaan of, recht doend aan het wettelijke criterium van meerjarige onvermijdbare zorgkosten, een oplossing gevonden zou kunnen worden door uit te gaan van het DBC-bestand 2006 gecombineerd met FKG-gegevens uit 2007. Daarbij is gebleken dat ook het DKG-bestand 2006 niet tijdig op het kwaliteitsniveau kan worden gebracht dat vanuit oogpunt van een betrouwbare en rechtszekere uitvoering vereist is.

Gezien de hiervoor vermelde uitkomsten is er tot mijn teleurstelling geen andere mogelijkheid dan dat de compensatie van het verplichte eigen risico in 2008 uitsluitend betrekking heeft op:

- 1) verzekerden die zowel in 2006 als in 2007 vallen onder een farmaceutische kostengroep (FKG) volgens de FKG-definitie 2007 (met uitzondering van de FKG «Hoog cholesterol»);
- 2) verzekerden die op 1 juli 2008 minimaal een half jaar zonder onderbreking in een AWBZ-instelling verblijven.

In 2009 zullen de DKG's hieraan worden toegevoegd en in 2010 de hulpmiddelen.

II.b. Relatie compensatie verplicht eigen risico met toekomstige algemene compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten

Op 29 april 2008 heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport samen met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de staatssecretaris van Financiën een brief aan de Tweede Kamer gezonden over het voorstel voor een nieuwe regeling financiële tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Kamerstukken II, 2007/08, 29 689, nr. 188).

De groep chronisch zieken en gehandicapten die onder de nieuwe in genoemde brief van 29 april 2008 geschetste regeling komen te vallen, worden afgebakend op basis van gegevens over zorggebruik over een jaar. Deze gegevens worden voor een deel ook toegepast voor de afbake-

ning van de groep verzekerden die in aanmerking komen voor de compensatie van het verplicht eigen risico, maar de afbakening van laatstbedoelde groep vindt plaats aan de hand van meerjarige zorgkosten. Op basis van het feit dat verzekerden meerjarig in een FKG zijn ingedeeld of langdurig zijn opgenomen in een AWBZ-instelling, krijgen zij compensatie van € 47 per jaar. Zoals hiervoor gemeld worden met ingang van 2009 de verzekerden die twee achtereenvolgende jaren in een DKG zijn ingedeeld, toegevoegd aan deze te compenseren groep.

De afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten waarop de in de eerdergenoemde brief van 29 april 2008 geschetste regeling betrekking zal hebben, vindt niet plaats op basis van meerjarige, onvermijdbare zorgkosten maar op basis van zorgkosten in een jaar. Ook vindt de uitkering aan bedoelde groep niet plaats in hetzelfde jaar dat de kosten worden gemaakt, zoals bij de compensatie voor het verplicht eigen risico wel het geval is, maar een jaar later. Met dit laatste wordt aangesloten bij de systematiek van de huidige buitengewone uitgavenregeling.

Daardoor zal voor de regeling voor chronisch zieken en gehandicapten voor het jaar 2009 bijvoorbeeld wel gebruik kunnen worden gemaakt van gegevens van de zorgverzekeraars inzake hulpmiddelengebruik in 2009, die naar verwachting medio 2010 beschikbaar komen. Voor de compensatie voor het verplicht eigen risico moet gebruik worden gemaakt van cijfers over meerjarig zorggebruik die medio 2009 beschikbaar zijn. Dit is noodzakelijk voor het uitkeren van deze compensatie in het vierde kwartaal van 2009.

De groep verzekerden die in aanmerking komt voor de compensatie voor het verplicht eigen risico in de Zvw, zal deels overlappen met de groep chronisch zieken en gehandicapten voor de nieuwe in de brief van 29 april jl. geschetste regeling. Bekeken zal worden of het mogelijk is om de afbakeningscriteria voor beide regelingen zo goed als mogelijk en logisch is op elkaar aan te laten sluiten.

III. Het verplicht eigen risico op langere termijn

In het bovenstaande heb ik de mogelijkheden en onmogelijkheden aangegeven om het systeem van eigen risico in 2008 en 2009, mede op geleide van de wensen van uw Kamer, verder te verbeteren. Tevens zijn de bijbehorende maatregelen, zoals opgenomen in het bijgevoegde ontwerpbesluit, toegelicht. Vanzelfsprekend hecht het kabinet aan verdere verbeteringen van het dit jaar ingevoerde systeem van eigen risico. Anderzijds is er ook reden om, met het oog op duidelijkheid voor de verzekerden en om de uitvoeringspraktijk niet overmatig te belasten, niet van jaar op jaar ingrijpende veranderingen in het recent ingevoerde systeem door te voeren. Bij een mogelijk verdere doorontwikkeling van het systeem van eigen risico laat het kabinet zich vanuit het perspectief van een betrouwbare en consistente overheid ook door dat motief in belangrijke mate leiden.

In het bovenstaande is geïllustreerd dat, indien niet de gehele zorgkosten meetellen voor het verplicht eigen risico maar slechts een deel van de zorgkosten, het gedragseffect niet groter wordt. Berekningen die het CPB heeft uitgevoerd naar aanleiding van het amendement Van der Vlies c.s. wijzen erop dat het macro-gedragseffect bij een percentage lager dan 100 praktisch even groot is als in de situatie waarin de gehele zorgkosten meetellen voor het verplicht eigen risico. Een percentage lager dan 100 pakt dus aanzienlijk minder gunstig uit dan de indieners van het amendement Van der Vlies c.s. – en ook ik – hadden verwacht. Dit geldt ook voor aanzienlijk hogere maxima voor het verplicht eigen risico. Bovendien heeft een lager percentage dan 100 als nadelig effect dat de opbrengst van het verplicht eigen risico minder is; dat zou een hogere

nominale premie betekenen. Voorts brengt het aanzienlijk hogere administratieve lasten en uitvoeringskosten voor de zorgverzekeraars met zich. Gelet op deze onverwachte en tegenvallende uitkomsten van de berekeningen van het CPB, is het kabinet van mening dat de kans groot is dat verdere verkenningen naar de wijze waarop het systeem van het verplicht eigen risico verfijnd of doorontwikkeld zou kunnen worden, weinig praktisch resultaat zullen opleveren. Dit geldt ook voor inkomensafhankelijke varianten of IZA-achtige systemen, omdat daarvoor naar het oordeel van het kabinet geldt dat de uitvoering daarvan aanzienlijk complexer zal zijn dan het huidige systeem zonder dat er een wezenlijke meerwaarde in de vorm van een hoger gedragseffect of een hogere opbrengst in de zin van medefinanciering tegenover staat.

Het kabinet vindt daarom dat het de voorkeur verdient het verplicht eigen risico vooreerst te handhaven in de vorm zoals dat geldt na de inwerkingtreding van de wijzigingen die voorzien zijn per 1 januari 2009. Dit biedt verzekerden de gelegenheid te wennen aan het verplicht eigen risico. Ook kunnen zorgverzekeraars dan daadwerkelijk inzetten op een goede toepassing van het sturingsinstrument. Indien er voortdurend de mogelijkheid van wijzigingen in het verplicht eigen risico aanwezig is, zullen zorgverzekeraars terughoudend zijn te investeren in toepassing en uitbouw van dit instrument. Bovendien betekent elke wijziging een nieuwe administratieve belasting, zowel voor de zorgverzekeraars als voor de verzekerden.

Mede aan de hand van de uitkomsten van de eerste evaluatie, is het kabinet voornemens in het voorjaar van 2010 aan beide Kamers een brief te sturen waarin het een samenhangend standpunt weergeeft over de toekomst van het systeem van het verplicht eigen risico.

IV. Overige onderwerpen

IV.a. Stand van zaken uitvoering compensatieregeling 2008

Het CAK-BZ heeft met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor de uitvoering van de compensatieregeling 2008 een aantal afspraken gemaakt voor de aanlevering van gegevensbestanden.

Voor de uitvoering van de compensatieregeling vindt een gefaseerde aanlevering plaats van de benodigde gegevens. Het CAK-BZ heeft de eerste bestanden van verzekerden die over 2006 vallen onder een farmaceutische kostengroep (FKG) (op basis van FKG-definitie 2007) ontvangen. De gegevens over 2007 worden medio juli 2008 aangeleverd. Eerder zijn deze niet beschikbaar. Vervolgens kan de samenloop worden bepaald. Bij een gefaseerde aanlevering van de bestanden over 2006 en 2007 kan het CAK-BZ in een zo vroeg mogelijk stadium met de activiteiten starten, om de uitbetaling in het laatste kwartaal van 2008 te kunnen laten plaatsvinden.

De planning is dat de gegevens van verzekerden die vallen onder een FKG over 2006 uiterlijk 23 mei 2008 zijn gecompleteerd met NAW-gegevens en bank-/girorekeningnummers en dat de aanlevering van een overzicht van verzekerden die vallen onder een FKG over 2007 met BSN-nummer medio juli 2008 plaatsvindt. Daarnaast kan het CAK-BZ op basis van de eigen gegevens over de eigen bijdrageregeling voor de intramurale AWBZ-zorg vaststellen welke verzekerden in een AWBZ-instelling verblijven en in aanmerking komen voor de compensatie. Op basis van deze bestanden wordt de samenloop bepaald en mogelijk ontbrekende gegevens gecompleteerd, opdat in het laatste kwartaal van 2008 de compensatie kan worden uitgekeerd.

Aan de Tweede Kamer heb ik toegezegd in overleg te treden met de zorgverzekeraars en de gemeenten/sociale diensten om na te gaan in hoeverre zij de rekeningnummers van verzekerden in collectiviteiten kunnen leveren. Dit om te bezien in hoeverre de verzekerden niet worden belast met de vraag wat hun rekeningnummer is, of daar zelf achterheen moeten. Bij de uitvoering van de compensatieregeling wordt gebruik gemaakt van geautomatiseerde bestanden. Daarbij zal het CAK-BZ van de zorgverzekeraars de bankgirorekeningnummers van de te compenseren verzekerden ontvangen. Het betreft het beschikbare rekeningnummer zoals opgenomen in de administratie van verzekeraars. Het rekeningnummer dat de zorgverzekeraars aan het CAK-BZ doorgeven betreft het rekeningnummer dat bij de verzekeraar bekend is en waarop deze in voorkomende gevallen de no-claimteruggave terugstort (het zogenaamde excassonummer). Aangezien de verzekerden die in aanmerking komen voor compensatie vaak kosten maken, is dit nummer in veel gevallen bekend. Op deze manier wordt zo goed als mogelijk voorkomen dat verzekerden zelf worden belast met de vraag wat hun rekeningnummer is. Alle te compenseren verzekerden ontvangen van het CAK-BZ een beschikking. Verzekerden voor wie geen rekeningnummer (excassonummer) beschikbaar is bij de zorgverzekeraar, worden daarbij verzocht binnen 2 weken een geldig rekeningnummer aan het CAK-BZ door te geven. Wanneer een verzekerde hier niet aan voldoet kan het CAK-BZ het bedrag niet overmaken. Het CAK-BZ wacht dan het eigen initiatief van de verzekerde af en zal zo nodig een rappelprocedure in gang zetten. Uiteraard kunnen verzekerden ook op eigen initiatief binnen een dergelijke termijn een alternatief rekeningnummer doorgeven. Gelet op deze pragmatische aanpak acht ik nader overleg met gemeenten/sociale diensten voor aanlevering van bankgirorekeningnummers van verzekerden in collectiviteiten niet opportuun.

Het CAK-BZ keert op basis van geautomatiseerde bestandsvergelijking de compensatie aan alle rechthebbenden in het laatste kwartaal van 2008 uit. Deze verzekerden ontvangen automatisch een beschikking van het CAK-BZ.

In de regelgeving is geen uiterste datum bepaald voor eventuele aanvragen. Wel is in de vierde tranche van de Algemene wet bestuursrecht, die naar verwachting in juli 2008 ingaat, expliciet een verjaringstermijn van 5 jaar geregeld. Dit betekent dat een verzekerde een aantal jaar na dato bij het CAK-BZ om een beschikking kan vragen. Vanuit praktisch oogpunt en met het oog op een beperking van de uitvoeringskosten bij de compensatieregeling vind ik dit onwenselijk. Daarom zal ik de mogelijkheden bezien om de wet hiervoor te wijzigen, zodat een verzekerde uiterlijk een jaar na afloop van het jaar waarop het verplichte eigen risico betrekking heeft, nog een beschikking kan aanvragen bij het CAK-BZ voor de compensatieregeling.

IV.b. Herverzekering verplicht eigen risico in de collectieve aanvullende verzekeringen voor bijstandsgerechtigden

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van het wetsvoorstel 31 094 heb ik toegezegd dat ik de Kamer zal informeren of het verplicht eigen risico wordt herverzekerd in de polissen voor (collectieve) aanvullende verzekeringen voor bijstandsgerechtigden.

Van Zorgverzekeraars Nederland heb ik vernomen dat in bijna alle collectieve contracten voor de aanvullende verzekeringen die de zorgverzekeraars met gemeentelijke sociale diensten hebben gesloten, herverzekering van het verplicht eigen risico is opgenomen. Slechts in een enkele uitzondering bevat een dergelijk collectief contract voor de aanvullende verzekering van bijstandsgerechtigden geen herverzekering van het verplicht eigen risico.

Er is geen uitspraak te doen over wat deze herverzekering betekent voor de hoogte van de premie van de aanvullende verzekering die in deze collectieve contracten zijn geregeld. Dit komt omdat die herverzekering van het verplicht eigen risico geen afzonderlijk onderdeel vormt binnen deze collectieve verzekeringen, maar daar integraal deel van uit maakt. Met andere woorden, er bestaat binnen die collectieve contracten niet een aanvullende verzekering met herverzekering en één zonder herverzekering met de bijbehorende verschillende premies. De kosten van herverzekering van het verplicht eigen risico zitten daardoor verwerkt in de totale premie voor die collectieve aanvullende verzekeringen en kunnen dus niet afzonderlijk zichtbaar worden gemaakt.

IV.c. Aspecten voor evaluatie verplicht eigen risico

Tijdens de behandeling in de Eerste Kamer van het wetsvoorstel vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (31 094) heb ik toegezegd dat ik de Kamer zal informeren over welke aspecten ik een evaluatie van het verplicht eigen risico zal laten uitvoeren. Deze evaluatie zal plaatsvinden met ingang van het jaar 2009. De eerste uitkomsten van de evaluatie zullen daarom in de loop van 2010 beschikbaar komen. Wel heb ik alvast aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om in hun Monitor zorgverzekeringsmarkt ook aandacht te besteden aan het verplichte eigen risico.

Zoals ik eerder heb vermeld, komen de vragen en aspecten waarop de evaluatie van het verplicht eigen risico zich zal richten, voor een belangrijk deel overeen met die welke zijn meegenomen bij de evaluatie van de no-claimteruggave. Daarnaast komt een aantal vragen aan de orde, dat specifiek is vanwege de andere vormgeving van het verplicht eigen risico ten opzichte van de no-claimteruggave. De centrale vraag van de evaluatie is: wat zijn de effecten van het verplicht eigen risico?

Daarom stel ik mij voor dat de evaluatie van het verplicht eigen risico in ieder geval de volgende hoofdthema's zal betreffen:

- Het mogelijke effect op het zorggebruik. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om verwijzingen van huisartsen naar medische specialisten, het beroep op de spoedeisende hulp bij ziekenhuizen, het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen en de vraag of het verplichte eigen risico een onbedoelde drempel voor het zorggebruik vormt.
- De financiële effecten van het verplichte eigen risico en de uitvoeringskosten.
- De informatievoorziening over het verplichte eigen risico door de zorgverzekeraars aan hun verzekerden.
- De bekendheid van verzekerden met het verplichte eigen risico. De bekendheid van de huisartsen met het verplichte eigen risico en of zij bij de zorgverlening en hun verwijs- en voorschrijfgedrag rekening houden met de financiële gevolgen voor de verzekerden.
- De uitvoering van de compensatieregeling door het CAK-BZ.
- De invulling van het sturingsinstrument door de zorgverzekeraars.

De eerste vier hoofdthema's kwamen ook aan de orde in de uitgevoerde evaluatie van de no-claimteruggaveregeling. De twee laatste hoofdthema's zijn specifiek voor het verplicht eigen risico.

Daarbij zal in 2010 de evaluatie in eerste instantie geaggregeerde gegevens omvatten en op hoofdlijnen plaatsvinden. Er zijn in 2010 dus nog geen gegevens op het niveau van groepen verzekerden; daarvoor is analyse op microniveau nodig (verdiepingsslag): de uitkomsten daarvan kunnen niet eerder dan in 2011 beschikbaar komen.

IV.d. Overzicht eigen betalingen Zvw, Wmo en AWBZ

Aan de Tweede Kamer heb ik tijdens de behandeling van het wetsvoorstel vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico

(31 094) in het najaar van 2007 toegezegd een overzicht van de eigen betalingen te sturen en aan te geven in welke gevallen cumulatie optreedt, alsmede het oordeel van de regering daarover. Als bijlage 3 is een overzicht van de eigen betalingen in de Zvw, Wmo en AWBZ toegevoegd¹. In de onder «III» aangekondigde samenhangende kabinetsvisie over het toekomstige systeem van het verplicht eigen risico, die het kabinet in 2010 aan beide Kamers wil zenden, zal ook worden ingegaan op de cumulatie van het verplicht eigen risico en eigen betalingen en hoe met een dergelijke cumulatie in de toekomst moet worden omgegaan.

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

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.