

Vergaderjaar 2011–2012

33 288

Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013

B

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹

Vastgesteld 28 juni 2012

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel geeft de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

Inleiding

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met bezorgdheid kennis genomen van de voorgestelde wijzigingen van de zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ter uitvoering van het begrotingsakkoord 2013. Zij sluiten niet uit dat een aantal vragen reeds in de Tweede Kamer aan de orde is geweest. Door de beperkte tijd zijn deze leden niet in de gelegenheid geweest dit uit te zoeken en zij verzoeken de regering voor zover dat het geval is opnieuw de antwoorden te verschaffen.

De leden van de **PVV**-fractie hebben met ontzetting kennisgenomen van de Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013 en betreuren de haast en de korte termijn waarop nu ingrijpende maatsregelen worden getroffen. Zij hebben naar aanleiding daarvan nog enige vragen.

De leden van de **SP**-fractie, daarin gesteund door de leden van de fractie van **GroenLinks**, wijzen erop dat het wetsvoorstel onder stoom en kokend water aan de Eerste Kamer is aangeboden. Hoewel de Kamer heeft aangegeven ten aanzien van de afhandeling ervan een positieve grondhouding aan te willen nemen, is de voorbereidingstijd echter dermate kort dat het voor parttime werkende Kamerleden zonder ondersteuning onmogelijk is om alle materie op tijd adequaat te doorgronden. Het kan daardoor voorkomen dat de gestelde vragen (deels) al beantwoord zijn in eerdere stukken of tijdens de behandeling in de Tweede Kamer. Deze leden vragen hiervoor bij voorbaat excuses.

¹ Samenstelling: Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vice-voorzitter*), Linthorst (PvdA), Putters (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Hermans (VVD), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Meurs (PvdA), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Beuving (PvdA), Popken (PVV), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD) en Beckers (VVD).

Samenhang met andere regelgeving

De leden van de **PvdA**-fractie wijzen op de grote tijdsdruk waaronder dit wijzigingsvoorstel tot stand is gekomen. Naar hun oordeel is de samenhang tussen de verschillende wijzigingen in de wet en de voorgenomen aanpassingen van algemene maatregelen van bestuur en ministeriële regelingen onduidelijk. Nu de Eerste Kamer gevraagd wordt het voorstel vóór het zomerreces te behandelen, verzoeken deze leden de regering de samenhang te verduidelijken en aan te geven waaruit deze bestaat. De vraag is des te nijpender nu in de brief van 18 juni 2012 wordt aangekondigd dat met terugwerkende kracht het ontwerpbesluit voor de eigen bijdragen in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zal worden aangepast omdat de juridische grondslag niet correct zou zijn.

Wat het verhoogd eigen risico betreft stellen deze leden vast dat er inmiddels sprake is van een groot aantal verschillende regelingen: van eigen risico, tot eigen betaling en vermogenstoets. Voor al deze regelingen geldt dat de verantwoordelijkheid bij de burger komt te liggen. Kan de regering aangeven hoe het eigen risico – en meer in het bijzonder de forse verhoging ervan – zich verhoudt tot het bredere pakket aan eigen betalingen? Licht hier ook een inhoudelijke opvatting over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en burgers aan ten grondslag? Kan de regering deze opvatting nader uiteenzetten?

Gevolgen verhoging eigen risico en compensatie

Met dit voorstel wordt het eigen risico verhoogd naar € 315. Het is de leden van de **PvdA**-fractie niet duidelijk op basis van welke argumenten voor dit bedrag is gekozen. Is het een kille bezuiniging of hebben zorginhoudelijke argumenten ook nog een rol gespeeld? En als dat laatste het geval is, welke argumenten zijn dat dan?

Is overwogen om de uitbetaling van de compensatie voor het verhoogde eigen risico via de zorgtoeslag in een keer in januari te laten plaatsvinden zodat de onrechtvaardige belasting van kwetsbare groepen met hoge zorgkosten tijdiger kan worden opgevangen? Kan de regering haar standpunt hierover nader toelichten?

Op welke wijze houdt de minister de effecten van het verhoogde eigen risico op de betaalbaarheid van de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten in de gaten en hoe informeert zij de Eerste Kamer hierover?

De leden van de **PVV**-fractie hebben een vraag met betrekking tot de compensatie van het verplicht eigen risico (CER). Is de regering bereid de uitvoering van de compensatie van de verhoging van het eigen risico uitsluitend via CER te laten verlopen? Deze leden zijn van mening dat dit het enige juiste instrument is om mensen te compenseren voor het eigen risico in de zorg. Bovendien wordt er bij compensatie van het eigen risico via de zorgtoeslag niet gekeken naar het zorggebruik; dit gaat derhalve voorbij aan het doel van het eigen risico. Graag krijgen deze leden hierop een reactie.

Is de regering bereid de compensatie voor het eigen risico in zijn geheel in januari uit te betalen, gezien het feit dat veel chronisch zieken en gehandicapten al in januari hun volledig verplicht eigen risico opmaken? Daarbij brengen deze leden onder de aandacht dat diverse zorgverzekeraars hebben gemeld dat het aantal aanvragen voor betalingsregelingen elke maand stijgt.

Het onderhavige wetsvoorstel strekt tot uitvoering van de maatregelen uit het zogenaamde Begrotingsakkoord op het terrein van de zorg. Het doel van het akkoord is terugbrengen van het EMU-saldo naar 3% in 2013. Blijkens de memorie van toelichting wordt met de maatregelen uit het akkoord een evenwichtig koopkrachtbeeld bereikt. Met de leden van de SP-fractie in de Tweede Kamer constateren de leden van de fracties van **SP** en **GroenLinks** dat met de verhoging van het eigen risico van € 220 naar € 350 de zorgkosten in toenemende mate onevenredig worden afgewenteld op mensen die veel zorg nodig hebben, zoals ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. Deze ontwikkeling staat haaks op het beginsel van solidariteit, eens de basis van de Zorgverzekeringswet.

In de nota naar aanleiding van het verslag¹ wordt gemeld dat de forse verhoging van het eigen risico het kostenbewustzijn van verzekerden beoogt te verbeteren. Over welke verzekerden het dan gaat dan? De regering kan toch niet van mening zijn dat chronisch zieken en bejaarden zich niet bewust zijn van de kosten van hun ziek zijn. De ervaring van de leden van deze fracties is dat ze zich dat maar al te zeer bewust zijn en zich er zelfs vaak schuldig onder voelen. Graag krijgen zij hierop een nadere toelichting.

Voor de leden van deze fracties is het onduidelijk of de compensatie eigen risico (CER) en de zorgtoeslag naast elkaar blijven bestaan, dan wel of er in ieder geval voor de minima en tot 110% van het sociaal minimum alleen een hogere zorgtoeslag geldt. Deze leden begrijpen dat met dit wetsvoorstel de zorgtoeslag wordt verhoogd tot maximaal € 115 voor eenpersoons huishoudens en € 230 voor tweepersoons huishoudens, op het sociale minimum. In feite lijkt dan de zorgtoeslag te gaan fungeren als een soort CER. Of komt deze groep ook nog in aanmerking voor de CER van € 54, indien zij geconfronteerd worden met zeer hoge zorgkosten? Zo nee, in welke gevallen blijft de CER wel bestaan?

Hoe wordt de verhoogde zorgtoeslag uitgekeerd, in één keer of maandelijks? De maximale zorgtoeslag is € 115. Wat is de minimale uitkering en voor welke inkomensgroep geldt die?

Is het de regering bekend dat veel chronisch zieken met een hoge zorgconsumptie (het woord alleen al!) al in de eerste maand(en) van het jaar ten gevolge van kosten voor medicijnen, laboratoriumonderzoek en specialistenbezoek door hun eigen risico heen zijn, zelfs als dat € 350 euro gaat bedragen? De kans is reëel dat gezinnen op minimumniveau met meerdere chronisch zieken met een hoge zorgconsumptie al in de eerste maanden van volgend jaar in een uitzichtloze situatie raken. Wiens verantwoordelijkheid is dat? De kostenbewuste getroffenen, die aan den lijve ondervinden zelfs geen geld voor eten/drinken over te hebben, de gemeenten of de regering?

Bij wanbetalers en onterecht onverzekerden kan de zorgtoeslag in zijn geheel worden gevorderd om een deel van de zorgverzekering te betalen. Blijft die mogelijkheid bij deze hogere zorgtoeslag bestaan? Meerdere gemeenten hebben hiervoor regelingen getroffen. Is hiervoor een wetswijziging nodig?

De regering verwacht dat als gevolg van de verhoging van het eigen risico de kosten voor zorgverzekeraars partieel dalen met gemiddeld € 61 en ook dat de zorgverzekeraars dit gedeeltelijke voordeel in de vorm van een lagere premie aan de verzekerden zullen doorgeven. Op deze verwachting volgt steeds de mantra dat een zorgverzekeraar zichzelf uit de markt prijst ten opzichte van andere zorgverzekeraars als hij de premie niet verlaagt. Hoe reëel is deze verwachting gelet op het zeer beperkte aantal zorgverze-

¹ Kamerstukken II 2011/2012, 33 288, nr. 6, p. 2.

keraars op de markt? Gaat de regering een aanwijzing geven aan de zorgverzekeraars als de premie collectief niet wordt verlaagd?

Opbrengst verhoging eigen risico

De leden van de **PVV**-fractie vragen of de regering bereid is de verhoging van het eigen risico ongedaan te maken, aangezien deze maatregel in de uitvoering bijna driekwart van de kostenopbrengst vergt: de netto opbrengst voor de schatkist is namelijk slechts € 240 mln (€ 800 mln. minus meerkosten van € 560 mln). Zij krijgen hierop graag een reactie.

Ook de leden van de **SP**-fractie hebben, mede namens de fractie van **GroenLinks**, een vraag over de opbrengst van het verhoogde eigen risico. In de memorie van toelichting wordt vermeld dat het hogere verplichte eigen risico naar verwachting leidt tot een toename van de niet-belastingontvangsten met € 800 mln (ze vallen wel onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ), echter niet onder het netto-BKZ, dat begrensd is). De netto-BKZ-uitgaven dalen naar verwachting als gevolg van het hogere verplichte eigen risico met € 800 mln. De verstrekte tegemoetkomingen eigen bijdrage GGZ belasten naar verwachting het exploitatiesaldo van het Zorgverzekeringsfonds met € 55 mln. Op een vraag van de leden van de PvdA-fractie in de Tweede Kamer wordt in de nota naar aanleiding van verslag¹ vermeld dat de stijging van de zorgtoeslag van € 560 mln niet tot de uitgaven voor het BKZ behoort. Klopt de constatering van de leden van deze fracties dat de maatregelen die met dit wetsvoorstel op zorggebied worden voorgesteld weliswaar een besparing van € 800 mln inhouden, maar dat dit effect macro voor een groot deel weer teniet wordt gedaan door een stijging van € 615 mln euro (€ 560 en € 55 mln euro) op andere gebieden? Graag krijgen zij hierop een duidelijke toelichting.

In het wetsvoorstel is met de nota van wijziging een lid toegevoegd aan artikel 11a, te weten lid 8 waarin wordt vermeld dat de minister aan zorgverzekeraars een vergoeding kan toekennen voor het verstrekken van de persoonsgegevens als bedoeld in het vierde lid. In welke gevallen denkt de regering dat dit nodig zal zijn? Verwacht de regering dat het een substantieel bedrag zal zijn, dat dan weer afgaat van de verwachte opbrengst van € 800 mln? Hebben de zorgverzekeraars aangegeven bepaalde voorwaarden aan de verstrekking te willen stellen, waaronder een financiële vergoeding?

Keuze voor verhoging eigen risico

Bij een eerdere behandeling van de Zorgverzekeringswet is door de Eerste Kamer verzocht een onderzoek te laten doen naar verschillende varianten voor betaling door patiënten. De leden van de **PvdA**-fractie vragen of de regering bij de keuze voor een forse verhoging van het eigen risico ook naar andere varianten heeft gekeken. En meer in het bijzonder, naar de variant om een vrije voet in te voeren voor patiënten met een chronische aandoening? Welke afweging heeft ten grondslag gelegen aan de uiteindelijke keuze voor een verhoging van het eigen risico? Is het inkomensafhankelijke eigen risico overwogen en waarom is daar niet voor gekozen?

Ook de leden van de fracties van **SP** en **GroenLinks** vragen of de regering bereid is onderzoek te doen naar een eenvoudige en gerichte compensatie van eigen betalingen in ZVW, AWBZ en WMO, waarbij een inkomensafhankelijk maximum geldt voor het totaal aan eigen betalingen.

¹ Kamerstukken II 2011/2012, 33 288, nr. 6, p. 10.

Eigen bijdrage ligdag en hoortoestellen

De leden van de **PVV**-fractie vragen of de regering bereid is een maximum van 10 dagen per jaar in te stellen voor het betalen van de eigen bijdrage van € 7,50 als liggend in het ziekenhuis. Het betreft namelijk geen eigen keuze en het is niet beïnvloedbaar; bovendien kan het bedrag behoorlijk oplopen. Deze leden vinden het dan ook onwenselijk dat er liggend moet worden betaald bij ziekenhuisopnames. Is de regering voorts bereid de ligduur te monitoren om een mogelijk verband met de invoering van de eigen bijdrage vast te kunnen stellen? Deze leden wijzen er in dit verband op dat de ligduur de afgelopen jaren is gedaald en dat Nederland de kortste ligduur heeft van de ons omringende landen. Hier is geen efficiëncyslag meer te behalen. De invoering van de eigen bijdrage is puur een lastenverzwaring voor de patiënt, waardoor patiënten mogelijk ziekenhuiszorg gaan mijden om kosten te besparen.

Is de regering bereid de eigen bijdrage slechts voor een hoortoestel te laten gelden voor mensen die aan beide oren een hoortoestel nodig hebben, aangezien mensen met gehoorproblemen aan beide oren door deze eigen bijdrage regeling dubbel getroffen worden?

De leden van de **PVV**-fractie vragen de regering op het bovenstaande nader in te gaan.

De leden van de **SP**-fractie vragen, mede namens de fractie van **Groen-Links**, hoe de eigen bijdrage van € 7,50 euro per ligdag is geregeld? Gebeurt dit per ministeriële regeling? Is die al gereed en ter inzage? Geldt deze bijdrage ook voor kinderen? Wordt het aantal dagen waarover € 7,50 euro betaald moet worden ook gemaximeerd? Wie moet de bijdrage innen: ziekenhuizen, zorgverzekeraars of **CAK**? Is het onderdeel van een **DOT**? Als mensen niet kunnen of willen betalen, moeten ze dan uit het ziekenhuis verwijderd worden? Als ze in het ziekenhuis overlijden, moet de familie dan betalen? Als de kosten bedoeld zijn voor eten, drinken en/of verzorging, mogen familieleden deze zorg dan op zich nemen, zoals vaak in Afrika gebeurt? Is het de regering bekend dat ziekenhuisopname van een familielid voor familie vaak extra kosten met zich meebrengt, zoals kosten voor reizen, extra wassen en zorg? Graag krijgen de leden van deze fracties hierop een reactie.

Eigen bijdrage GGZ

Wat de verzachting van de eigen bijdrage in de GGZ betreft, zijn de leden van de fractie van de **PvdA** verheugd dat de regering ten dele op haar schreden is teruggekeerd. De keuze voor een inkomensgrens, namelijk 110% van het minimumloon, komt naar het oordeel van deze leden echter uit de lucht vallen. Waarop is deze keuze gebaseerd? Hoewel een inkomensafhankelijke regeling billijker is dan een nominale eigen bijdrage voor iedereen, verbaast het de leden van de **PvdA**-fractie dat er geen gehoor is gegeven aan de grote inhoudelijke bezwaren. Juist mensen die moeilijk tot zorg en hulp te bewegen zijn, worden door een eigen bijdrage met een extra drempel opgezaagd, met als gevolg dat zij helemaal afzien van zorg. Staatssecretaris Teeven heeft zich bezorgd getoond over de gevolgen van deze maatregel, namelijk een grotere toeloop naar het gevangeniswezen. Heeft de regering laten uitrekenen hoeveel patiënten onder de 110% vallen en hoe groot de kans is dat deze groep alsnog zal afzien van noodzakelijke zorg?

Ook de uitvoering baart deze leden grote zorgen. Is het risico niet heel groot dat er een overdaad aan bureaucratie wordt gecreëerd? In dit voorstel is gekozen voor het meewegen van het inkomen van de partner

voor patiënten in de GGZ. Waarom is daarvoor gekozen? En wat voor gevolgen heeft deze keuze voor de privacy van de betrokken patiënt en zijn/haar partner? Ten slotte vragen de leden van de PvdA-fractie waarom de verzachting van de GGZ eigen bijdrage niet ook voor 2012 geldt?

De leden van de fracties van **SP** en **GroenLinks** stellen vast dat de eigen bijdrage voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg gehandhaafd blijft, ondanks de bezwaren die er nog steeds tegen bestaan. De eigen bijdrage-regeling GGZ is nu bijna 6 maanden oud. De leden van deze fracties informeren hoe de inning ervan door zorgverzekeraars verloopt. Wordt het aantal wanbetalers bijgehouden en gevoegd bij het grote leger van wanbetalers premie zorgverzekering?

Bij wanbetalers en onterecht onverzekerden kan de zorgtoeslag in zijn geheel worden gevorderd om een deel van de zorgverzekering te betalen. Bestaat een dergelijke mogelijkheid ook ten aanzien van de tegemoetkoming voor de eigen bijdrage GGZ? Kunnen gemeenten hiervoor een regeling treffen en is hiervoor een wetswijziging nodig?

Wanneer is de eerste rapportage gereed waarin de effecten van de eigen bijdrage GGZ in kaart worden gebracht? Wordt hierin ook het effect meegenomen van de eigen bijdrage verblijf GGZ? Welke effecten worden in de rapportage meegenomen? De leden van deze fracties denken aan effecten als minder gebruik van GGZ, meer overlast bij gemeenten, meer gedwongen opnames (omdat langer wordt gewacht met opname), stijgend medicatiegebruik (pillen zijn goedkoper dan praten), meer druk op de eerste lijn en niet in de laatste plaats – hoe wrang de vraag ook is – meer suïcides.

Er zijn instellingen die de eigen bijdrage GGZ zelf betalen, evenals gemeenten die dat voor hun (met name overlast veroorzakende chronische psychiatrisch zieke) burgers doen. Is het de regering bekend voor hoeveel GGZ-cliënten er tot nu toe door anderen (gemeenten, zorgverzekeraars via een speciale aanvullende verzekering of speciale fondsen) de eigen bijdrage GGZ is betaald? Kunnen zowel de instellingen als de betreffende gemeenten rechtstreeks de tegemoetkoming innen?

De eigen bijdrage voor de GGZ wordt verzacht voor minima en tot 110% van het sociaal minimum. De regering heeft aangegeven dat ongeveer 25% van de GGZ-cliënten hiervan zal profiteren. Dan blijft 75% over die wel de volle € 200/100 zal moeten betalen. Is het de regering bekend dat daar bijvoorbeeld ook gezinnen onder vallen (met bijvoorbeeld 4 kinderen, 2 van 12/14 jaar en 2 van 19/20 jaar) die in geval van ambulante therapie een veelvoud van € 200/100 moeten betalen? Multi-probleem gezinnen zitten nu eenmaal vaak in de lage inkomensgroepen. De leden van deze fracties vragen de regering hierop te reageren.

Het CAK heeft in korte tijd een stapeling en uitbreiding van taken gekregen. Gevraagd is naar de uitbreiding in fte en kosten die dat met zich mee zal brengen. Die vraag is nog niet beantwoord. Hoe staat het met de uitvoeringstoets? De leden van deze fracties hebben veel klachten over het functioneren van het CAK vernomen, hetgeen ook niet zo gek is gezien de toename van de taken. Zijn deze klachten bekend bij de regering en worden ze serieus genomen?

De leden van de fracties van SP en GroenLinks verbazen zich over het gemak waarmee ook weer met dit wetsvoorstel privacy van mensen wordt geschonden. Als vergoelijking wordt vermeld dat het CAK aan de belastingdienst burgerservicenummers van zowel de GGZ-cliënt als

zijn/haar partner verstrekt, waardoor de belastingdienst niet kan vaststellen wie de GGZ-cliënt is. Deze redenering geldt dan toch alleen voor de mensen met partner?

Overig

De leden van de **PVV**-fractie vragen of de regering bereid is stoppen-met-roken uit het pakket te laten en de rollator en de loophulpmiddelen in het pakket te houden, aangezien roken een eigen keuze is waar mensen zelf verantwoordelijk voor zijn, terwijl een loopprobleem geen eigen keuze is en mensen hiervoor niet zelf verantwoordelijk voor zijn?

De leden van de fracties van **SP** en **GroenLinks** constateren dat het stelsel dat met deze wetswijziging ontstaat erg ingewikkeld en lastig uit te leggen is. Op welke wijze gaat de regering de doelgroepen informeren over de voorgenomen maatregelen?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien met belangstelling de antwoorden van de regering tegemoet.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Slagter-Roukema

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