

Vergaderjaar 2011–2012

**33 288**

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

**Nr. 22**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 juni 2012

Afgelopen maandag hebben wij een wetgevingsoverleg gevoerd over de Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord en over de brief over de Voorhangprocedure o.g.v. art. 124 Zorgverzekeringswet. Tijdens dat wetgevingsoverleg heeft u verschillende vragen gesteld en heeft de SP-fractie bij haar inbreng de bij haar binnengekomen mails van mensen in het land ingebracht. Als bijlage bij deze brief vindt u mijn reactie op de mails van de SP-fractie schriftelijk, opdat deze reactie ook op eenvoudige wijze onder de aandacht van deze afzenders kan worden gebracht. Tevens beantwoord ik de door de fracties gestelde vragen. Tot slot ga ik in op het door het lid Leijten ingediende amendement.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers

## Reactie op inbreng bij het Wetgevingsoverleg

### Misverstanden

Uit de mails die de SP-fractie heeft ingebracht, is mij gebleken dat er een aantal misverstanden bestaat over de maatregelen die met deze wetswijziging genomen worden. Om te voorkomen dat mensen zich onnodig zorgen maken, wil ik starten met een aantal misverstanden die ik hoor in de reacties van de SP.

*Het eigen risico is zo hoog dat de voordelen van een aanvullende verzekering minimaal zijn geworden.*

Het eigen risico waar in dit kader over wordt gesproken, heeft alleen betrekking op zorg die in de basisverzekering zit. De verhoging van het eigen risico maakt het afsluiten van een aanvullende verzekering (waarmee men zich voor zorgkosten kan verzekeren die niet in de basisverzekering zitten) dan ook niet minder aantrekkelijk.

*Het verhogen van het eigen risico is een vorm van premieverhoging.*

Dit is niet het geval. Zoals ook in de Nota naar aanleiding van het Verslag (TK 2011–2012, 33 288, nr. 6) is gemeld, dalen als gevolg van de verhoging van het eigen risico de kosten voor de zorgverzekeraars uit dien hoofde met gemiddeld € 61. De verwachting is dat zorgverzekeraars dit voordeel in de vorm van een lagere premie aan de verzekerden zullen doorgeven. Doet een zorgverzekeraar dit niet, dan prijst hij zichzelf ten opzichte van andere zorgverzekeraars uit de markt.

*De tandarts valt onder het eigen risico.*

Bij verzekerden van 18 jaar en ouder zit de vergoeding van de kosten van de tandarts niet in het pakket van de basisverzekering. Aangezien het eigen risico slechts betrekking heeft op de basisverzekering, hoeft voor het bezoek aan de tandarts geen eigen risico te worden betaald. Bij verzekerden onder de 18 jaar zit het tandartsbezoek wel in het basispakket, maar zij betalen geen premie en geen eigen risico.

*Ten tijde van de Ziekenfondswet en particuliere verzekeringen was iedereen verzekerd.*

Dit is niet het geval. Personen tot een bepaald inkomen waren verplicht verzekerd op basis van de Ziekenfondswet. Personen die meer dan deze inkomensgrens verdienden, hadden echter de keuze om al dan niet een particuliere ziektekostenverzekering af te sluiten. Zij waren niet automatisch verzekerd en het afsluiten van een particuliere verzekering was voor hen ook niet verplicht.

Onder de Zorgverzekeringswet is iedereen onder dezelfde voorwaarden verplicht verzekerd.

*Stoma-middelen worden niet vergoed.*

Iedere zorgverzekeraar is verplicht om de hulpmiddelen die onder de basisverzekering vallen te leveren. Hij is echter niet verplicht om de hulpmiddelen van alle leveranciers te vergoeden, hier mag hij selectief in zijn, onder meer op grond van doelmatigheidsoverwegingen. Door goed in te kopen, kan hij de premie laag houden. Daardoor kan het voorkomen dat een bepaald merk van een hulpmiddel niet wordt vergoed. Dat neemt echter niet weg dat iedere verzekerde ten laste van zijn basisverzekering stoma-middelen kan krijgen.

*Ik moet de allerduurste zorgverzekering afsluiten, anders wordt mijn arts niet vergoed.*

De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om in zijn polis te bepalen dat bepaalde zorg alleen (volledig) wordt vergoed indien deze door bepaalde

zorgaanbieders wordt geleverd. In dat geval kan de patiënt deze zorg echter wel bij een andere arts ontvangen. De zorgverzekeraar is namelijk verplicht om ervoor te zorgen dat zijn verzekerden de zorg kunnen ontvangen die in de basisverzekering zit. Indien men zich wil verzekeren voor zorgvormen die niet onder de basisverzekering vallen, bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen, dient men hiervoor een aanvullende verzekering af te sluiten.

*De kosten voor een bezoek aan de huisarts vallen onder het eigen risico. Dit is niet het geval. Het bezoek aan de huisarts is uitgesloten van het eigen risico. Verzekerden hoeven op grond van deze maatregel dan ook niet af te zien van een bezoek aan de huisarts.*

### **Door de SP-fractie ingebrachte reacties**

Uit de reacties die de SP-fractie heeft ingebracht zie ik een zevental thema's naar voren komen. Op die thema's zal ik ingaan.

*Met verhoging van het eigen risico worden mensen die ziek zijn gestraft, terwijl mensen er niet voor kiezen om ziek te zijn.*

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van Ron Kretzschmar, P.S.M. Goosens, R.E. van Kouteren, dhr. Tulden, anoniem, Gerard en anoniem.

Ik wil benadrukken dat het verplicht eigen risico geen straf is voor mensen die ziek zijn. Hiervoor is het eigen risico niet bedoeld en dat zou ook niet eerlijk zijn, omdat ziek-zijn bijna nooit een vrije keuze is van mensen. Door het verplicht eigen risico betalen alle verzekerden een deel van hun zorgkosten zelf. Juist omdat (verhoging van) het verplicht eigen risico betrekking heeft op alle verzekerden van 18 jaar en ouder, is het ook een relatief solidaire maatregel. Althans, meer solidair dan een pakketmaatregel die met name een specifieke patiëntengroep zou treffen. Ook gezonde verzekerden met eenmalige zorgkosten, bijvoorbeeld vanwege een gebroken been, krijgen te maken met het eigen risico. Dat is eveneens een element van solidariteit.

Met (verhoging van) het eigen risico wordt ook het kostenbewustzijn van de verzekerde vergroot en worden de collectieve lasten verlaagd. Zieken met een laag inkomen en zieken die voorspelbaar het verplicht eigen risico volmaken worden ontzien via de zorgtoeslag en de CER. Zo worden de zwaarste lasten gedragen door de sterkste schouders. Voorts wil ik erop wijzen dat om de solidariteit in het zorgsysteem op langere termijn te behouden, het nodig is dat er onder gezonde verzekerden voldoende draagvlak voor de verzekering moet blijven bestaan. Eveneens met het oog daarop is goed verdedigbaar dat verzekerden die zorg gebruiken en daarmee profijt hebben van de verzekering, ook een deel van de kosten zelf dragen. Dat draagt bij aan het draagvlak voor de solidariteit bij gezonde verzekerden, die weinig of geen zorg gebruiken en eigenlijk vooral premie betalen.

*Door het algehele kabinetsbeleid wordt het steeds moeilijker om rond te komen. Het feit dat veel mensen het eigen risico al in de eerste maanden van het jaar volmaken, versterkt dat gevoel.*

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van Nel, Wendy Kievit, Ton, Wilma, Marjon Takken, G.H. de Grutter, Esther Frissen, de heer Hogenaar, Harry Luiks, Carolien, Richard, Rini, F. Haarsma, Marja, Katinka Bechtold, Marco Hart, Arnoud van Gaal, Ingrid Krommenhoek, Marianne Pol, Trees van Antwerpen, Bastiaan, Jawat, een oudere, Gerrit Houterman,

meneer of mevrouw Litjens, Henk Struis, Monique de Groot, anoniem, anoniem, Marian Toepoel en Annelies Pol.

Het pakket aan maatregelen dat in het Begrotingsakkoord 2013 is opgenomen, omvat behalve maatregelen op het terrein van de zorg, ook veel ingrepen op andere gebieden. Dit is nodig omdat de problemen met de overheidsfinanciën groot zijn en per 2013 reeds fors moet worden ingegrepen. Dit om de overheidsfinanciën op orde te krijgen en om te voorkomen dat we schulden naar onze kinderen en kleinkinderen doorschuiven. Als het kabinet en de vijf partijen die het Begrotingsakkoord 2013 steunen, dat niet gedaan zouden hebben zouden de komende generaties veel rente moeten betalen over de olopende staatsschuld. Er zou dan geen ruimte in toekomstige begrotingen resteren om de dan spelende problemen aan te kunnen pakken, zonder nog forsere ingrepen te plegen. Het kabinet en de vijf bedoelde partijen hebben er voor gekozen die verantwoordelijkheid niet naar de toekomst door te schuiven. Met zo'n omvangrijk pakket aan maatregelen – ook buiten de zorg – valt er niet aan te ontkomen dat iedere burger dat in zijn portemonnee merkt. Er is daarbij gekozen voor een zo evenwichtig mogelijk koopkrachtbeeld voor de diverse inkomensgroepen. Ik besef dat iedereen de financiële gevolgen in 2013 zal voelen en dat 2013 geen gemakkelijk jaar wordt. Uiteindelijk wordt met het gekozen pakket aan maatregelen voor 2013 voorkomen dat de overheidsfinanciën echt uit de hand lopen. Zonder dit pakket was – met verkiezingen in aantocht – het risico te groot dat 2013 een verloren jaar zou zijn voor de gezondmaking van de overheidsfinanciën. Dat risico moeten we niet (willen) lopen.

Het is inderdaad zo dat bepaalde groepen verzekerden al in de eerste maanden van het jaar hun volledige eigen risico volmaken. Deze situatie komt ook nu voor. Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen. Een verzekerde kan hiervoor een verzoek indienen. De zorgverzekeraar is niet verplicht het verzoek te honoreren, dit wordt per verzekerde bekeken. Ik ben niet voornemens om zorgverzekeraars te verplichten om de verzoeken te honoreren. Het verplicht honoreren van betalingsregeling biedt namelijk ook mogelijkheden voor verzekerden, die het verplicht eigen risico wel zouden kunnen betalen, om een betalingsregeling aan te vragen. Ik laat de zorgverzekeraars dus vrij om per geval te bepalen of een betalingsregeling nodig is. Ik ben me ervan bewust dat het voor een verzekerde vervelend is dat hij of zij een betalingsregeling moet treffen, als hij of zij niet kan voldoen aan zijn betalingsverplichtingen. Dit zal met name het geval zijn voor verzekerden met een laag inkomen die vroeg in het jaar het verplicht eigen risico vol maken. De groep die het verplicht eigen risico al in de eerste maanden van het jaar vol maakt en een laag inkomen heeft, wordt in de loop van het jaar via de zorgtoeslag gecompenseerd voor het verplicht eigen risico. Zij kunnen het verplicht eigen risico daardoor betalen en de toegankelijkheid komt voor hen niet in gevaar. Verzekerden met een hoger inkomen moeten zelf de kosten voor het verplicht eigen risico dragen. Zo dragen de sterkste schouders ook de zwaarste lasten.

*Waarom geen inkomensafhankelijke premies en inkomensafhankelijk eigen risico?*

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van Ing. O Wieber, Johan Damen, Ton van Empel, Riek, Ton Jansen, Yvonne Valk, anoniem, Rene van der Waal, Chris Baggerman, Alephar en Rick.

De premies zijn al voor 50 % inkomensafhankelijk. Gemiddeld de helft van de premie wordt opgebracht met de inkomensafhankelijke bijdrage via de

inkomstenbelasting. De andere helft is de nominale premie die verzekeren betalen. Rekening houdend met de zorgtoeslag is de inkomensafhankelijkheid voor lagere inkomens veel groter dan 50%. Het volledig inkomensafhankelijk maken van de premies is niet wenselijk omdat er dan geen reden meer zou zijn op zoek te gaan naar een goedkopere zorgverzekeraar. Dit zou niet helpen voor de door ons allen nagestreefde vergroting van de doelmatigheid in de zorg.

Er is ook een vraag gesteld waarom het eigen risico niet inkomensafhankelijk wordt gemaakt, via de fiscus. Ook in 2012 geldt al dat het eigen risico inkomensafhankelijk is, doordat het gemiddeld eigen risico wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. Of en hoeveel wordt gecompenseerd is afhankelijk van de hoogte van het inkomen van de verzekerde. De zorgtoeslag wordt uitgevoerd door de fiscus. Vanaf 2013 geldt dat de voorliggende verhoging van het eigen risico met € 115,- voor de laagste inkomens volledig wordt gecompenseerd.

#### *Zorgmijders*

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van Rene, Moniek Falke, Harry Schoonewille, Liesbeth Nieuwenhuizen, Evelien, anoniem, Francesca Wiegman, Wouter van Dullink, Abra van der Velden, Wim Kemperland, Andra, mevrouw Spaan, Wendy Bos, Bea Koopmans, Arnoud en anoniem.

Ik vind dat zorg uit het basispakket toegankelijk moet zijn ook voor de laagste inkomens. Daarom zullen inkomens op en onder het minimum inkomen met ingang van 2013 volledige compensatie ontvangen voor deze verhoging van het eigen risico via de zorgtoeslag en daarboven wordt de compensatie afgebouwd. Zo gaan de laagste inkomens er qua koopkracht door deze maatregel niet op achteruit. Ze hoeven dan ook niet bang te zijn dat ze door de verhoging van het eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag moeten afzien van zorg. Daarom verwacht ik geen substantiële stijging van de zorgmijders. Overigens volgt uit het Ecorys rapport inzake de evaluatie van het verplicht eigen risico uit voorjaar 2011 (Kamerstukken 2010–2011, 29 689, nr. 325) dat het verplicht eigen risico niet of nauwelijks heeft geleid tot toename van zorgmijding.

#### *Salarissen in de zorg*

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van Manfred Santing, Annemieke, Niels Kloosterhuis, Ernest Maas, N. T. Harmsen, Dienneke Milker, meneer of mevrouw Van Strien, anoniem, Ed Clarijs, Ge Schuurmans, Linda Bonin en Mark.

Door verschillende mensen is gewezen op de hoogte van de salarissen van artsen en verzekeraars. Als eerste ga ik in op de salarissen van medisch specialisten. In het akkoord dat ik heb gesloten met de medisch specialisten is gemiddeld 19% minder salaris van medisch specialisten afgesproken. Tevens is in het begrotingsakkoord afgesproken dat onderzoek wordt gedaan naar de of de medisch specialisten (in loondienst en vrijevestigd) in Nederland meer verdienen dan in andere Europese landen. In dit onderzoek worden ook beleidsopties geïnventariseerd voor de wijze waarop -indien medisch specialisten mee verdienen- die inkomens dan meer in lijn kunnen worden gebracht met die van hun collega's in andere landen. Ook de optie van degressieve tarieven (dat wil zeggen steeds lagere tarieven naarmate een medisch specialist meer doet) zal in het onderzoek worden betrokken.

Ten tweede de inkomens bij zorgverzekeraars. De inkomens van de bestuurders van zorgverzekeraars vallen onder de reikwijdte van de Wet normering topinkomens. Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer zijn de inkomens bij de zorgverzekeraars onder de sectorale bezoldigingsnorm gebracht. Dat betekent dat de minister voor een sector jaarlijks een maximumbedrag aan bezoldiging vaststelt. Dit geldt dan voor nieuw af te sluiten arbeidscontracten. De Eerste Kamer heeft de Raad van State om voorlichting hierover gevraagd. De Eerste Kamer heeft vragen gesteld in het voorlopig verslag over het wetsvoorstel. Deze vragen zullen worden beantwoord door de minister van BZK.

*Ziekenhuizen en apothekers streven naar omzetmaximalisatie; er zitten op dat punt verkeerde prikkels in het systeem.*

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van Martin de Vos, anoniem, Guido van Beek, Anita de Ruiter en anoniem.

Het valt niet te ontkennen dat er prikkels bestaan voor beroepsbeoefenaren, zoals bijvoorbeeld apothekers, en ziekenhuizen om hun omzet te vergroten. Beroepsbeoefenaren hebben er direct belang bij; meer omzet leidt bijna altijd tot een hoger inkomen. Bij ziekenhuizen kan meer omzet leiden tot een sterkere positie ten opzichte van andere ziekenhuizen in de regio. Dat hoeft niet verkeerd te zijn. Ten tijde van de budgetfinanciering kenden we in Nederland lange wachtlijsten. Mensen die het konden betalen, lieten zich behandelen in het buitenland. Lange wensen zijn ongewenst omdat de ziekte kan verergeren als men niet op tijd wordt geholpen.

Om te voorkomen dat beroepsbeoefenaren en ziekenhuizen hun omzet zo maar kunnen vergroten, is het van essentieel belang dat er een goede tegenkracht is in de vorm van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben er alle belang bij om tegenwicht te bieden aan de zorgaanbieders. In de afspraken die zij met zorgaanbieders maken over de zorgproductie voor een bepaald jaar, moeten zij rekening houden met een eventueel streven van hun onderhandelingspartners om de omzet te vergroten, zonder dat het noodzakelijke en nuttige zorg betreft. Met de afbouw per 2012 van de ex post compensatie in de risicoverevening zijn de prikkels voor de zorgverzekeraars fors versterkt om gericht zorg in te kopen en stevig te onderhandelen met zorgaanbieders. De Zvw bevat dus meer instrumenten waarmee zorgverzekeraars worden gestimuleerd om tegenwicht te bieden tegen niet-nuttige omzetvergroting door zorgaanbieders. Deze instrumenten zijn ook nodig om de zorgverzekeraars aan te zetten tot gericht inkoop van zorg en alert te blijven op ontwikkelingen bij zorgaanbieders. Dit alles draagt er aan bij dat de noodzakelijke zorg in de Zvw betaalbaar en toegankelijk blijft.

Ook heb ik in het Hoofdlijnenakkoord met de ziekenhuissector voor de komende jaren en in het bestuurlijk akkoord met de GGZ een beheerste kostenontwikkeling afgesproken. In het Hoofdlijnenakkoord zijn voor het eerst afgesproken gemaakt met de zorgverzekeraars. Daarmee wordt omzetmaximalisatie bij de ziekenhuizen en in de GGZ voorkomen. Ten slotte wil ik er op wijzen dat indien in de ziekenhuissector De medisch specialisten maximale productie draaien, dit wordt «teruggehaald» met het macrobeheersingsinstrument (MBI). Met de inzet van dat ultimium remedium kan de overheid de macro-kosten in een bepaalde sector van de zorg in een jaar tot een bepaald niveau beperken. Ook daarmee kan omzetmaximalisatie in de betreffende sector worden tegengegaan.

*De zorg kan veel doelmatiger en er kan veel verspilling worden tegengegaan.*

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van Anoniem, Jo, Jacques Wagmans, Henny Karsenberg, Francine, Henk Wieland, Joris Verbakel, Rob Brons, Marinus Bijl, Nicole, Wiebe Giebels, Karin Smit-Bos en Hans.

Het klopt dat er in de zorg veel doelmatigheidswinst is te bereiken en dat verspilling aanzienlijk kan worden teruggedrongen. Ik heb actief beleid ingezet gericht op het vergroten van de doelmatigheid in de zorg en het terugdringen van verspilling. Ik noem in dit verband een aantal initiatieven:

- het Hoofdlijnenakkoord met de ziekenhuizen, het akkoord met de medisch specialisten en het curatieve GGZ-akkoord. In deze akkoorden zijn afgesproken gemaakt over doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen (goedkoop waar dat kan, duur waar dat moet), voor zorg in de buurt, preventie en zelfzorg. Ook hebben de patiënten organisatie NPCF, de artsenorganisatie KNMG, de verzekeraars en de NZa, ZonMw en DBC-onderhoud afspraken gemaakt over zorg die zinnig en zuinig is.
- het Kwaliteitsinstituut dat de ontwikkeling van professionele standaarden gaat stimuleren en daarbij waarborgt dat in de professionele standaarden voldoende aandacht wordt geschonken aan doelmatigheid van zorg;
- Naar aanleiding van het onderzoek van Buurtzorg zijn we in gesprek over een andere organisatie van de distributie van verbandmiddelen, kijken we naar hergebruik van ongebruikte geneesmiddelen de de geneesmiddelenverstrekking bij ouderen.
- ik heb opdracht gegeven een onderzoek te doen naar de activiteiten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders op het gebied van doelmatigheid. Deze inventarisatie zal de basis vormen voor het verder bevorderen van initiatieven op dit terrein.

Dit laat echter onverlet dat, ondanks alle initiatieven om de doelmatigheid te vergroten en verspilling tegen te gaan, een verhoging van het verplicht eigen risico per 2013 noodzakelijk is met het oog op de betaalbaarheid van de kosten van de zorg. Het gaat niet om een keuze tussen maatregelen, alle maatregelen moeten worden ingezet om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van ons zorgsysteem op langere termijn te kunnen handhaven. Ik verwijs ook naar de publicatie «Hoeveel extra is de zorg ons waard».

### **Vragen fracties**

De vragen van de verschillende fracties zal ik beantwoorden in de volgorde waarin zij gesteld zijn.

*SP*

1 en 2

*De SP-fractie vraagt waarom de behandeling van het wetsvoorstel om het verplicht eigen risico te verhogen nu moet worden behandeld en niet kan wachten tot na de verkiezingen van 12 september.*

Met het oog op het tijdig verschaffen van duidelijkheid aan de verzekerden, zorgverzekeraars en andere betrokken instanties is het van groot belang dat voor de zomerperiode zoveel mogelijk zekerheid bestaat over de te nemen maatregelen. Zo kunnen zorgverzekeraars rekening houden met alle wijzigingen bij het opstellen van hun polisvoorwaarden. Ook bij het opstellen van de risicoverevening kan rekening worden gehouden met



een verplicht eigen risico van € 350 voor 2013. Vorig jaar volgde de verhoging van het verplicht eigen risico uit afspraken van het regeerakkoord. Dat werd toen door betrokkenen, waaronder de zorgverzekeraars, gezien als voldoende duidelijkheid, waardoor behandeling in september op tijd was. Zorgverzekeraars konden hierdoor tijdig hun polisvoorwaarden opstellen en hun premies berekenen.

3

*De SP-fractie vraagt of het kabinet alternatieven heeft overwogen voor de maatregelen?*

Het begrotingsakkoord is tot stand gekomen na zorgvuldig overleg met de vijf betrokken politieke partijen. Door eerder genomen maatregelen is de speelruimte voor nieuwe maatregelen beperkt. Zo is in het Regeerakkoord een maatregel opgenomen dat vanaf 2015 € 1,3 miljard wordt omgebogen via het uit het verzekerd pakket halen van de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast. Dat beperkt de mogelijkheden tot het nemen van aanvullende pakketmaatregelen met een substantiële opbrengst.

Daarnaast wordt door het kabinet stevig ingezet op afspraken met het veld over beheersing van de zorguitgaven. Eerder zijn met ziekenhuizen, ZBC's en medisch specialisten akkoorden gesloten en deze week is een akkoord met de GGZ getekend.

Bovenstaande betekent dat voor meer dan 2/3 van de Zvw-uitgaven reeds beheersingsmaatregelen in gang zijn gezet, dan wel dat er reeds besparingen zijn ingeboekt die nog verder zullen worden ingevuld. Internationaal gezien kent Nederland relatief weinig eigen bijdragen. Tegen deze achtergrond zijn aanvullende maatregelen gezocht in het verder vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Dus is gekeken naar mogelijkheden voor het introduceren of verhogen van eigen bijdragen en het verder verhogen van het eigen risico. Dergelijke maatregelen kunnen tevens een bijdrage leveren aan het afremmen van onnodig zorggebruik.

Alternatieven voor een verhoging van het eigen risico zijn geïnventariseerd. Te noemen vallen de introductie van een eigen bijdrage per zorgproduct (€ 25 per DBC met een opbrengst van circa € 340 miljoen) en verschillende varianten met betrekking tot de invoering van een eigen bijdrage per geneesmiddelvoorschrift (€ 3, € 4 of € 5 met een maximum van € 100) met een opbrengst die oploopt van € 165 miljoen tot € 340 miljoen.

Voor deze alternatieven is echter niet gekozen. De partijen die betrokken waren bij het begrotingsakkoord gaven de voorkeur aan een verhoging van het eigen risico. Belangrijke overweging daarbij was dat in combinatie met een verhoging van de Zorgtoeslag lagere inkomensgroepen gericht kunnen worden ontzien.

4

*De SP-fractie vraagt naar de zorg als motor van de economie in plaats van als kostenpost.*

De baten van zorg zijn erg belangrijk. We worden met zijn allen immers gezonder en leven langer. Dat betekent ook dat meer mensen in staat zijn te werken. Wanneer we ons systeem daarop aanpassen, door bijvoorbeeld de pensioenleeftijd verder te verhogen, gebeurt dat ook.

Dat de zorg veel baten heeft, betekent echter niet dat de zorg niet betaald moet worden. We zien dat de zorg een steeds groter deel van ons nationaal inkomen opslokt en consequent harder groeit dan onze economie. Door alleen te constateren dat de zorg ook baten kent, komen



we er niet. De zorgkosten blijven immers stijgen en vormen, doordat we de zorguitgaven financieren uit belastingen en verplichte premies, een aanslag op onze economie en onze huishoudportemonnee. Door de steeds maar stijgende zorgpremies houden mensen steeds minder over voor andere zaken (vakantie, huis, auto, voeding). We zullen dus keuzes moeten maken.

5

*De SP-fractie vraagt waarom het verplicht eigen risico naar € 350 wordt verhoogd. Waar is dat bedrag op gebaseerd?*

Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag reeds is opgenomen, heeft de regering er bij het opstellen van het Begrotingsakkoord 2013 voor gekozen om voor € 800 miljoen te bezuinigen via het verplicht eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag. Rekening houdend met de budgettaire effecten van de beoogde compensatie via de zorgtoeslag levert een verhoging van het verplicht eigen risico van € 115 een bezuiniging op van € 800 miljoen.

6

*De SP-fractie vraagt waarom € 7,50 gekozen is als eigen bijdrage ligdag.*

De verpleegkosten bij opname in het ziekenhuis worden op dit moment volledig betaald uit de premie voor de zorgverzekering. Dat geldt ook voor de verblijfskosten. Deze kosten, die niet zorggerelateerd zijn, vervangen voor een deel de kosten die thuis ook gemaakt zouden worden. De hotelmatige verblijfskosten in het ziekenhuisverblijf bedragen circa € 50 per dag, exclusief gebouwgebonden kosten, waarvan circa € 16 samenhangen met voeding.

Het is dus niet onredelijk om een bedrag van € 7,50 per dag te vragen dat mensen besparen op kosten voor onder meer eten en drinken.

7

*De SP-fractie vraagt waarom de minister niets doet aan salarissen van specialisten?*

Met het akkoord dat eind 2010 is gesloten met medisch specialisten is fors ingegrepen in de salarissen van medisch specialisten (een gemiddelde korting van 19%). Met ingang van 2011 is een totale korting opgelegd van 606 miljoen euro. Dit komt neer op een gemiddelde korting van circa 25%. Voor de periode 2012 tot en met 2014 heb ik, om de uitgaven structureel naar een aanvaardbaar niveau bij te buigen, een beheersmodel ingevoerd waarbij voor elke instelling een honorariumplafond van toepassing is. Hierbij is rekening gehouden met een beheerste jaarlijkse groei van 2,5% (exclusief loon- en prijsbijstelling). In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om een onderzoek uit te voeren naar de relatieve inkomenspositie van medisch specialisten. Daarbij vindt een inventarisatie plaats van beleidsopties om de inkomens van specialisten in Nederland – voor zover dat niet het geval is – in lijn te brengen met dat van hun collega's in andere landen.

8

*De SP-fractie vraagt waarom de eigen bijdrage GGZ niet in zijn geheel wordt teruggedraaid of afgeschaft.*

De regering heeft vorig jaar al besloten dat de overschrijding in de sector GGZ binnen de sector zelf opgelost moet worden. Daarbij is gekozen voor een pakket aan maatregelen dat zo evenwichtig mogelijk neerslaat binnen de sector en (deels) ook bij de patiënt.

Omdat vóór 1 januari 2012 al een eigen bijdrage in de eerste lijn GGZ bestond, was er een prikkel om voor de duurdere tweede lijn te kiezen. Om deze ongewenste prikkel weg te nemen en om het kostenbewustzijn van patiënten te vergroten, is besloten tot invoering van de eigen bijdrage in de tweede lijn GGZ. Het volledig terugdraaien van de eigen bijdrage zou dit effect voor alle GGZ-patiënten teniet doen. Daarnaast zijn hiervoor geen financiële middelen beschikbaar.

9

*De SP-fractie vraagt waarom het CAK de compensatie GGZ gaat uitvoeren.*

De dienstverlening van het CAK heeft eind 2007 onder druk gestaan voor wat betreft de inning van de eigen bijdragen intramurale AWBZ zorg. Inmiddels is de dienstverlening van het CAK sterk verbeterd. Ik verwacht dat het CAK de tegemoetkoming voor de eigen bijdragen GGZ vanaf 2013 dan ook goed zal uitvoeren. Het CAK is inmiddels gevraagd een uitvoeringstoets op te stellen. Ik wil benadrukken dat het CAK de eigen bijdragen GGZ niet zelf gaat innen en dat alleen de tegemoetkoming via het CAK loopt.

10

*De SP-fractie vraagt waarom de GGZ-compensatie achteraf wordt uitgekeerd.*

Om per 2013 de lage inkomens tegemoet te komen, is compensatie achteraf door het CAK de enige haalbare optie. Voor verzekerden met een laag inkomen is het van belang dat de tegemoetkoming snel wordt uitbetaald, zo snel mogelijk na het moment dat de rekening voor de eigen bijdrage GGZ bij de verzekerde op de mat valt. Hiertoe initieer ik overleg met zorgverzekeraars, Vektis en het CAK. Overigens, zoals ik reeds bij de vorige vraag van het lid Leijten van de SP-fractie heb opgemerkt, keert het CAK de compensatie ambtshalve uit, mensen hoeven de compensatie GGZ dus niet eerst zelf aan te vragen.

11 en 12

*De SP-fractie vraagt zich af of kinderen met een verstandelijke handicap als gevolg van bezuinigingen op beschermd wonen thuis moeten blijven. Ook vragen de SP-fractie zich af of deze bezuiniging op beschermd wonen niet anders kan.*

In het Begrotingsakkoord 2013 is de afspraak gemaakt om de zorg uit de lichtere zorgzwaartepakketten voor nieuwe cliënten te extramuraliseren en niet meer vanuit de instellingen te bieden. Hiermee wordt voorkomen dat de zorg wordt geleverd in een duurdere instelling. Cliënten worden voortaan in de eigen omgeving geholpen en krijgen daar de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben.

Deze maatregel sluit aan bij het concept van zorg in de buurt en de trend van extramuralisering die in de praktijk veelal al werkelijkheid is. De maatregel wordt nader uitgewerkt door de staatssecretaris van VWS en zij zal de resultaten daarvan meenemen in de definitieve aanwijzing contracteerruimte 2013 die zij kort na Prinsjesdag bij uw Kamer zal voorhangen.

Overigens heeft deze maatregel geen effect voor bestaande cliënten; bestaande cliënten behouden hun rechten, ook bij een herindicatie.

13

*De SP-fractie vraagt of de minister van VWS kan uitleggen waarom er € 130 miljoen. winst is in de ouderenzorg en er niks naar de patiënten gaat?*

Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Het geldt dat zorginstellingen «overhouden» hebben zij nodig om bijvoorbeeld te investeren in huisvesting. Zorginstellingen maken zelf de keuze waaraan ze het geld besteden. Deze investering kan ook in het versterken van zorg voor patiënten zijn. De winst mag echter niet uitgekeerd worden.

14

*De SP-fractie vraagt of de minister kan uitleggen waarom verzekeraars veel geld besteden aan reclame, terwijl de verzekerde blijft betalen?*

De hoeveelheid geld die zorgverzekeraars uitgeven aan reclame valt buiten mijn verantwoordelijkheid. De uitvoering van de Zorgverzekeringswet is in handen gegeven van private zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars hebben een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om hun marktpositioneringsstrategie. Zorgverzekeraars moeten hun zorgplicht nakomen; zij hebben daarnaast de vrijheid om te bepalen op welke wijze zij reclame maken, hoeveel geld ze daaraan besteden, en hoe dit tot uitdrukking komt in hun premiebeleid. Uit de jaarverslagen van zorgverzekeraars blijkt overigens dat van elke euro premie bij verzekeraars gemiddeld 95 cent naar de zorg gaat en 5 cent naar overhead.

15

*De SP-fractie merkt op dat er veel verspilling in de zorg plaatsvindt. Zij vraagt zich af waarom er niks aan de verspilling wordt gedaan, terwijl het verplicht eigen risico wel wordt verhoogd.*

Het is niet zo dat niks tegen verspilling wordt gedaan. Integendeel, ik vind het tegengaan van verspilling in de zorg erg belangrijk. Daartoe zijn in de afgelopen periode een aantal initiatieven genomen zoals eerder in deze schriftelijke antwoorden is aangegeven. Aanpak van verspilling moet absoluut prioriteit houden.:

16

*De SP-fractie vraagt naar de wanbetalers. Hoeveel wanbetalers heeft de minister nodig om te zien dat de premiestelling inkomensafhankelijk moet worden?*

Het merendeel van de premiebetalers – ook bijstandsgerechtigden – betaalt netjes hun premie. Dat neemt niet weg dat de wanbetalersproblematiek mijn aandacht heeft en dat mijn beleid erop gericht is deze groep zo beperkt mogelijk te houden.

Ik streef ernaar in de zomer de rapportage over de VWS-verzekerdenmonitor naar de Kamer te sturen. Hierin wordt u uitvoerig geïnformeerd over de laatste stand van zaken met betrekking tot de wanbetalers, de onverzekerde verzekeringsplichtigen, illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, gemoedsbezwaarden en de verdragsgerechtigden.

Volledigheidshalve wil ik graag opmerken dat het eigen risico voor de Zorgverzekeringswet de facto al inkomensafhankelijk is door de compensatie via de zorgtoeslag. Door de voorgenomen aanpassing van de zorgtoeslag per 2013 worden lage inkomens bovendien volledig gecompenseerd voor de stijging van het eigen risico. Ook de premie is inkomensafhankelijk, enerzijds op de loonstrook, anderzijds door de zorgtoeslag.

17

*De SP-fractie vraagt naar de hoortoestellen. Zij zijn er niet van overtuigd dat de maatregel ervoor zorgt dat het goedkoper wordt. Bovendien vragen zij of het mogelijk is een vergelijkbare regeling voor kinderen te treffen, als bij brillenglazen.*

Het huidige systeem van een maximum vergoeding heeft grote nadelen. Er is nu geen enkele prikkel tot prijsonderhandeling omdat de schadelast nu voor iedere verzekeraar hetzelfde is. De maximum vergoeding van € 500 is verworden tot een minimumprijs.

Dit kan doorbroken worden door de functiegerichte aanspraak in te voeren én maximum vergoeding te schrappen. De financiële prikkel hoort daarmee te liggen waar hij hoort, namelijk bij de inkopende verzekeraar. Wat dat betreft verwijs ik naar het succes van het geneesmiddelenbeleid waar de prijzen fors gedaald zijn.

Voor wat betreft een regeling voor kinderen het volgende. Ook bij de brillenglazen voor kinderen gaat een eigen bijdrage gelden, net als nu bij contactlenzen het geval is.

18

*De SP-fractie heeft aan het eind van het debat ook gevraagd naar de brief die tijdens het debat naar de Kamer is gestuurd en waarin is aangegeven dat in een tegen de Staat ingestelde rechterlijke procedure onder meer de vraag aan de orde wordt gesteld of de op dit moment geldende juridische grondslag voor het opleggen van eigen bijdragen voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg wel geheel correct is. De fractie heeft gevraagd welke bepalingen technisch niet kloppen, welke procedure wordt gevolgd en op welk termijn het probleem is opgelost.*

Enkele cliënten, het Landelijk platform GGz, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie en enkele zorgaanbieders hebben in februari 2012 een rechtszaak tegen de Nederlandse overheid aangespannen waarin de rechtmatigheid van de eigen bijdrage-regeling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, zoals deze geldt vanaf 1 januari 2012, wordt aangevochten.

Artikel 11, derde lid, van de Zorgverzekeringswet schrijft voor dat de grondslag van de eigen bijdrage bij algemene maatregel van bestuur wordt geregeld. Artikel 11, vierde lid, staat vervolgens subdelegatie toe; bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

Aan deze wettelijke bevoegdheden is invulling gegeven door in het Besluit zorgverzekering te bepalen dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt, waarna in de Regeling zorgverzekering de hoogte en verdere modaliteiten van de eigen bijdragen voor geneeskundige geestelijke gezondheid nader zijn geregeld. Op dezelfde wijze zijn sinds 1 januari 2006 de andere bijdragen voor curatieve zorg geregeld.

Hoewel de Staat zich op het standpunt stelt dat in de Regeling zorgverzekering rechtmatig is bepaald dat een eigen bijdrage voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt geheven, is uitsluitend ter voorkoming van onzekerheid besloten het Besluit zorgverzekering aldus te wijzigen dat voor de toekomst en met terugwerkende kracht wordt bepaald dat bijdragen worden geheven. Datzelfde zal ook voor de andere bijdrage voor curatieve zorg met terugwerkende kracht worden geregeld. Met deze technische aanpassingen wordt geen materiële wijziging ten opzichte van het huidige beleid, beoogd.

De procedure is dat deze technische bepalingen nog aan het ontwerpbesluit worden aangebracht voordat het na afloop van de voorhangperiode aan de Raad van State voor advies wordt gezonden.

Tot slot hebben verschillende mailers en de heer van Raak gerefereerd aan het ziekenfonds. Het ziekenfonds dat maar een paar tientjes premie kostte en waarvoor iedereen goede zorg kreeg. Voor de Zvw bestonden er

verschillende ziektekostenverzekeringen: Ziekenfondswet, publiekrechtelijke ziektekostenregelingen, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen. Waar je was verzekerd was geen keuze. Afhankelijk van baan en inkomen werd je bij een verzekeringssysteem ingedeeld. Er bestond voor de groep particulier verzekerden geen verzekeringsplicht. Met de Zvw werd een einde gemaakt aan deze ongelijkheid en versnippering. Er kwam één verzekering voor iedereen met een acceptatieplicht voor verzekeraars, zonder risicoselectie en met dezelfde premie voor iedereen bij een bepaalde verzekeraar. Ook werd er een verzekeringsplicht ingevoerd. Nostalgie is menselijk. Het idee dat de zorg destijds een schijntje kostte en nu onbetaalbaar is geworden door de Zvw is onjuist.

Er is weliswaar een kostenstijging in de zorg maar die wordt niet zozeer veroorzaakt door de wijziging in het verzekeringssysteem. Oorzaken liggen veel meer bij het wegwerken van de wachtlijsten, medische-technologische ontwikkelingen, (dubbele)vergrijzing en de patiënt die steeds mondiger en veeleisender wordt. Ook bestaat de neiging – zowel bij artsen als patiënten – om niet snel met de behandeling te stoppen, ook aan het eind van het leven. Bovendien wijs ik erop dat in de ons omringende landen zich een vergelijkbare kostenontwikkeling voordoet.

PVV<sup>1</sup>

1

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister van mening is dat mensen de keuze hebben opgenomen te worden in het ziekenhuis? Meent zij, zo wordt gevraagd dat zij kunnen kiezen hoeveel dagen zij worden opgenomen?*

Mensen zullen over het algemeen kiezen voor een ziekenhuisopname, als de opname voor hen medisch noodzakelijk is. In dat opzicht is er ook niet een echte keuze voor het aantal ligdagen. Zij zullen daarin doorgaans het advies van de medisch-specialist volgen. De eigen bijdrage voor een ligdag belemmert die keuze niet. Deze bedraagt immers een bedrag dat zij besparen op kosten die ze gemaakt zouden hebben als ze niet opgenomen zouden zijn.

2

*De PVV-fractie heeft gevraagd op basis van welke berekening het bedrag van € 7,50 tot stand is gekomen?*

De verpleegkosten komen bij opname voor medisch-specialistische zorg volledig te laste van de zorgverzekering. Daarnaast zijn er hotelmatige verblijfskosten. Deze laatste kosten die niet zorggerelateerd zijn, vervangen voor een deel de kosten die anders thuis gemaakt zouden zijn. De hotelmatige verblijfskosten van het ziekenhuis bedragen circa € 50 per dag, exclusief gebouwgebonden kosten, waarvan circa € 16 samenhangt met voeding. Het is dus niet onredelijk om een bedrag van € 7,50 per dag te vragen dat mensen besparing op kosten voor onder meer eten en drinken.

3

*De PVV-fractie heeft gevraagd of als een operatie moet worden uitgesteld of er treden complicaties op waardoor het ziekenhuisverblijf onverwacht langer wordt dan gepland, de patiënt dan opdraait voor de extra ligdagen à € 7,50?*

---

<sup>1</sup> NB. Bij de beantwoording van de vragen van de PVV-fractie is de volgorde van de sprekers omgedraaid om de nummering van de tweede spreker in stand te houden.

Als een persoon langer wordt opgenomen, bespaart hij ook langer op kosten van onder meer eten en drinken. Het is dan ook niet onredelijk om ook voor de extra ligdagen € 7,50 per dag te vragen.

4

*De PVV-fractie heeft gevraagd of in het geval dat een zwangere vrouw een te vroeg geboren kindje krijgt en zij beiden een maand in het ziekenhuis moeten verblijven, zij beiden dan voor twee keer 30 ligdagen een eigen bijdrage betalen.*

Als moeder en kind in het ziekenhuis moeten verblijven, geldt alleen een eigen bijdrage voor de moeder. Verzekerden tot 18 jaar betalen immers geen eigen bijdrage bij verblijf in een ziekenhuis.

5

*De PVV-fractie heeft gevraagd of daar dan het eigen risico van de moeder en kind nog bijkomt. Zo ja, hoe zal aan zo'n pril gezinnetje worden uitgelegd dat het bij het verlaten van het ziekenhuis € 1 150 moeten afrekenen?*

Het eigen risico heeft betrekking op de kosten die voor rekening van de zorgverzekering komen. Het is juist dat voor de moeder bovenop de eigen bijdrage voor de ligdag ook nog het eigen risico in rekening wordt gebracht, als zij dat niet al met andere zorgkosten had vol gemaakt. Voor het kind is geen eigen bijdrage en geen eigen risico verschuldigd. Bij het verlaten van het ziekenhuis hoeft dus niet € 1 150 afgerekend te worden, maar hooguit de helft.

6

*De PVV-fractie heeft gevraagd of er een maximum is aan het aantal ligdagen dat iemand moet betalen.*

Maximaal 365 dagen in een ziekenhuis komen voor rekening van de zorgverzekering. Dat betekent dat er over maximaal 365 dagen een eigen bijdrage betaald wordt. Als een verzekerde langer dan 365 dagen in een ziekenhuis verblijft, komt het verblijf ten laste van de AWBZ. Vanaf dat moment gaat de eigen bijdrage AWBZ gelden.

7

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het echt meent dat in het geval van een ziekenhuisopname in de thuissituatie € 7,50 per dag wordt uitgespaard.*

Ingeval van een ziekenhuisopname worden er kosten bespaard die anders thuis zouden zijn gemaakt. Dus ja, de bij het Begrotingsakkoord 2013 betrokken partijen menen echt dat een bedrag van € 7,50 per dag redelijk is.

8

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister ook niet denkt dat de gedachtegang dat een ziekenhuisopname kosten bespaart in de thuissituatie, hooguit voor eenpersoonshuishoudens zal gelden.*

Nee, dat denk ik niet. Ook mensen uit een meerpersoonshuishouden hebben behoefte aan eten en drinken en maken daarvoor kosten.

9

*De PVV-fractie heeft gevraagd of bij de berekening ook meegenomen is dat andere gezinsleden juist voor hogere kosten komen te staan, zoals*

*onder andere reis- en parkeerkosten. Zij vragen verder of, als dat niet zo is, waarom daar dan geen rekening mee is gehouden.*

Er is geen rekening gehouden met kosten van gezinsleden omdat het gaat om een eigen bijdrage in de kosten die ten laste van de zorgverzekering komen.

10

*De PVV-fractie heeft gevraagd wat volgens de minister redelijk is aan dat mensen een boete krijgen op ziek zijn.*

Een eigen bijdrage voor een ligdag is geen boete op ziek zijn. Het gaat om een eigen bijdrage voor kosten die mensen besparen ten opzichte van mensen die niet in een ziekenhuis verblijven.

11

*De PVV-fractie heeft gevraagd wie verantwoordelijk is voor de inning van het liggeld.*

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar is dus verantwoordelijk voor de inning van de eigen bijdrage. Hij kan desgewenst afspraken maken met de zorgaanbieders om de eigen bijdrage voor hem te innen.

12

*De PVV-fractie heeft gevraagd hoeveel de uitvoeringskosten van deze liggeld maatregel bedragen.*

De maatregelen sluiten aan bij reguliere informatiestromen zoals deze nu al zijn georganiseerd tussen (zorg)instellingen, verzekeraars en cliënten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars wisselen namelijk in de huidige situatie al gegevens uit over de zorgconsumptie van de cliënten/patiënten. Er hoeven dan ook geen nieuwe informatiestromen tot stand te worden gebracht, zodat dat in de praktijk geen grote gevolgen heeft. Ook de inning van de eigen bijdrage(n) valt binnen de reguliere processen, omdat nu al gegevens worden gewisseld ten behoeve van zowel het vrijwillig als het verplicht eigen risico. Wel moet de inhoud van de informatiestroom voor de informatie over het aantal verpleegdagen worden aangepast. Dat vergt dus eenmalig een extra inspanning.

13

*De PVV-fractie heeft gevraagd hoe groot de toename is van de bureaucratie door deze liggeldmaatregel.*

Zoals hiervoor is opgemerkt, past het opleggen en innen van de eigen bijdragen bij de werkprocessen van de zorgverzekeraar. De uitvoering zal grotendeels aansluiten bij de reguliere informatiestromen zoals die er is tussen zorginstellingen, verzekeraars en cliënten. De toename van de bureaucratie is dus beperkt.

14

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de kosten van de liggeldmaatregel ten koste gaan van de handen aan het bed.*

Het invoeren van een eigen bijdrage voor een ligdag gaat niet ten koste van de beschikbare financiële middelen voor het aantal handen aan bed.

15

*De PVV-fractie heeft gevraagd in welke andere landen men moet betalen voor het liggen in een ziekenhuis en hoe groot de bedragen daar zijn.*



Onder andere de ons omringende landen België, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Oostenrijk en Zwitserland vragen een bijdrage per ligdag in het ziekenhuis. De precieze hoogte varieert sterk. In 2010 was bijvoorbeeld de bijdrage per ligdag € 10 in Duitsland, € 14 in België en € 18 in Frankrijk.

16

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de eigen bijdragen in het buitenland in overweging zijn genomen bij de beslissing om € 7,50 te gaan berekenen.*

Er is niet gekeken naar het buitenland. Eventuele eigen bijdragen in het buitenland zijn dus ook niet in overweging genomen bij deze maatregel. Overigens is de eigen bijdrage relatief laag in vergelijking met de hiervoor genoemde landen.

17

*De PVV-fractie heeft gevraagd hoeveel ligdagen nodig zijn voordat deze maatregel zichzelf terugverdient.*

Het aantal ligdagen per jaar bedraagt 9,3 miljoen. Omdat de extra uitvoeringskosten beperkt zijn, verdient deze maatregel zich meer dan ruimschoots terug.

18

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het met de PVV eens is dat deze liggeldmaatregel voornamelijk chronisch zieken, ouderen en gehandicapten treft.*

Bij verblijf in een ziekenhuis besparen mensen op kosten van onder meer eten en drinken. Dat geldt ook (maar niet voornamelijk) voor chronisch zieken, ouderen en gehandicapten die in een ziekenhuis verblijven. De ziekenhuispopulatie is divers. Mensen van alle leeftijden verblijven in het ziekenhuis.

19

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister niet vindt dat deze groep al genoeg wordt gepakt door andere maatregelen.*

Zoals ik hiervoor heb aangegeven wordt deze groep wordt niet additioneel geraakt door deze maatregel. Het betreft vervangende kosten.

20

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister beseft dat veel mensen geen € 7,50 per dag gebruiken voor de kosten van eten.*

Wat mensen individueel per dag uitgeven, zal per persoon en per dag verschillen. Zoals ik hiervoor heb aangegeven, is voor de eigen bijdrage van € 7,50 relevant dat de hotelmatige verblijfskosten van het ziekenhuis circa € 50 per dag bedragen, exclusief gebouwgebonden kosten. De totale kosten per verpleegdag bedraagt ruim € 1300. Hiervan hangt circa € 16 samen met voeding. Het is dus zeer redelijk om een bedrag van € 7,50 per dag te vragen.

21

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister zich realiseert dat sommige mensen drie dagen brood met pindakaas eten om te kunnen rondkomen.*

Ik realiseer me dat mensen moeite kunnen hebben om rond te komen. Als mensen echt door allerlei kosten onder het bestaansniveau komen, is er het vangnet van de bijzondere bijstand.

22

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister zegt dat deze maatregel ervoor zorgt dat mensen het ziekenhuis gaan mijden, met alle gevolgen van dien.*

Mensen zullen voor een eigen bijdrage van € 7,50 per dag het ziekenhuis niet mijden. Zij verblijven immers in een ziekenhuis omdat zij medisch-specialistische zorg met verblijf nodig hebben. Zij besparen onder meer op kosten voor eten en drinken. Zoals hiervoor is aangegeven, is redelijk om daarvoor een eigen bijdrage te betalen.

23

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het met de PVV eens is dat de kunduzmaatregelen een tweedeling in de zorg introduceren.*

Met een eigen bijdrage van € 7,50 voor besparing op kosten van onder meer eten en drinken, ontstaat er geen tweedeling in de zorg.

24

*De PVV-fractie heeft gevraagd naar een oude hoogbejaarde dame die al in het verpleeghuis woont en wordt overgebracht naar het ziekenhuis, al haar inkomen al is afgepakt tot de laatste € 270 van de piepgrens, waar zij dan ook nog die € 7,50 liggeld per dag moet gaan betalen.*

Een hoogbejaarde dame houdt na het betalen van de eigen bijdrage AWBZ aanzienlijk meer over dan slechts het piepgrensbedrag aan zak- en kleedgeld. Zelfs als zij alleen een AOW-uitkering heeft en geen aanvullend pensioen, houdt zij ruim € 200 per maand meer over dan het zak- en kleedgeld. Gaat zij daarnaast tijdelijk in een ziekenhuis verblijven dan moet zij inderdaad ook € 7,50 liggeld per dag betalen.

25

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister met de PVV van mening is dat stoppen met roken de eigen verantwoordelijkheid van mensen is.*

Ja, die mening deel ik. Stoppen met roken is inderdaad een eigen verantwoordelijkheid van mensen.

26 en 37

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister bekend is met het feit dat stoppen met roken programma's geen garantie zijn dat mensen definitief stoppen met roken.*

Stoppen met rokenmaatregelen zijn inderdaad geen garantie voor stoppen met roken.

27

*De PVV-fractie heeft gevraagd of het de minister bekend is dat het merendeel van de rokers op enig moment uit eigen beweging, zonder hulp en zonder dat wij het met allen hoeven te betalen, stoppen met roken.*

Iedereen die stopt met roken doet dat uit eigen beweging. Bij een groot deel van de stoppogingen wordt geen hulp gebruikt. Het slagingspercentage van die pogingen is heel laag, rond de vijf procent. Stoppen met effectieve hulp verhoogt de slagingskans naar rond de 30%.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> CBO richtlijn Behandeling van tabakverslaving.

28

*De PVV-fractie heeft gevraagd waarom de minister nieuw beleid inzet dat raakt aan de eigen keuzes van mensen. En waarom dit beleid nu weer wordt gestopt.*

Bij het Begrotingsakkoord 2013 hebben betrokken partijen afgesproken dergelijke programma's weer in het pakket op te nemen.

29

*De PVV-fractie heeft gevraagd of het de minister bekend is dat bij iedereen de risico's van roken bekend mogen worden geacht vanwege de waarschuwing op de pakjes. Is het haar bekend dat voorlichting daarnaast geen toegevoegde waarde heeft?*

Veel mensen weten dat roken slecht is, maar zeer weinig mensen weten dat rokers een risico lopen van 50% om aan roken te overlijden en dat meerooken slecht is. Ook is er nog weinig consumenteninformatie over de stoffen die in sigaretten zitten. Dit najaar start daarom de website Tabaksinfo.nl van het RIVM.

30

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister beseft dat het absurd is om ieder jaar opnieuw deelname aan een smr-programma te vergoeden.*

De polis heeft betrekking op één jaar. Om deze redenen is gekozen voor vergoeding van een SMR-behandeling per jaar. Dat wil niet zeggen dat iemand onbeperkt jaarlijks een programma kan volgen. Het volgen van een programma moet zorginhoudelijk aangewezen zijn. Een verzekerde heeft slechts recht op verzekerde zorg als hij daar redelijkerwijs op is aangewezen. Op zinloos blijven doorgaan met SMR-behandelingen heeft hij dus geen aanspraak.

31

*De PVV-fractie heeft gevraagd waarom mensen die echt ziek zijn de rekening moeten betalen van deze pakkettoevoegingen.*

Het gaat bij keuzes over het pakket altijd over afwegingen. Of het nu gaat om een rollator of een incontinentie luier, het al dan niet opnemen in het pakket is een afweging. De politiek stuurt hierin om eigen moverende redenen. Dit doet zij mede op basis van het objectieve CVZ, dat daarover jaarlijks adviezen geeft aan de politiek.

32

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister met hen van mening is dat ook dieetadvisering voor mensen zonder de genoemde ziekten onder de eigen verantwoordelijkheid valt.*

Naar ik aanneem doelt de PVV-fractie op het feit dat dieetadvisering in het pakket is gebleven voor dieetadvisering die onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan COPD, diabetes of die een cardiovasculair risico heeft. Met de uitbreiding van het pakket met drie uren dieetadvisering zit dieetadvisering per 1 januari 2013 ook voor andere personen voor wie dieetadvisering met een medisch doel is aangewezen in het pakket.

33

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het met de PVV eens is dat de keuze om ongezond te eten en vetmakende producten te eten ook valt onder de eigen verantwoordelijkheid.*

Met de PVV ben ik van mening dat de keuze voor wat men eet onder de eigen verantwoordelijkheid valt. Mijn beleid is erop gericht de gezonde keuze makkelijker te maken via het stimuleren van gezond aanbod en beschikbaarheid van informatie.

34

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het met de PVV eens is dat het derhalve geen taak van de overheid is om deze zorg te regelen.*

De overheid zorgt dat onafhankelijke informatie beschikbaar is over gezond eten, bijvoorbeeld via het Voedingscentrum, deze informatie kunnen mensen gebruiken bij het kiezen van hun voeding. Ten aanzien van de dieetadvisering geldt hetzelfde, als bij vraag 31.

35

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister bekend is met de teleurstellende resultaten en de grote terugval waardoor wij ernstig moeten twijfelen aan de effectiviteit van al deze projecten.*

Het is niet duidelijk op welke projecten wordt bedoeld. In dieetadviseringstrajecten van drie uur worden adviezen gegeven over voeding in relatie tot de ziekte van de verzekerde persoon.

36

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister op de hoogte is van het bemoeiproject in Den Haag.*

Ik neem aan dat de PVV doelt op het bericht in de media dat bewoners van Den Haag met een minimuminkomen en overgewicht gratis mee mogen doen met het afvalprogramma van de gemeente den Haag en zorgverzekeraars.

37

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister bekend is met het feit dat er slechts vijf aanmeldingen zijn geweest in plaats van de verwachte duizend. Zij doelen dan op het aantal bemoeizorgprojecten in Den-Haag.*

In de berichten heb ik gelezen dat 25 deelnemers zich hebben gemeld, terwijl er gehoopt was op 1 000 deelnemers. De eerste personen die gestart zijn, zijn volgens de berichten enthousiast. Veel mensen weten nu nog niet dat het programma er is. Gehoopt wordt dat meer bekendheid leidt tot meer deelname. Volgens de berichten kunnen mensen zich tot eind december opgeven.

38

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister ook niet vindt dat er op deze manier vele miljoenen worden verspild.*

Het is mij niet bekend dat er miljoenen worden verspild. Overigens ga ik niet over dit afvalprogramma.

39

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister met hen van mening is dat ons kostbare zorggeld veel beter ingezet kan worden dan het te verspillen aan niet effectieve en bovenal niet bewezen behandelingen.*

Het is inderdaad van belang dat zorggeld alleen besteed worden aan effectieve en bewezen behandelingen.

40

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het humaan vindt om de rekening neer te leggen bij echt zieke mensen.*

Het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen kent een grote mate van solidariteit. Gezonde mensen betalen voor zieke mensen.

41

*De PVV-fractie heeft gevraagd of het klopt dat mensen die 4 uur dieetadviesing kregen op basis van hun aandoening, nu drie uur vergoed krijgen. Dat zijn dus mensen die wel ziek zijn.*

Ja, dat wordt nu ook drie uur. De dieetadviesing die buiten de ketenzorg wordt geleverd is ook voor mensen voor wie het medisch noodzakelijk is.

42

*De PVV-fractie heeft gevraagd of waarop deze drie uur vergoeding gebaseerd.*

In het Begrotingsakkoord 2013 is € 44 miljoen afgesproken voor uitbreiding van het pakket met dieetadviesing. Die middelen zijn voldoende om het pakket uit te breiden met 3 uren dieetadviesing per kalenderjaar.

43

*De PVV-fractie heeft gevraagd of het stoppen met roken niet bij uitstek iets is waarvoor mensen zelf verantwoordelijk zijn.*

Zie hiervoor het antwoord op vraag 25.

44

*De PVV-fractie heeft gevraagd of hulp bij afvallen niet bij uitstek iets waarvoor je zelf verantwoordelijk bent als je niet ziek bent.*

Dieetadviesing wordt alleen vergoed als dat een medisch doel heeft.

45

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister met hen van mening is dat ouderdom met gebreken komt.*

Ouderdom komt inderdaad met gebreken.

46

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister dan wellicht op het standpunt staat dat ouderen zelf verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van ouderdomsgebreken.*

Nee, daar zijn ouderen niet zelf verantwoordelijk voor. Wel kan een gezond leven ertoe leiden dat minder gebreken optreden.

47

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister kan uitleggen waarom wij met zijn allen moeten meebetalen aan stoppen met rokenprogramma's en tegelijkertijd tegen onze ouderen zeggen: uw loophulpmiddelen gaan uit het pakket. Uw rollator, uw driepoot, uw krukken worden niet meer vergoed.*

De eenvoudige loophulpmiddelen gaan uit het pakket omdat het gebruik van deze hulpmiddelen gepaard gaat met lage kosten die voor eigen

rekening kunnen komen. Het CVZ adviseerde daarom in 2010 om deze middelen uit het pakket te verwijderen.

Zie voorts het antwoord op vraag 31.

48

*De PVV-fractie vraagt wanneer ik een prijsdaling van de hoortoestellen verwacht wanneer per 1 januari 2013 de maximumvergoedingen worden losgelaten.*

Ik verwacht dat verzekeraars voor het komende polisjaar (2013) al scherp gaan onderhandelen en daarmee een prijsdaling kunnen realiseren. Verzekeraars die deze kans niet aangrijpen, ondervinden zelf een hogere schadelast. Zij zijn namelijk voor de hulpmiddelen volledig risicodragend.

49

*De PVV-fractie vraagt waar de besparing van € 27 miljoen. op is gebaseerd.*

In 2010 schatte het CVZ dat de maatregel een daling van de gemiddelde prijs van hoortoestellen van € 1 200 naar € 700 zou kunnen bewerkstelligen. We zijn inmiddels twee jaar verder en ik krijg signalen dat verzekeraars nog scherper kunnen inkopen dan het CVZ indertijd had ingeschat. Ik verwacht dus dat de maatregel een aanzienlijke prijsverlaging zal opleveren, dit hebben we ook gezien in de geneesmiddelenbranche. Deze aanzienlijke prijsverlaging resulteert in de genoemde besparingen.

50

*De PVV-fractie vraagt of de maatregel twee jaar geleden door het CVZ nog als budgetneutraal werd gezien.*

Dit klopt. Indertijd maakte het CVZ een schatting van de prijsverlaging. Inmiddels zijn we twee jaar verder en er zijn signalen dat de prijsverlaging groter zal zijn dan het CVZ indertijd heeft ingeschat.

51

*De PVV-fractie vraagt of er een risico bestaat dat mensen de aanschaf uitstellen door tegelijkertijd de maximum vergoeding los te laten en de 25% eigen bijdrage in te voeren.*

Ik denk niet dat het merendeel van de mensen die volgend jaar een nieuw hoortoestel nodig hebben, dit zullen uitstellen, omdat er sprake is van een eigen bijdrage. Ik verwacht en met mij vele andere partijen in de hoorzorg, dat de prijzen zodanig zullen dalen dat het merendeel, ondanks de eigen bijdrage van 25%, minder bij hoeft te betalen dan voorheen.

52

*De PVV-fractie vraagt of de maatregel ten koste gaat van de participatie van slechthorenden.*

Zoals ik al in mijn antwoord op de vorige vraag aangeef, is de verwachting dat de maatregel voor het merendeel van de slechthorenden juist gunstig zal uitpakken. Ook de Nederlandse vereniging van slechthorenden steunt de maatregel. Ik verwacht dus niet dat de maatregel ten koste gaat van de participatie van slechthorenden.

53

*De PVV-fractie vraagt of de eigen bijdrage voor hoortoestellen ervoor zal zorgen dat auditief gehandicapten niet de benodigde apparatuur zullen aanschaffen en hierdoor buiten de boot zullen vallen.*

Het tegenovergestelde zal naar ik verwacht gebeuren. Auditief gehandicapten zullen niet zo snel geholpen zijn met een eenvoudig toestel, maar hebben een geavanceerder (high end) toestel nodig. Het CVZ heeft al aangegeven dat de gebruiker nu gemiddeld € 700 per toestel bijbetaalt (gemiddelde toestelprijs bedraagt nu € 1 200). Bij een gelijkblijvende prijs zal de gebruiker in de nieuwe situatie € 300 per toestel aan eigen bijdrage betalen. Juist de auditief gehandicapte zal dus baat hebben bij de nieuwe maatregel. Ik denk dat de situatie alleen maar gunstiger wordt voor deze auditief gehandicapte, want ook hiervoor zal de zorgverzekeraar onderhandelen over de prijs.

54

*De PVV-fractie vraagt of de 25% eigen bijdrage nadelig is voor de 30% van de slechthorenden die nooit hoefden te betalen, of dit rechtvaardig is en hoe ik dit aan de groep ga uitleggen.*

Als er iets duidelijk is, dan is het wel dat de hoorzorg een stuk doelmatiger kan. Dus dezelfde kwaliteit voor minder geld of meer kwaliteit voor hetzelfde geld. Een doelmatiger hoorzorg kan bereikt worden door verzekeraars te stimuleren gebruik te maken van hun inkoopmacht én het kostenbewustzijn bij de gebruiker te stimuleren. Dit laatste wordt bereikt door een procentuele eigen bijdrage te introduceren. De maatregel resulteert in een kwalitatief betere en doelmatiger hoorzorg en wordt door vele partijen gesteund. Waaronder de patiëntenvereniging, de verzekeraars, specialisten en zelfs sommige audiciens. De maatregel impliceert dat een kleine groep, die voorheen niets hoefde bij te betalen, inderdaad met een eigen bijdrage te maken krijgt. Deze groep zal naar verwachting echter ook de vruchten plukken van een veel betere hoorzorg, in de zin van een beter toestel, beter advies en een betere service.

55

*De PVV-fractie vraagt of ik bereid ben om de maatregel terug te draaien als de besparingen niet gehaald worden.*

Daartoe ben ik niet bereid, omdat gebruikers dan weer geconfronteerd worden met dezelfde buitensporige marges op hoortoestellen waar nu ook sprake van is. Zoals het CVZ al aangaf, is de maximumvergoeding verworden tot een minimumprijs. Dat een hoortoestel bij inkoop een paar honderd euro kost en aan de gebruiker voor een paar duizend euro wordt verkocht, lijkt mij op z'n zachtst gezegd een onwenselijke situatie. Met een functiegerichte aanspraak en het loslaten van de maximumvergoeding heeft de verzekeraar er daadwerkelijk belang bij om te onderhandelen over de prijs. Omdat de verzekeraar kennis van zaken heeft en het voordeel van schaalgrootte, is hij ook in staat om scherp te onderhandelen. Dit kan niet van een individuele gebruiker verwacht worden, want daar zou het op neerkomen als de maatregel teruggedraaid wordt.

56

*De PVV-fractie vraagt in hoeverre de big business in de hoortoestellenbranche wordt aangepakt.*

Zoals ik eerder al opmerkte, verwacht ik dat een verzekeraar scherp gaat onderhandelen. Gezien zijn kennis van zaken lijkt het me onwaarschijnlijk dat de buitensporige marges nog door de verzekeraar getolereerd worden. Ik verwacht dat de meeste verzekeraars deze onderhandelingsrol oppakken. Die verzekeraars die het namelijk niet doen zullen zelf ook de hogere schadelast ondervinden.



57

*De PVV-fractie vraagt of ik het met de PVV eens ben dat veel bezuinigingen eenzijdig op de groep meest kwetsbaren wordt afgewenteld.*

In dit geval zal iedereen baat hebben bij de maatregel, behalve de branche. Zoals ik hiervoor reeds heb aangegeven, verwacht ik dat er met de maatregel eindelijk een stimulans is om de buitensporige marges op hoortoestellen aan te pakken. De gebruiker zal er profijt van hebben.

58

*De PVV-fractie vraagt wat het oorspronkelijke doel was van de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ.*

Om de GGZ toekomstig bestendig te maken, is het kabinet genooddaakt geweest om een pakket aan maatregelen te nemen om een overschrijding in de GGZ tegen te gaan. Om geen afbreuk te doen aan de zorg in andere sectoren is ervoor gekozen om de overschrijding binnen de sector GGZ zelf op te lossen. Daarbij is gekozen voor een pakket aan maatregelen dat zo evenwichtig mogelijk neerslaat binnen de sector en (deels) ook bij de patiënt. Omdat vóór 1 januari 2012 al een eigen bijdrage in de eerstelijns GGZ bestond, was er een prikkel om voor de duurdere tweede lijn te kiezen. Om deze ongewenste prikkel weg te nemen en om het kostenbewustzijn van patiënten te vergroten, is besloten tot invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ.

59

*De PVV-fractie vraagt of het verzachten van deze eigen bijdrage door het compenseren van laagste inkomens niet in strijd is met het doel «substitutie teweeg te brengen van de tweede naar de eerste lijn» en daarnaast wat de onderbouwing is van de € 20 miljoen extra bezuiniging door het convenant.*

Omdat vóór 1 januari 2012 al een eigen bijdrage in de eerste lijn GGZ bestond, was er een prikkel om voor de duurdere tweede lijn te kiezen. Met de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ is deze prikkel weggenomen. Het verzachten van de eigen bijdrage GGZ geldt voor een specifieke groep namelijk patiënten met een inkomen tot niet meer dan 110% van het sociaal minimum. De invoering van de eigen bijdragen is overigens niet het enige instrument dat wordt ingezet om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te realiseren. Deze substitutie maakt onderdeel uit van het recent afgesloten bestuurlijk akkoord. Hierin zijn onder andere afspraken gemaakt over de versterking van de ondersteuner van de huisarts (POH GGZ) en de basis GGZ.

Ik ben niet bekend met een bezuiniging van € 20 miljoen in de curatieve GGZ. Wellicht doelt de fractie op het verschil tussen de in de Voorjaarsnota opgenomen maatregelen «Bestuurlijk akkoord curatieve GGZ» (opbrengst € 75 miljoen in 2013) en het «Verzachten eigen bijdrage GGZ» (€ 55 miljoen in 2013).

In het curatieve GGZ akkoord, zoals ik dat eergisteren heb gesloten en aan uw Kamer heb gestuurd, zijn tevens afspraken gemaakt over de volumeontwikkeling in de curatieve GGZ. De in de Voorjaarsnota opgenomen maatregel van € 75 miljoen in 2013 en 100 miljoen in 2014 maakt onderdeel uit van deze afspraken en zijn ingeboekt in het kader van het bestuurlijk akkoord curatieve GGZ. Voor de verzachting van de eigen bijdrage GGZ hebben de vijf partijen initieel voor € 40 miljoen ruimte gereserveerd, zoals opgenomen is in het stabiliteitprogramma. Deze € 40 miljoen is later verhoogd naar € 55 miljoen om de verzachting van de eigen bijdrage in de GGZ mogelijk te maken. De stijging met € 15 miljoen wordt gefinancierd vanuit de € 75 respectievelijk

€ 100 miljoen uit het bestuurlijk akkoord curatieve GGZ, zoals in de Voorjaarnota is opgenomen.

60

*De PVV-fractie vraagt of het niet te vroeg is om nu al te komen met verzachting van eigen bijdrage GGZ, gezien de bemoedigende resultaten van de Quicksan.*

In het Begrotingsakkoord voor 2013 is de afspraak gemaakt om de eigen bijdrage GGZ in 2013 deels te verzachten. Hier wordt invulling aangegeven door mensen met de laagste inkomens te compenseren voor de eigen bijdrage behandeling in de tweedelijns GGZ. De verwachting is dat de tegemoetkoming terecht komt bij die mensen die dit het meest nodig hebben.

Uiteraard volg ik de invoering van de eigen bijdrage op de voet. Ik heb dan ook uw Kamer op de hoogte gesteld over zowel de opzet van de monitor die ik gestart ben als de eerste signalen die ik ontvangen heb uit de quick-scan.

Tussenresultaten van de monitor worden in september bekend, halverwege 2013 wordt het eindrapport verwacht. Zoals ik ook in mijn brief heb aangegeven, is het nog te vroeg om eensluidende conclusies te trekken, het zijn voor nu eerste signalen. Ik wacht graag de resultaten van de monitor af.

61

*De PVV-fractie vraagt zich af wat het verzachten van de eigen bijdrage betekent voor de enorme oplopende kosten in de GGZ.*

De netto-uitgaven van de tweedelijns-GGZ stijgen als gevolg van de verzachting van de eigen bijdrage GGZ met ingang van 2013 naar verwachting met € 55 miljoen. Hiervoor is dekking gevonden binnen het begrotingsakkoord.

62

*De PVV-fractie vraagt zich af wat het remeffect van het verplicht eigen risico inhoudt en hoe groot dit remeffect is.*

Het remeffect is het gevolg dat verzekerden af zien van zorg als gevolg van het feit dat ze een verplicht eigen risico moeten betalen. Naar verwachting zal de verhoging van het verplicht eigen risico, door de compensatie via de zorgtoeslag, niet leiden tot het afzien van zorg. Wel zal de verhoging van het verplicht eigen risico bijdragen aan het verbeteren van het kostenbewustzijn.

Uit onderzoek van Ecorys inzake de evaluatie van het verplicht eigen risico blijkt dat dit remeffect geen negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid van de patiënt. Overigens is bij de begroting van de opbrengst van het verhogen van het verplicht eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag geen rekening gehouden met een opbrengst voortvloeiend uit een remeffect.

63, 64 en 65

*De PVV-fractie vraagt zich af of het verplicht eigen risico in 2014 weer omhoog zal gaan en als het in 2014 verder omhoog gaat, is dat dan wederom met € 115 of volgt de minister het CPB-advies om in 2014 een verplicht eigen risico van ruim € 935 op te leggen. Ook vraagt zij waar dan het maximum voor het verplicht eigen risico zal liggen.*

Welk bedrag uiteindelijk maximaal acceptabel is en wat het bedrag zal worden in 2014, is aan het nieuwe kabinet.

66

*De PVV-fractie vraagt zich af of het basispakket nog wel betaalbaar en toegankelijk is met een oplopend verplicht eigen risico.*

Ja, het basispakket is nog steeds betaalbaar en toegankelijk. Ik vind het ook belangrijk dat de zorg in het basispakket toegankelijk en betaalbaar blijft.

67

*De PVV-fractie vraagt zich af of aanvullende verzekeringen onderhevig zijn aan risicoselectie. Uit onderzoek blijkt overigens dat ook zieken en ouderen nog steeds toegang hebben tot aanvullende verzekeringen.*

Voor aanvullende verzekeringen mogen zorgverzekeraars verzekerden weigeren. Het gaat hier om een private aanvullende ziektekostenverzekeringen, waar ik op grond van Europese schaderichtlijnen geen bemoeienis mee mag hebben.

68, 72, 73, 82 tot en met 85

*De PVV-fractie vraagt of ik het rechtvaardig vind om de loophulpmiddelen te schrappen en niets te doen aan de miljoenen aan subsidies voor de campagnekassen van de politieke partijen, waarom het eigen risico wordt verhoogd als we geld geven aan Griekenland, hoeveel mensen een hogere eigen bijdrage moeten betalen in verband met de Spaanse banken, hoe lang iemand in het ziekenhuis ligt en een eigen bijdrage betaalt voordat zonnepanelen kunnen worden gesubsidieerd, hoeveel mensen een volledig eigen risico moeten betalen voordat iedereen voor een lager BTW-tarief naar het theater kan, hoeveel hoortoestellen er verkocht moeten worden voordat de zomerfestivals gesubsidieerd kunnen worden en welke kromme gedachte er schuil gaat achter de aanname dat iemand goedkoper naar een dancefeest kan en met het geld dat hij bespaart mooi zelf zijn eigen gehoortoestel kan kopen.*

In reactie op deze vragen wil ik allereerst benadrukken dat het doel van het begrotingsakkoord is om te voorkomen dat de overheidsfinanciën echt uit de hand lopen. Gezien deze moeilijke opgave hebben de vijf partijen een Begrotingsakkoord voor 2013 opgesteld. De maatregelen doen pijn, maar het nemen van maatregelen is noodzakelijk. Andere partijen zouden wellicht andere keuzes hebben gemaakt. Dat blijkt ook uit de inbreng van uw Kamer. Aan de orde zijn echter de voorstellen zoals aan uw Kamer zijn gedaan.

Van belang is om op te merken dat alles dat wordt betaald aan de zorgverzekering ook wordt uitgegeven aan de zorg en niet aan andere zaken. Ook met de maatregelen uit het Begrotingsakkoord groeit de zorg nog steeds fors. Er gaat dus geen cent van de premie, het eigen risico of het liggeld naar Griekenland, de Spaanse banken, festivals of theaters.

69

*De PVV-fractie vraagt waarom het basispakket niet meer gelijk is aan de inhoud van het vroegere ziekenfonds. Wat is er in tussentijd eigenlijk allemaal uit geschrapt?*

Het verzekerde pakket, of dat nu onder de figuur van het ziekenfonds of onder de Zorgverzekeringswet wordt beheerd, is niet in beton gegoten, maar volgt de medisch inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen. De functionele aanspraak zoals geformuleerd op grond van de Zorgverzekeringswet accommodeert de opname van actuele en bewezen nuttige en effectieve behandelingen in het pakket. Daarnaast vergt het bij de tijd houden van het pakket en de noodzaak van een betaalbare zorgverzekering ook dat het pakket zo sober mogelijk wordt gehouden.

In het navolgende overzicht is opgenomen welke zorg na 2006 uit het Zvw-pakket is uitgestroomd.

In 2007 was er geen uitstroom uit het pakket.

**Uitstroom 2008**

Behandeling	Regelgeving	Opmerking
Verpleegkundige hulp bij thuisbeademing	2008, 370	Naar AWBZ

**Uitstroom 2009**

Behandeling	Regelgeving	Opmerking
Orgaantransplantaties buiten EU en verdrag landen	2009, 381	Ivm ethische aanvaardbaarheid

**Uitstroom 2010**

Behandeling	Regelgeving	Opmerking
Eerste 12 zittingen fysiotherapie	2010, 764	Ipv 9
Mondzorg niet boven 18 jaar	2010, 764	Ipv boven 22
Ongecompliceerde extracties (tandheelkundig chirurg)	2010, 764	
Anticonceptiva onder de 21 jaar	2010, 11 513	

**Uitstroom 2011**

Behandeling	Regelgeving	Opmerking
Stoppen met Roken	2011, 467	
Vergoeding voor 5 zittingen ELP	2011, 467	Ipv 8
Aanpassingsstoornissen		
Eigen bijdrage GGZ 2 <sup>de</sup> lijn	2011, 467	Behalve bemoeizorg
Eigen bijdrage noodz. verblijf GGZ	2011, 467	Behalve bemoeizorg
Dieetzorg	2011, 467	Behalve keten
Beperken aanspraak maagzuurremmers	2011, 14 185	
Eerste 20 zittingen fysiotherapie	2011, 467	Ipv 12
Langdurige/chronische Fysio wervelfractuur	2011, 467	
chronische reuma		
juvenile chronische artritis		
hartaandoeningen bijlage 1		

Ik hecht er belang aan om hierbij op te merken dat er veel nieuwe behandelingen, hulpmiddelen en geneesmiddelen het pakket instromen, waardoor het pakket per saldo groter wordt.

70 en 71

*De PVV-fractie vraagt hoeveel zorgmijders er door de verhoging van het verplicht eigen risico bijkomen en wat zorgmijders gaan kosten op de langere termijn. Zij vraagt de regering om opnieuw onderzoek te doen naar de kosten van zorgmijders.*

Ik vind dat zorg uit het basispakket toegankelijk moet zijn ook voor de laagste inkomens. Daarom zullen inkomens onder het minimum inkomen met ingang van 2013 volledige compensatie ontvangen via de zorgtoeslag en daarboven wordt de compensatie langzaam afgebouwd. Zo gaan de laagste inkomens er qua koopkracht door deze maatregel niet op achteruit. Daarom verwacht ik geen substantiële stijging van de zorgmijders. Overigens volgt uit het Ecorys rapport inzake de evaluatie van het verplicht eigen risico uit voorjaar 2011 (Kamerstukken 2010–2011,

29 689, nr. 325) dat het verplicht eigen risico niet of nauwelijks heeft geleid tot toename van zorgmijding.

74

*De PVV-fractie vraagt of het de bedoeling is dat de overheid verdient aan de ziekte van zijn burgers.*

Neen. De verhoging van het eigen risico draagt bij aan dekking van de kosten in de Zvw. Het eigen risico betalen de verzekerden aan hun zorgverzekeraar.

75

*De PVV-fractie vraagt of dit is waar de minister van Volksgezondheid voor wil staan.*

Gezien het antwoord op vraag 74 behoeft deze vraag geen beantwoording.

76

*De PVV-fractie merkt op dat door de verhoging van het verplicht eigen risico vooral zieken gestraft worden. Zij vraagt zich af waarom de overheid er voor kiest om zieken te straffen.*

Ik wil benadrukken dat het verplicht eigen risico niet bedoeld is als straf voor mensen die ziek zijn. Door het verplicht eigen risico betalen alle verzekerden een deel van hun zorgkosten zelf. Zo wordt ook het kostenbewustzijn van de verzekerde verhoogd en worden de collectieve lasten verlaagd. Zieken met een laag inkomen en zieken die voorspelbaar het verplicht eigen risico volmaken worden ontzien via de zorgtoeslag en de CER. Zo worden de grootste lasten gedragen door de sterkste schouders.

77 en 78

*De PVV-fractie vraagt vanaf welk bedrag verzekerden met een laag inkomen worden gecompenseerd en hoeveel compensatie een verzekerde krijgt met een inkomen van € 20 000, € 22 000, € 24 000.*

Zoals ook naar voren komt bij vraag 104 van de PVV-fractie zullen de huishoudens met een inkomen tot het wettelijk minimuminkomen de maximale zorgtoeslag en daarmee compensatie ontvangen. Voor 2013 wordt het wettelijk minimuminkomen geraamd op € 19 012<sup>1</sup>. Dit is het verzamelinkomen dat hoort bij het wettelijk minimumloon. Boven dat inkomen wordt in overeenstemming met het bestaande systeem van de zorgtoeslag het bedrag afgebouwd naarmate het inkomen stijgt. Naar huidige inschatting is de compensatie voor een alleenstaande verzekerde zonder kinderen met een bruto inkomen van € 20 000 € 110, voor een verzekerde met een bruto inkomen van € 22 000 is de compensatie € 93 en voor een verzekerde met een bruto inkomen van € 24 000 is de compensatie € 75. Deze € 75 is iets hoger dan de stijging van het gemiddeld eigen risico. Het bovenstaande betreft de stijging van het eigen risico met € 115. Daarnaast geldt voor het resterend deel van het eigen risico dat het gemiddeld eigen risico wordt meegenomen in de zorgtoeslag, terwijl chronisch zieken het bovengemiddelde deel gecompenseerd krijgen via de compensatie eigen risico (CER).

79

*De PVV-fractie vraagt op welke manier chronisch zieken gecompenseerd gaan worden voor de verhoging van het verplicht eigen risico.*

<sup>1</sup> Bron: CPB berekeningen ten behoeve van Centraal Economisch Plan 2012.

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om verzekerden met een laag inkomen te ontzien voor de verhoging van het verplicht eigen risico. Chronisch zieken en gehandicapten met een laag inkomen worden net als andere huishoudens met een laag inkomen ontzien via de verhoging van de zorgtoeslag. Chronisch zieken met een hoger inkomen ontvangen afhankelijk van hun inkomen minder of geen zorgtoeslag. Hier wordt een onderscheid gemaakt naar inkomen. De CER, die normaliter gebruikt wordt om chronisch zieken te compenseren, zal niet meestijgen met de verhoging van € 115, omdat deze al wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. De CER zal wel meestijgen met de indexatie van € 15, wat betekent dat voor 2013 de CER met € 9 zal toenemen. Op deze wijze is ook de compensatie voor chronisch zieken wat betreft de verhoging uit hoofde van het begrotingsakkoord 2013 afhankelijk van het inkomen.

80

*De PVV-fractie vraagt op welke basis dit onderscheid is gemaakt, als ze niet gecompenseerd worden. Deze chronisch zieken zijn vaak in de eerste weken van het jaar al volledig door hun verplicht eigen risico heen.*

Zoals ik reeds heb aangegeven op een eerdere vraag van DePVV-fractie, kan het voorkomen dat verzekerden al in januari hun volledig verplicht eigen risico vol maken. Ook nu komt deze situatie voor. Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen. Een verzekerde kan hiervoor een verzoek indienen. De zorgverzekeraar is niet verplicht het verzoek te honoreren, dit wordt per verzekerde bekeken. Ik ben niet voornemens om zorgverzekeraars te verplichten om de verzoeken te honoreren. Het verplicht honoreren van betalingsregeling biedt namelijk ook mogelijkheden voor verzekerden, die het verplicht eigen risico wel zouden kunnen betalen, om een betalingsregeling aan te vragen. Ik laat de zorgverzekeraars dus vrij om per geval te bepalen of een betalingsregeling nodig is.

81

*De PVV-fractie heeft gevraagd hoeveel geld het iemand oplevert die stopt met roken en waarom wij dat als overheid niet voor iemand gaan betalen.*

Een persoon die een pakje sigaretten per dag rookt, bespaart ongeveer € 1 400 per jaar aan sigaretten als hij niet meer rookt.

86

*De PVV-fractie vraagt of de maatregel ten koste gaat van de mobiliteit en de zelfredzaamheid van ouderen.*

Zoals ik al in eerdere antwoorden heb aangegeven, zal de maatregel voor het merendeel van de slechthorenden juist gunstig uitpakken. Ook de Nederlandse vereniging van slechthorenden steunt de maatregel. Ik verwacht dus niet dat de maatregel ten koste gaat van de mobiliteit en zelfredzaamheid van ouderen.

87

*De PVV-fractie vraagt zich af waarom de eigen bijdrage in de GGZ wordt teruggedraaid en tegelijkertijd voor 20 miljoen meer een convenant wordt gesloten.*

Zoals ik reeds bij het antwoord op vraag 59 heb toegelicht, ben ik niet bekend met een bedrag van € 20 miljoen in relatie tot het gesloten bestuurlijk akkoord in de curatieve GGZ. Wellicht doelt u op het verschil tussen de in de Voorjaarsnota opgenomen maatregelen «Bestuurlijk akkoord curatieve GGZ» (€ 75 miljoen in 2013) en het «Verzachten eigen bijdrage GGZ» (€ 55 miljoen in 2013).

In het curatieve GGZ akkoord, zoals ik dat eergisteren heb gesloten en aan uw Kamer heb gestuurd, zijn tevens afspraken gemaakt over de volumeontwikkeling in de curatieve GGZ. De in de Voorjaarsnota opgenomen maatregelen van € 75 miljoen in 2013 en € 100 miljoen in 2014 maken onderdeel uit van deze afspraken en zijn ingeboekt in het kader van het bestuurlijk akkoord GGZ. Voor de verzachting van de eigen bijdrage GGZ hebben de vijf partijen initieel voor € 40 miljoen ruimte gereserveerd, zoals opgenomen is in het stabiliteitsprogramma. Deze € 40 miljoen is later verhoogd naar € 55 miljoen om de verzachting van de eigen bijdrage in de GGZ mogelijk te maken. De stijging met € 15 miljoen wordt gefinancierd vanuit de € 75 respectievelijk € 100 miljoen uit het bestuurlijk akkoord curatieve GGZ, zoals in de Voorjaarsnota is opgenomen.

88

*De PVV-fractie vraagt of de eigen bijdrage dan niet het beoogde effect had.*

Ik heb nog geen eensluitend beeld over de effecten van de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ. In mijn recente brief over de monitor eigen bijdrage (CZ-3115222) heb ik aangegeven dat uit een quick scan is gebleken dat het aantal nieuwe aanmeldingen terug loopt. Het is echter nog niet bekend of dit een uitval van kwetsbare patiënten is of dat dit een inderdaad beoogd remmend effect op de tweedelijns GGZ is. Het is dan ook nog te vroeg om definitieve uitspraken te doen. Ik wacht hiervoor dan ook de resultaten van de monitor af.

89

*De PVV-fractie vraagt wat de reactie is van de minister op de quick scan GGZ.*

Zoals ik per brief aan de Kamer heb laten weten, ben ik een monitor gestart naar de effecten van de invoering van de eigen bijdrage GGZ voor kwetsbare groepen. Tot die tijd houd ik een vinger aan de pols en heb ik uw Kamer op de hoogte gesteld over de eerste signalen die ik ontvangen heb uit de quick-scan. Ik ben dan ook benieuwd of met de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ een remmend effect op de tweedelijns GGZ is bewerkstelligd en ik ben benieuwd of patiënten de weg naar de eerste lijn beter kunnen vinden. Voor nu vind ik het van belang om de invoering van de eigen bijdrage te blijven volgen en neem ik de signalen serieus. Echter zoals mijn formulering ook weergeeft blijven het eerste signalen op basis van een quickscan. Dit is nog niet genoeg voor een definitieve reactie en ik kan dus ook nog geen conclusies trekken. Ik wacht hiervoor dan ook de resultaten van de monitor af.

90

*De PVV-fractie vraagt hoeveel duurder de tweedelijns-GGZ gaat worden, nu de eigen bijdrage deels vervalt.*

De netto-uitgaven van de tweedelijns-GGZ stijgen als gevolg van de verzachting van de eigen bijdrage GGZ met ingang van 2013 naar verwachting met € 55 miljoen. Hiervoor is dekking gevonden binnen het begrotingsakkoord.

91

*De PVV-fractie vraagt wat ik vind van het DSM-5-classificatiesysteem en of ik van mening ben dat dit in Nederland moet worden ingevoerd.*

Zolang de American Psychiatric Association (APA) nog werkt aan herziening, zie ik geen aanleiding om een beleidsmatig oordeel te vellen



over het al dan niet introduceren van de DSM V in Nederland. Het is aan de wereldwijde expertgroepen van beroepsbeoefenaren om te bepalen welke aanpassingen aan dit classificatiesysteem inhoudelijk noodzakelijk zijn. Daar waar dit leidt tot onderlinge controversen zullen zij zelf moeten zorgen voor een passende oplossing, die recht doet aan de wetenschappelijke stand van zaken en die eenduidige toepassing van de DSM in de praktijk mogelijk maakt.

Voor zover deze discussie over herziening van de DSM raakt aan de reikwijdte van het basispakket en gepast gebruik voor de geneeskundige GGZ volg ik deze wel kritisch. Ik ben van mening dat onnodige medicalisering moet worden voorkomen. Zowel uit het oogpunt van kwaliteit van zorg als van kostenbeheersing.

Eventuele toename van te vergoeden behandeling is echter niet eenzijdig afhankelijk van het door professionals gehanteerde classificatiesysteem. Voor vergoeding van behandeling voor psychiatrische patiënten is binnen het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) het basispakket leidend. Hiervoor moet duidelijk zijn wanneer er sprake is van onbetwistbare geneeskundige GGZ en wanneer van niet-noodzakelijke vormen van GGZ-zorg. Het CVZ is gevraagd om in haar pakketadvies daarover te adviseren.

Inmiddels is het eerste deel van het pakketadvies voor de geneeskundige GGZ gepubliceerd, dat ingaat op de nadere invulling van de bestaande aanspraak en gepast gebruik. Mijn reactie heeft u recent ontvangen. Publicatie van een tweede advies staat voor december 2012 gepland. Hierin zal worden ingegaan op de andere twee punten. Op basis hiervan zal ik zo nodig mijn beleid aanpassen.

92

*De PVV-fractie heeft gevraagd waarom dieetadvisering voor niet-zieken weer in het basispakket gaat.*

In het Begrotingsakkoord 2013 is € 44 miljoen ter beschikking gesteld voor uitbreiding van het pakket met dieetadvisering. Daarom wordt dieetadvisering weer in het pakket opgenomen voor verzekerden voor wie een medische indicatie is afgegeven.

93

*De PVV-fractie heeft gevraagd wat de argumenten waren om dieetadvisering voor niet-zieken eruit te halen.*

Het verwijderen van dieetadvisering in het pakket per 1 januari 2012 betrof een van de maatregelen die onderdeel vormden van het ombuigingspakket 2012.

94

*De PVV-fractie heeft gevraagd of de argumenten om dieetadvisering uit het pakket te halen voor niet-zieken ineens niet relevant meer zijn.*

Zie het antwoord op vraag 31.

95

*De PVV-fractie vraagt hoeveel maatregelen nog genomen worden om de zorg voor zieken onbetaalbaar te maken.*

Ik deel de mening van »de PVV-fractie niet dat de zorg voor zieken onbetaalbaar wordt gemaakt. Ik ben me er terdege van bewust dat de maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013 ook de burger in zijn portemonnee raakt. Deze maatregelen zijn echter nodig om ook voor 2013 de kosten in de zorg beheersbaar te houden. Daarbij vind ik dat eigen

bijdragen een essentieel onderdeel zijn van een houdbaar systeem in de zorg. Eigen bijdragen helpen het kostenbewustzijn te verbeteren en de collectieve lasten verder verlagen. Ik heb de Tweede Kamer vorige week een analyse hierover gestuurd «Hoeveel is extra zorg ons waard», waarop ik hier nader in ga. De verhoging van het verplicht eigen risico wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. Ook worden de eigen bijdragen GGZ verzacht voor verzekerden met een inkomen onder de 110% minimuminkomen.

96, 97, 99

*De PVV-fractie vraagt hoeveel betalingsregelingen er worden getroffen, doordat mensen het verplicht eigen risico niet kunnen betalen en hoeveel dit door de verhoging van het verplicht eigen risico zal stijgen. Ook vraagt de fractie wat ik vind van de situatie dat Nederlandse burgers een betalingsregeling moeten treffen om de kosten voor hun gezondheid te kunnen betalen.*

Het is niet bekend hoeveel mensen een betalingsregeling treffen met hun zorgverzekeraar om de kosten van het verplicht eigen risico te betalen. Het is ook niet bekend hoeveel het aantal betalingsregelingen zal stijgen door deze verhoging van het verplicht eigen risico. Naar verwachting zal deze stijging beperkt zijn, omdat lage inkomens voor de verhoging van het verplicht eigen risico ook worden gecompenseerd via de zorgtoeslag. Het is voor de verzekerde vervelend dat hij eventueel een betalingsregeling moet treffen, als hij niet kan voldoen aan het verplicht eigen risico. Dit kan met name het geval zijn voor verzekerden met een laag inkomen die vroeg in het jaar het verplicht eigen risico vol maken. Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen. Een verzekerde kan hiervoor een verzoek indienen. De zorgverzekeraar is niet verplicht het verzoek te honoreren, dit wordt per verzekerde bekeken. Ik ben niet voornemens om zorgverzekeraars te verplichten om de verzoeken te honoreren. Het verplicht honoreren van betalingsregeling biedt namelijk ook mogelijkheden voor verzekerden, die het verplicht eigen risico wel zouden kunnen betalen, om een betalingsregeling aan te vragen. Ik laat de zorgverzekeraars dus vrij om per geval te bepalen of een betalingsregeling nodig is.

In principe moet iedereen in Nederland de zorgkosten kunnen betalen. Daarvoor is de zorgtoeslag in het leven geroepen.

98

*De PVV-fractie vraagt hoeveel verzekerden hun zorgverzekering niet meer kunnen betalen, als ze eenmaal ziek zijn geweest.*

Ik begrijp de vraag aldus, dat iemand die ziek is geweest mogelijk geconfronteerd wordt met betaling van het verplicht eigen risico, en dan betalingsproblemen kan krijgen omdat die persoon dan ook de (nominale) premie nog moet betalen.

In mijn brief van 12 juni jl. aan uw Kamer (met kenmerk Z-3118959), heb ik uitgelegd dat een verzekerde ruim van te voren rekening kan houden met de eventuele betaling van het verplicht eigen risico als gevolg van behandeling in een ziekenhuis, omdat er een vertragingseffect ontstaat. Eventuele betalingsachterstand bij het betalen van het verplicht eigen risico leidt er overigens niet toe dat verzekerden sneller worden aangemeld bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Daarvoor geldt dat er een premieachterstand moet zijn ontstaan van minimaal zes maandpremies. Overigens bieden veel zorgverzekeraars de mogelijkheid om op verzoek van de verzekerde een betalingsregeling te treffen.

100

*De PVV-fractie vraagt zich af waarom ik wil voldoen aan de eis 3% uit Brussel.*

Het is onjuist dat het Begrotingsakkoord 2013 louter is geschreven, omdat het kabinet moet voldoen aan de 3% eis van Brussel. De vijf partijen hebben voor deze maatregelen gekozen omdat ze de overheidsfinanciën voor 2013 op orde willen krijgen. Ze willen de rekening niet doorsturen naar de volgende generaties. Zonder dit pakket was – met verkiezingen in aantocht – het risico te groot dat 2013 een verloren jaar zou zijn voor de gezondmaking van de overheidsfinanciën. Dat risico moeten we niet (willen) lopen.

101

*De PVV-fractie vraagt of de volledige compensatie van het hogere eigen risico via de zorgtoeslag in plaats van via de compensatie voor het verplicht eigen risico (CER) juridisch wel correct is?*

Ja, de bij het Begrotingsakkoord 2013 betrokken partijen hebben besloten om de zorgtoeslag nog inkomensafhankelijker te maken door de volledige compensatie voor de laagste inkomens via de zorgtoeslag. Het inkomensafhankelijker maken van de zorgtoeslag is juridisch mogelijk binnen de bestaande Wet op de zorgtoeslag. Het Begrotingsakkoord 2013 bevat de keuze om deze gedeeltelijke compensatie via de CER te schrappen omdat voor de laagste inkomens volledige compensatie via de zorgtoeslag plaatsvindt. Het wetsvoorstel bevat de juridische effectivering van die keuze via een wijziging van de Zorgverzekeringswet.<sup>1</sup>

102

*De PVV-fractie vraagt waarom de verhoging van het verplicht eigen risico via de zorgtoeslag wordt gecompenseerd en niet via de CER.*

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om verzekerden met een laag inkomen te ontzien voor de verhoging van het verplicht eigen risico. De zorgtoeslag is hiervoor het beste instrument, want de zorgtoeslag compenseert nu ook al verzekerden met een laag inkomen voor het gemiddeld verplicht eigen risico.

103

*De PVV-fractie vraagt of de laagste inkomens volledig worden gecompenseerd voor de verhoging van het verplicht eigen risico.*

Ja, de huishoudens met een inkomen tot het wettelijk minimuminkomen ontvangen de maximale zorgtoeslag. Voor 2013 wordt het wettelijk minimum inkomen geraamd op € 19 012.<sup>2</sup> Dit is het verzamelinkomen dat hoort bij het wettelijk minimumloon. Boven dat inkomen wordt in overeenstemming met het bestaande systeem van de zorgtoeslag het bedrag afgebouwd naarmate het inkomen stijgt.

<sup>1</sup> Bij wijze van technische toelichting: het bedrag van de zorgtoeslag is het verschil tussen de standaardpremie en de normpremie. De hoogte van de normpremie is een percentage van het drempelinkomen (minimumloon) en een percentage van het deel van het inkomen boven het drempelinkomen. De percentages worden bij algemene maatregel van bestuur aangepast. De laagste inkomens krijgen via een verlaging van het percentage van het drempelinkomen volledige compensatie voor het hogere eigen risico.

<sup>2</sup> Bron: CPB berekeningen ten behoeve van Centraal Economisch Plan 2012.

104

*De PVV-fractie vraagt zich af of bij de compensatie via de zorgtoeslag ook wordt gekeken naar het zorggebruik van de patiënt.*

Nee, de compensatie via de zorgtoeslag is onafhankelijk van het zorggebruik. Zo kan het voorkomen dat verzekerden meer gecompenseerd krijgen dan dat ze daadwerkelijk hebben gebruikt. Ook nu wordt het gemiddelde verplicht eigen risico gecompenseerd via de zorgtoeslag en ontvangen verzekerden via de zorgtoeslag soms meer dan hun daadwerkelijke uitgaven. Door deze maatregel zal de verhoging van het verplicht eigen risico volledig worden gecompenseerd via de zorgtoeslag voor

inkomens tot € 19 012. Dit betekent dus een hogere compensatie voor lage inkomens dan in de huidige regeling het geval is. De compensatie via de zorgtoeslag maakt het mogelijk om met gebruikmaking van bestaande instrumenten de laagste inkomens te ontzien zonder dat kostbare administratieve aanpassingen nodig zijn. De compensatie wordt via de zorgtoeslag op basis van het huishoudinkomen afgebouwd. Een systeem waarbij de relatie tussen de gemaakte kosten voor de zorg en het inkomen veel directer is, is niet eenvoudig vorm te geven en daardoor niet op korte termijn voorhanden.

105

*De PVV-fractie zou graag willen weten wat de gevolgen zijn van de verhoging van het verplicht eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag voor de administratieve lasten.*

De verhoging van het verplicht eigen risico, de aanpassing van de compensatie verplicht eigen risico en de compensatie via de zorgtoeslag hebben geen gevolgen voor de uitvoeringskosten en de administratieve lasten. Deze maatregelen passen binnen de huidige systemen.

106

*De PVV-fractie vraagt of de groep die wordt gecompenseerd voor het verplicht eigen risico ook de groep is met de grootste zorgvraag.*

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om de verhoging van het verplicht eigen risico van € 115 te compenseren via de zorgtoeslag. Zo komt de compensatie terecht bij verzekerden met een laag inkomen, wat niet per definitie dezelfde groep hoeft te zijn als verzekerden met de grootste zorgvraag. Verzekerden met een grote zorgvraag die door hun hoge inkomen geen zorgtoeslag ontvangen worden niet gecompenseerd voor de verhoging van het verplicht eigen risico van € 115. Als zij voldoen aan de eisen van de CER ontvangen zij nog wel een compensatie via de CER voor het verplicht eigen risico voor zover dit niet de verhoging van € 115 betreft.

107

*De PVV-fractie merkt op dat sommige patiënten het verplicht eigen risico in januari volmaken. De fractie vraagt zich af of de compensatie van het verplicht eigen risico al aan het begin van het jaar plaatsvindt.*

Nee, de compensatie via de zorgtoeslag zal, net zoals nu, maandelijks via de zorgtoeslag plaatsvinden. Het kan voorkomen dat verzekerden al in januari hun volledig verplicht eigen risico opmaken. Ook nu komt deze situatie voor. Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen. Een verzekerde kan hiervoor een verzoek indienen. De zorgverzekeraar is niet verplicht het verzoek te honoreren, dit wordt per verzekerde bekeken. Ik ben niet voornemens om zorgverzekeraars te verplichten om de verzoeken te honoreren. Het verplicht honoreren van betalingsregeling biedt namelijk ook mogelijkheden voor verzekerden, die het verplicht eigen risico wel zouden kunnen betalen, om een betalingsregeling aan te vragen. Ik laat de zorgverzekeraars dus vrij om per geval te bepalen of een betalingsregeling nodig is.

108

*De PVV-fractie vraagt zich af of de verhoging van het verplicht eigen risico wel rechtvaardig is.*

Ja, het Nederlandse systeem is op dit moment al zeer solidair, immers ook verzekerden met een hoge ziektelast krijgen hun noodzakelijke zorg gewoon vergoed. Voor deze vergoedingen geldt tevens dat een verze-

kerde in internationaal perspectief relatief lage eigen bijdragen hoeft te betalen. Om een solidair systeem in stand te houden is nu wel een verhoging van het verplicht eigen risico nodig. Juist omdat het verplicht eigen risico betrekking heeft op alle verzekerden van 18 jaar en ouder is het ook een relatief solidaire maatregel. Ook gezonde verzekerden met eenmalige zorgkosten, bijvoorbeeld vanwege een gebroken teen, krijgen te maken met het eigen risico. Dat is tevens een element van solidariteit. Bovendien wordt de verhoging van het verplicht eigen risico voor de verzekerden met een laag inkomen gecompenseerd via de zorgtoeslag. Het maximum bedrag voor de zorgtoeslag wordt met € 115 verhoogd voor 2013. Dit is gelijk aan de verhoging van het verplicht eigen risico uit hoofde van het begrotingsakkoord 2013. Huishoudens met een inkomen onder het wettelijk minimumloon worden dus volledig gecompenseerd voor de verhoging van het verplicht eigen risico. Huishoudens met een inkomen boven het wettelijk minimumloon ontvangen naarmate hun inkomen hoger ligt minder zorgtoeslag en dus minder compensatie. De verhoging van het verplicht eigen risico is dus in die zin rechtvaardig dat de laagste inkomens volledig worden ontzien en de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen.

109

*De PVV-fractie merkt op dat zorgverzekeraars Menzis en Uvit verwachten dat het aantal wanbetalers zal stijgen. De fractie vraagt zich af waarom ik dan toch verwacht dat het aantal wanbetalers als gevolg van de verhoging van het verplicht eigen risico niet zal stijgen.*

Ik verwacht door de verhoging van het verplicht eigen risico in combinatie met compensatie via de zorgtoeslag geen stijging van het aantal wanbetalers. Voor de laagste inkomens zullen de kosten niet stijgen. Zij worden immers gecompenseerd via de zorgtoeslag. Daarenboven geldt dat iemand niet zomaar wanbetaler wordt. Het ontstaan van schulden en schuldproblematiek is een breed maatschappelijk probleem dat niet alleen de zorgsector raakt of door de zorgsector veroorzaakt wordt. De wanbetalersproblematiek in de zorgsector heeft, zoals u bekend is, wel mijn nadrukkelijke aandacht. In de zomer stuur ik de VWS-verzekerdenmonitor naar de Kamer. Hierin zal ik de Kamer uitvoerig informeren over de laatste stand van zaken met betrekking tot de ontwikkelingen bij de bijzondere groepen, te weten de wanbetalers, de onverzekerde verzekeringsplichtigen, illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, gemoedsbezwaarden en de verdragsgerechtigden.

110

*De PVV-fractie vraagt zich af wat de verhoging van het verplicht eigen risico zegt over de solidariteit van het stelsel.*

De inkomenssolidariteit van het stelsel wordt nog groter nu de verhoging van het verplicht eigen risico voor de lage inkomens wordt gecompenseerd. Huishoudens met hoge inkomens die geen zorgtoeslag ontvangen zullen voor de verhoging niet gecompenseerd worden.

111

*De PVV-fractie vraagt waarom stoppen met roken weer in het pakket zit.*

Bij het Begrotingsakkoord 2013 hebben betrokken partijen afgesproken dergelijke programma's weer in het pakket op te nemen.

112

*De PVV-fractie heeft gesteld dat maagzuurremmers alleen bij chronisch gebruik worden vergoed. Bij sommige aandoeningen is er geen constant gebruik. Kan dat niet ook onder chronisch gebruik worden gerekend?*

Onder chronisch gebruik wordt verstaan gebruik langer dan zes maanden voor een chronische ziekte. Het is aan de voorschrijvende arts om te bepalen of de patiënt aan dit criterium voldoet. Vanwege de beperkte kosten van deze middelen, kunnen bij kortdurend gebruik de maagzuurremmers voor eigen rekening komen.

113

*De PVV-fractie heeft gesteld dat de maatregel waarmee maagzuurremmers uit het pakket zijn gehaald, niet werkt. Het blijkt dat voorschrijvers nu uitwijken naar duurdere (combinatie-)preparaten. Kortom moet deze maatregel niet worden herzien.*

Dat de maatregel niet goed werkt of dat voorschrijvers uitwijken naar andere, duurdere, middelen blijkt niet uit de cijfers die ik van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) krijg. Ik blijf de ontwikkelingen volgen en ontvang daartoe maandelijks cijfers van de SFK.

114 tot en met 116

*De PVV-fractie vraagt wat ik vind van het DSM V classificatiesysteem en of ik het verantwoord vind dat verzekeraars hier hun vergoeding op gaan baseren*

Zolang de American Psychiatric Association (APA) nog werkt aan herziening, zie ik geen aanleiding om een beleidsmatig oordeel te vellen over het al dan niet introduceren van de DSM V in Nederland. Het is aan de wereldwijde expertgroepen van beroepsbeoefenaren om te bepalen welke aanpassingen aan dit classificatiesysteem inhoudelijk noodzakelijk zijn. Daar waar dit leidt tot onderlinge controverse zullen zij zelf moeten zorgen voor een passende oplossing, die recht doet aan de wetenschappelijke stand van zaken en die eenduidige toepassing van de DSM in de praktijk mogelijk maakt.

Voor zover deze discussie over herziening van de DSM raakt aan de reikwijdte van het basispakket en gepast gebruik voor de geneeskundige GGZ volg ik deze wel kritisch. Ik ben van mening dat onnodige medicalisering moet worden voorkomen. Zowel uit het oogpunt van kwaliteit van zorg als van kostenbeheersing.

Eventuele toename van te vergoeden behandeling is echter niet eenzijdig afhankelijk van het door professionals gehanteerde classificatiesysteem. Voor vergoeding van behandeling voor psychiatrische patiënten is binnen het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) het basispakket leidend. Hiervoor moet duidelijk zijn wanneer er sprake is van onbetwistbare geneeskundige GGZ en wanneer van niet-noodzakelijke vormen van GGZ-zorg. Het CVZ is gevraagd om in haar pakketadvies daarover te adviseren.

Inmiddels is het eerste deel van het pakketadvies voor de geneeskundige GGZ gepubliceerd, dat ingaat op de nadere invulling van de bestaande aanspraak en gepast gebruik. Mijn reactie heeft u recent ontvangen. Publicatie van het tweede deel van het advies, waarin een scherpere afbakening van de GGZ-aanspraken wordt onderzocht, staat voor december 2012 gepland. Op basis hiervan zal ik zo nodig mijn beleid aanpassen.

CDA

1

*De CDA-fractie vraagt zich af wat er wordt gemonitord in GGZ. Is het mijden van GGZ onderwerp van de onderzoeksmonitor?*



In de monitor worden de effecten van de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ voor kwetsbare groepen onderzocht. In de monitor wordt onder andere gekeken naar:

- Het zorggebruik: aantal behandelafspraken en het aantal minuten.
- De zorguitval: waarom stoppen patiënten (voortijdig) met de behandeling.
- De zorgverplaatsing: neemt bijvoorbeeld het beroep op de huisarts toe?

Daarnaast wordt, met behulp van registratiegegevens en een enquête onder huisartsen, retrospectief gekeken naar zorgmijding van patiënten: hoe verhoudt het aantal nieuwe aanmeldingen zich ten opzichte van de voorgaande jaren?

2

*De CDA-fractie informeert naar de extra uitvoeringskosten van het CAK bij compensatie eigen bijdrage GGZ. Hoe en wanneer komen de resultaten van de uitvoeringstoets gevraagd aan het CAK?*

De tegemoetkoming voor de eigen bijdrage voor de behandeling in de tweedelijns GGZ leidt inderdaad tot uitvoeringskosten bij het CAK. Het precieze bedrag hiervan is nog niet bekend.

Ik heb het CAK gevraagd om een uitvoeringstoets. Deze geeft input voor het vaststellen van het budget voor de beheerskosten van het CAK voor uitvoering van de taken die samenhangen met deze maatregel. Ik verwacht over 10 weken de uitvoeringstoets (inclusief de begrote uitvoeringskosten) te ontvangen van het CAK.

3

*De CDA-fractie stelt dat zorgverzekeraars een vergoeding kunnen krijgen voor het aanleveren gegevens voor de tegemoetkoming GGZ. Zij vraagt wanneer ze dat krijgen en wie dat bepaalt.*

Op dit moment verwacht ik niet dat het nodig is verzekeraars te vergoeden voor de werkzaamheden in het kader van de verzachting van de eigen bijdrage GGZ. Deze tegemoetkoming leidt namelijk naar verwachting slechts tot een marginale stijging van de administratieve lasten voor zorgverzekeraars.

Desondanks is bij nota van wijziging voorzien in een grondslag voor een eventuele vergoedingsregeling. Daardoor kan ik besluiten zorgverzekeraars voor deze werkzaamheden te vergoeden, mocht onverhoopt blijken dat het toekennen van een dergelijke vergoeding toch in de rede ligt.

4

*De CDA-fractie zou graag horen hoe wordt gewaarborgd dat CAK geen privacygevoelige informatie krijgt bij verzachten eigen bijdrage GGZ.*

Indien de CDA-fractie met deze vraag doelt op informatie over de aard van de stoornis, dan kan ik u verzekeren dat deze informatie niet wordt verstrekt aan het CAK. Het CAK heeft deze informatie ook niet nodig voor het uitvoeren van haar taak. Het CAK krijgt alleen die informatie die benodigd is om de tegemoetkoming voor de laagste inkomens uit te kunnen voeren. Dit betreft informatie over de hoogte van de betaalde eigen bijdrage (100 of 200 euro), het burgerservicenummer, het rekeningnummer, de woonplaats en de geboortedatum van de verzekerde. Daarnaast vraagt het CAK bij de Gemeentelijke Basisadministratie na of en zo ja welke partner geregistreerd is. Vervolgens vraagt het CAK bij de Belastingdienst het inkomen van verzekerde en de eventuele partner op. Op basis van deze gegevens is het CAK in staat om de tegemoetkoming uit te voeren.



5

*De CDA-fractie spreekt erover dat mensen een overzicht van gedeclareerde zorgkosten willen. De fractie vraagt wat de stand van zaken is bij de declaratieoverzichten die zorgverzekeraars zouden moeten gaan verstrekken*

Ik heb dit in 2011 verschillende keren met ZN besproken. ZN geeft aan dat in principe iedere verzekeraar op zijn site een module heeft waar de verzekerde als zijn gegevens kan inzien. Ook kunnen verzekeraars te allen tijde telefonisch schade-informatie opvragen.

Volledigheidshalve merk ik op, dat ik op 11 april een brief aan uw Kamer heb verzonden (Kamerstukken 2011–2012, 33 000 XVI, nr. 173) over een aantal zaken die raken aan het onderwerp kostenbewustzijn. In deze brief wordt de stand van zaken rondom de verschillende onderwerpen gegeven en een overzicht gegeven van welke afspraken er, in nauwe samenwerking met veldpartijen (o.a. NFU, NPCF, NVZ en ZN), in dit kader zijn gemaakt.

Er zijn dus veel stappen gezet. Wij blijven dit nauwlettend volgen. De verzekerde moet wat mij betreft niet bij zijn verzekeraar actief na hoeven vragen, maar moet dit via internet makkelijk kunnen inzien.

6

*De CDA-fractie stelt dat de verhoging van het verplicht eigen risico premiestijging voorkomt. Ze merkt op dat ook de CER-criteria bijstelling behoeven. De fractie vraagt zich af hoe het daarmee staat.*

Ik heb meerdere malen met uw Kamer gediscussieerd over de Wtcg en CER en heb uw Kamer een samenhangende visie over de Wtcg en CER toegezegd. Door de demissionaire status van dit Kabinet zal ik niet zelf met oplossingen kunnen komen. Wel zal ik uw Kamer voor de zomer een analyse sturen over de regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten.

7

*De CDA-fractie vraagt wanneer de aangekondigde monitor over de alternatieven voor het terugbrengen van het aantal IVF-behandelingen komt.*

De effecten van de IVF-maatregel zullen eind 2013 worden gemonitord.

8

*De CDA-fractie vraagt naar de overheveling van de geriatrische revalidatie naar de Zvw. De fractie vraagt wat dit betekent voor de Zvw-premie?*

Door de overheveling stijgen de uitgaven ten laste van de Zvw en dalen de uitgaven ten laste van de AWBZ. De overheveling vindt macroneutraal plaats dus de totale uitgaven stijgen niet. Omdat de Zvw lastendekkende premies kent, leiden de hogere Zvw-uitgaven tot hogere Zvw-premies (de nominale premie circa 25 euro hoger en de inkomensafhankelijke bijdrage stijgt met circa 0,5%-punt hoger); het saldo van het Zvw-fonds verandert niet. De stijging van de nominale premie wordt automatisch gecompenseerd via een hogere zorgtoeslag. In de AWBZ wordt gewerkt met een constante premie. De lagere AWBZ-uitgaven leiden daarmee tot een beter saldo in het AWBZ-fonds. Per saldo zou de overheveling zonder nadere maatregelen leiden tot een lastenverzwaring en een beter EMU-saldo. De overheveling is echter niet bedoeld als lastenverzwaring. Daarom komt er voor zowel bedrijven als burgers een lastenverlichting buiten de zorg, die er toe leidt dat beide groepen per saldo geen lastenverzwaring onder-

vinden en het EMU-saldo ongewijzigd blijft. Deze overheveling is dus wel in de zorgverzekeringspremie terug te zien.

9

*De CDA-fractie vraagt of alle pakketmaatregelen voor 2013 op tijd klaar zijn.*

De pakketmaatregelen per 1 januari 2013 zullen op tijd klaar zijn. Dan kunnen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de implementatie daarvan tijdig ter hand nemen. Met de parlementaire behandeling van de pakketmaatregelen vóór het zomerreces is beoogd op een zodanig tijdstip duidelijkheid te verschaffen dat voldoende tijd resteert voor implementatie en voorlichting.

D66

1

*De D66-fractie stelt dat de compensatie van eigen bijdrage GGZ voor laagste inkomens gaat op basis van inkomen t-2. Kan dat niet op basis van recentere inkomensgegevens? En wat betekent dat voor uitvoeringskosten?*

Er wordt uitgegaan van inkomensgegevens van het tweede jaar voor het berekeningsjaar (t-2).

Deze inkomens behoeven in 99,6% van de situaties geen bijstelling. Op deze manier wordt aangesloten bij de Wtcg en de eigen bijdragen voor de AWBZ en de Wmo. Dit voorkomt verwarring bij cliënten en draagt bij aan lagere uitvoeringskosten bij het CAK.

2

*De D66-fractie vraagt of de minister patiëntenorganisaties wil betrekken bij de monitor eigen bijdrage GGZ.*

Ik heb het landelijk platform GGZ, net als andere partijen uit de sector, uitgenodigd voor de begeleidingsgroep. Deze begeleidingsgroep is betrokken bij de opzet, voortgang en resultaten van de monitor. De begeleidingsgroep wordt gevraagd om vanuit de eigen expertise en achtergrond mee te denken over de uitvoering van het onderzoek. Het landelijk platform GGZ is vooralsnog niet ingegaan op de uitnodiging voor deelname aan de begeleidingsgroep. Deze uitnodiging blijft staan, ik hoop dat het landelijk platform GGZ er alsnog voor kiest om aan te schuiven bij de begeleidingsgroep.

3

*De D66-fractie vraagt zich af wat de stand van zaken is met betrekking tot e-health.*

Twee weken geleden heb ik u een brief gestuurd over de stand van zaken e-health en de nationale implementatieagenda e-health van de veldpartijen. Ik wil u naar die brief verwijzen voor de stand van zaken met betrekking tot e-health.

4

*De D66-fractie vraagt of de minister wil onderzoeken hoe de compensatie voor verhoging verplicht eigen risico beter gekoppeld kan worden aan zorggebruik.*

Ik zie twee opties om de compensatie van het verplicht eigen risico beter te koppelen aan het zorggebruik van de patiënt. Ten eerste kan het verplicht eigen risico gekoppeld worden aan de CER. De CER compenseert

verzekerden die voorspelbaar het verplicht eigen risico vol maken voor hun extra kosten ten opzichte van een gemiddelde verzekerde. Dit compensatiemechanisme houdt dus rekening met het zorggebruik van de verzekerde. Echter, compensatie via de CER zou betekenen dat een grote groep verzekerden met een laag inkomen en hoge zorglasten niet meer gecompenseerd zou worden voor de verhoging van het verplicht eigen risico. Dit zou ingaan tegen de afspraken in het Begrotingsakkoord 2013, waarin juist is gekozen om lage inkomens voor de verhoging van het verplicht eigen risico te ontzien.

Ten tweede zou wellicht op middenlange termijn een nieuw compensatiemechanisme kunnen worden opgezet dat een koppeling maakt tussen het zorggebruik en het inkomen van verzekerden. Aangezien het hier zou gaan om een nieuw compensatiemechanisme kan dit leiden tot een (grote) stijging van de administratieve lasten voor betrokken partijen, waaronder de zorgverzekeraars, de belastingdienst en afhankelijk van de gekozen uitvoeringsvariant ook het CAK en de burger. Het grootste knelpunt zit in het feit dat het zorggebruik en het inkomen worden geregistreerd door twee verschillende instanties, respectievelijk zorgverzekeraars en belastingdienst, die beide niet over de gegevens van de ander kunnen dan wel mogen beschikken. Invoering van een dergelijke regeling voor 1 januari 2013 zou ook niet mogelijk zijn geweest en hogere kosten met zich meebrengen in zowel de reguliere uitvoering als bij de omzetting van de systemen. Om deze redenen is niet voor deze variant gekozen. Aangezien de twee opties inclusief de voor- en nadelen bekend zijn lijkt mij een onderzoek naar een betere koppeling tussen de compensatie voor het verplicht eigen risico en het zorggebruik overbodig.

5

*De D66-fractie heeft gevraagd hoe de € 7, 50 eigen bijdrage per ligdag ziekenhuis in rekening wordt gebracht en wat de administratieve en uitvoeringslasten van deze maatregel zijn.*

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar bepaalt dus hoe de eigen bijdrage in rekening wordt gebracht. Hij kan zelf de eigen bijdrage bij de verzekerde in rekening brengen. Ook kan hij kan desgewenst afspraken maken met de zorgaanbieders om de eigen bijdrage voor hem in rekening te brengen. De maatregelen sluiten aan bij reguliere informatiestromen zoals deze nu al zijn georganiseerd tussen (zorg)instellingen, verzekeraars en cliënten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars wisselen namelijk in de huidige situatie al gegevens uit over de zorgconsumptie van de cliënten/patiënten. Er hoeven dan ook geen nieuwe informatiestromen tot stand te worden gebracht, zodat dat in de praktijk geen grote gevolgen heeft. Ook de inning van de eigen bijdrage(n) valt binnen de reguliere processen, omdat nu al gegevens worden gewisseld ten behoeve van zowel het vrijwillig als het verplicht eigen risico. Wel moet de inhoud van de informatiestroom voor de informatie over het aantal verpleegdagen worden aangepast. Dat vergt dus eenmalig een extra inspanning.

6

*De D66-fractie vraagt hoeveel IVF-behandelingen behouden blijven. Hoe komt er kostenverlaging doordat het aantal meerlingen wordt beperkt?*

Het aantal pogingen blijft, zoals nu, behouden op drie. Doordat geregeld wordt dat voor vrouwen tot achtendertig jaar de eerste twee ivf-pogingen alleen voor rekening van de zorgverzekering komen, als er slechts één embryo wordt terug geplaatst, worden meerlingen voorkomen. De meerkosten van meerlingzwangerschappen hangen samen met zwangerschapscomplicaties, extra geboortekosten, extra kosten eerste levensjaar en extra kosten op langere termijn.

1

*De GroenLinks-fractie vraagt of de eigen bijdrage hoortoestellen betekent dat deze hulpmiddelen duurder worden? Moet er niet toch ook een maximumvergoeding worden gesteld.*

Het huidige systeem van een maximum vergoeding heeft grote nadelen. Er is nu geen enkele prikkel tot prijsonderhandeling omdat de schadelast nu voor iedere verzekeraar hetzelfde is. De maximum vergoeding van € 500 is verworden tot een minimumprijs.

Dit kan doorbroken worden door de functiegerichte aanspraak in te voeren én maximum vergoeding te schrappen. De financiële prikkel hoort daarmee te liggen waar hij hoort, namelijk bij de inkopende verzekeraar. Wat dat betreft verwijs ik naar het succes van het geneesmiddelenbeleid waar de prijzen fors gedaald zijn.

PvdA

1

*De PvdA-fractie vraagt of het niet mogelijk is om een forsere slag te maken als het gaat om de informatievoorziening in de zorg.*

De overheid is verantwoordelijk voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en schept vanuit die systeemverantwoordelijkheid randvoorwaarden. Daardoor kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars als private partijen hun rol in het zorgstelsel nemen.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en gepaste zorg en moeten hierover transparant zijn richting patiënten, zorgverzekeraars en overheid. De hiervoor benodigde gegevensuitwisseling sluit aan op hun taken, verantwoordelijkheden en bedrijfsvoering.

Wanneer de publieke belangen onvoldoende behartigd worden met zelfregulering, moeten vanuit de systeemverantwoordelijkheid van de overheid eisen worden gesteld aan informatievoorziening en gegevensuitwisseling. Daarom is aandacht voor informatievoorziening en gegevensuitwisseling bij beleidsvorming noodzakelijk.

Op 15 juni 2012 heb ik het rapport «Naar beter betaalbare zorg» van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven aan uw Kamer aangeboden. In bijlage 4 van het rapport wordt ingegaan verbetering informatievoorziening zorguitgaven. Het gaat om de mogelijkheden die er zijn om te komen tot een betere informatievoorziening opdat eerder en beter zicht ontstaat op de werkelijke ontwikkelingen in de zorguitgaven evenals op oorzaken van eventuele afwijkingen ten opzichte van de ramingen.

De aanbevelingen van de Taskforce hebben betrekking op drie deelonderwerpen:

- Versnellen informatievoorziening over de zorguitgaven;
- Verbeteren monitoring zorguitgaven gedurende het jaar: «early warning»;
- Verbeteren beleidsinformatie.

Gelet op de demissionaire status van het kabinet acht ik het niet passend een reactie op dit ambtelijk rapport te geven.

2

*De PvdA-fractie vraagt of de minister voelt voor regionale experimenten (met regionale budgetten) waarbij de burgers betrokken zijn.*

Ik heb eerder aangegeven open te staan voor initiatieven om de noodzakelijke verschuivingen in de zorg te realiseren. Uit de inventarisatie die ik

nu uitvoer blijkt dat met name de eerstelijnszorgaanbieders initiatiefnemers zijn. Gekoppeld aan hun werkgebied hebben initiatieven veelal een regionaal karakter. Dit is niet hetzelfde als voorstellen voor regionale budgetten. Partijen zoeken binnen het huidige stelsel nieuwe contractvormen voor afgebakende populaties van patiëntgroepen of verzekerden over de bestaande lijnen binnen de Zvw en eventueel de Awbz en Wmo. Ik ben in overleg met partijen om te komen tot een selectie van een beperkt aantal van dergelijke experimenten.

### **Amendement Leijten**

Door het lid Leijten is een amendement ingediend dat ertoe strekt om de verhoging van het verplicht eigen risico van € 220 naar € 350 teniet te doen. De gewenste financiële dekking wordt gezocht in gezamenlijke inkoop van medische hulpmiddelen en aanscherping van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP). Dat laatste houdt in dat het aantal referentielanden verder wordt uitgebreid. Beide zouden volgens het lid Leijten leiden tot een aanzienlijke besparing zonder dat de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg wordt aangetast.

Ik ontraad dit amendement en wel om de volgende redenen. Ten eerste zijn wijzigingen van de WGP controversieel verklaard door de Kamer. Ten tweede is het onduidelijk of met deze twee maatregelen de € 800 miljoen dekking voor 2013 geborgd is. Ik zal op beide voorgestelde maatregelen kort ingaan.

Op 17 april 2012 heb ik u bij brief geïnformeerd over een onderzoek van Ecorys naar de omvang, structuur en werking van de intramurale medische hulpmiddelenmarkt (Kamerstukken 2011–2012, 32 805, nr. 9). Ecorys signaleert onder andere dat er meer gezamenlijk ingekocht zou kunnen worden door zorgaanbieders, maar koppelt geen bedrag aan eventuele besparingen die hierdoor gerealiseerd zouden kunnen worden. Het lijkt mij echter niet waarschijnlijk dat door gezamenlijk inkopen van medische hulpmiddelen een efficiencywinst van € 800 miljoen gerealiseerd kan worden in een markt die qua omvang door Ecorys op € 2,1 miljard geschat wordt. In mijn standpunt op het rapport geef ik aan dat het desondanks goed zou zijn als er meer gezamenlijk ingekocht zou worden door zorgaanbieders. De inkoop van zorg is echter een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars; ik kan hen niet dwingen om de inkoop van medische hulpmiddelen voortaan gezamenlijk te doen. Eventuele samenwerking bij de inkoop van zorg moet overigens binnen de kaders van de mededingingsregels blijven.

Uit het conceptonderzoek van ConQuaestor naar de toekomstbestendigheid van de WGP blijkt dat uitbreiding van het aantal referentielanden van 4 naar 10 onderzochte landen geen daling van het bruto-prijsniveau oplevert. De financiële dekking van een dergelijke maatregel lijkt dan ook zeer beperkt. Dat komt enerzijds omdat de prijsreferentiesystemen in Europa steeds meer naar elkaars prijzen verwijzen. Anderzijds zijn onder druk van het preferentiebeleid de prijzen voor veel gebruikte generieke geneesmiddelen zeer fors gedaald, tot ver onder de berekende WGP maximumprijzen. Daarnaast sluiten zorgverzekeraars contracten met apothekers waarin zij tariefafspraken en afspraken over de prijzen voor geneesmiddelen voor hun verzekerden maken. De prijzen die gedeclareerd worden liggen veelal lager dan de WGP-maximumprijzen. Zodra dit onderzoek door ConQuaestor is afgerond, zal ik het aan de Kamer toesturen. Volledigheidshalve merk ik op dat voor een uitbreiding van de WGP wetswijziging vereist is en onderzoek en aanpassing van de WGP-informatiesystemen. Ook hierdoor is het niet waarschijnlijk dat een wijziging van de WGP in 2013 kan bijdragen aan extra besparingen.