

Vergaderjaar 2011–2012

33 288

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

E

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 6 juli 2012

De memorie van antwoord heeft de leden van de PVV-fractie aanleiding gegeven tot het stellen van een aantal aanvullende vragen die ik met deze nota naar aanleiding van het verslag beantwoord.

De leden van de PVV-fractie vragen of ze het goed begrijpen dat het enige argument dat de regering aanvoert om de uitvoering van de compensatie van de verhoging van het eigen risico niet uitsluitend via de Compensatie Eigen Risico (hierna: CER) te laten verlopen is, dat een dergelijk systeem, waarbij de relatie tussen de gemaakte kosten voor de zorg en het inkomen veel directer is, niet op korte termijn voorhanden is. Is de regering het met deze leden eens dat dit absoluut geen reden is om ervan af te zien, maar een reden temeer om zorgvuldigheid te betrachten en te bezien op welke termijn een dergelijk systeem wel kan worden ingevoerd?

De zorgtoeslag is bedoeld om burgers met een laag inkomen tegemoet te komen in de kosten die zij maken voor de zorg. De zorgtoeslag biedt een tegemoetkoming voor de zorgpremie en het verplicht eigen risico. De CER is bedoeld om burgers die voorspelbaar het verplicht eigen risico volmaken te compenseren voor hun additionele kosten. Zij ontvangen via de CER het verschil tussen het maximum eigen risico en het gemiddeld eigen risico, waardoor ze uiteindelijk niet meer betalen dan een gemiddelde verzekerde.

De regering heeft ervoor gekozen om alle huishoudens met een laag inkomen volledig te ontzien voor de verhoging van het verplicht eigen risico, door de zorgtoeslag evenredig te laten stijgen. Daarbij is gekozen voor het instrument dat het mogelijk maakt om de compensatie op 1 januari 2013 in werking te doen treden. Hiervoor is de zorgtoeslag het meest geschikte instrument.

De leden van de PVV fractie vragen wat de netto opbrengst van de verhoging van het eigen risico is. De verhoging zou € 800 mln opleveren, terwijl de uitvoeringskosten € 560 mln zijn. Deze komen echter uit de algemene pot en niet uit de begroting van VWS. Uiteindelijk betalen de burgers het allemaal wel. Waar komt de rekening uiteindelijk terecht?

Hoeveel mensen komen er in aanmerking voor CER, Wtcg en Zorgtoeslag?

De verhoging van het eigen risico wordt voor huishoudens met de laagste inkomen volledig gecompenseerd via een verhoging van de zorgtoeslag. Zoals duidelijk wordt in de tabel hieronder hebben deze maatregelen een neutraal of licht positief effect voor mensen met de laagste inkomens.

Tabel Inkomenseffecten van verhoging verplicht eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag

Alleenverdiener met kinderen	
modaal	- ¼
2 x modaal	- ¼
Tweeverdieners	
modaal + ½ x modaal met kinderen	- ¾
2 x modaal + ½ x modaal met kinderen	- ½
modaal + modaal zonder kinderen	- ¾
2 x modaal + modaal zonder kinderen	- ½
Alleenstaande	
minimumloon	0
modaal	- ¾
2 x modaal	- ¼
Alleenstaande ouder	
minimumloon	+ ¼
modaal	- ½
Sociale minima	
paar met kinderen	+ ½
alleenstaande	+ ¼
alleenstaande ouder	0
AOW (alleenstaand)	
(alleen) AOW	+ ¼
AOW +10000	- ¼
AOW (paar)	
(alleen) AOW	+1
AOW +10000	0

De lastenverlichting via de zorgtoeslag wordt gecompenseerd via een lastenverzwaring elders, waardoor er per saldo geen belasting van het emu-saldo resulteert. De compenserende lastenverzwaring is zo vormgegeven binnen het totale begrotingsakkoord dat de huishoudens met de laagste inkomens als gevolg van het begrotingsakkoord een licht positief inkomenseffect hebben.¹ De verwachte totale inkomenseffecten voor 2013 zullen met Prinsjesdag worden gepresenteerd. De CER komt terecht bij circa 2 miljoen mensen, de Wtcg bij circa 1,3 miljoen mensen en de zorgtoeslag bij circa 5 miljoen huishoudens (circa 6,5 miljoen volwassenen)².

De leden van de PVV-fractie constateren dat de regering niet bereid is om de verhoging van de zorgtoeslag als compensatie voor de verhoging van het eigen risico volledig in januari uit te betalen, omdat zij verwacht dat de huishoudens met een laag inkomen de eerder ontvangen zorgtoeslag zullen aanwenden voor de betaling van andere uitgaven. Hieruit spreekt een wel zeer lage dunk ten aanzien van deze huishoudens, zo menen deze leden. Zij krijgen hierop dan ook graag een nadere reactie.

Bij de vormgeving van de zorgtoeslag in 2005 is weloverwogen gekozen om huishoudens twaalf vrijwel gelijke voorschotten te geven. Dat lag toen zeker in de rede omdat voorzien was dat de zorgtoeslag diende ter gedeeltelijke dekking van de nominale premie en de toenmalige no-claim-

¹ Voorjaarsnota 2012, EK 2011/12, 33 280, nr. 1.

² Cijfers 2012.

premie die beide door de meeste burgers in twaalf gelijke termijnen betaald dienden te worden. Bij de introductie van het eigen risico in 2008 is besloten het gemiddeld gebruik van het eigen risico op te nemen in de standaardpremie, waardoor ook dit afhankelijk van het inkomen wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. Op dat moment is niet gekozen om het bevoorschottingsritme van de zorgtoeslag aan te passen. Dat is ook niet gebeurd toen het eigen risico werd verhoogd in 2012, zoals overeengekomen in het gedoogakkoord. Het kabinet ziet nu geen reden om daarvan af te wijken.

De leden van de PVV-fractie stellen dat de regering niet bereid is om een maximum van 10 dagen te stellen aan het betalen van liggeld in het ziekenhuis en daarmee volledig voorbij gaat aan het feit dat het geen eigen keuze is om in het ziekenhuis te moeten liggen en dat ook de duur daarvan niet te beïnvloeden is. De kosten kunnen daardoor behoorlijk oplopen. Dit geldt ook voor familie die op bezoek komt. Kan de regering aangeven waarom zij hiermee geen rekening wenst te houden?

De overweging bij de keuze om een eigen bijdrage per ligdag in te stellen is dat het gaat om een eigen bijdrage voor kosten die mensen besparen ten opzichte van mensen die niet in een ziekenhuis verblijven. Als een persoon langer dan tien dagen is opgenomen, bespaart hij ook langer op kosten van onder meer eten en drinken. Het is redelijk om ook voor de extra ligdagen € 7,50 per dag te vragen. Ik ben daarom niet voornemens om een maximum in te stellen.

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.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering bereid is de ligduur te monitoren om een mogelijk verband met de invoering van de eigen bijdrage vast te kunnen stellen. De ligduur is de afgelopen jaren gedaald en Nederland heeft van de ons omringende landen de kortste ligduur, waardoor er geen efficiëncyslag meer te behalen is. Bovendien is de invoering van de eigen bijdrage puur een lastenverzwaring voor de patiënt en gaan patiënten mogelijk ziekenhuiszorg mijden om kosten te besparen. Op deze vraag uit het voorlopig verslag hebben de leden van de PVV-fractie onvoldoende antwoord gekregen en daarom stellen zij deze vraag nogmaals.

De invoering van de eigen bijdrage voor een ligdag is, anders dan de leden van de PVV-fractie blijkens hun vraag veronderstellen, niet bedoeld om een efficiëncyslag te behalen door de ligduur te bekorten. Monitoring van het effect van de eigen bijdrage op de ligduur zou wellicht zinvol zijn, als dat het doel zou zijn geweest. Nu dat echter niet het geval is, zie ik geen aanleiding voor een dergelijke monitor.

Overigens zullen mensen 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. Het is redelijk om daarvoor een eigen bijdrage te betalen.

De leden van de PVV-fractie hebben de regering gevraagd of zij bereid is de eigen bijdrage slechts voor een hoortoestel te laten gelden voor mensen die aan beide oren een hoortoestel nodig hebben, aangezien mensen met gehoorproblemen aan beide oren door deze eigenbijdrageregeling dubbel getroffen worden. Als antwoord geeft de regering dat zij beide groepen hetzelfde wil behandelen en daarom per hoortoestel een eigen bijdrage laat gelden. De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat deze redenering niet klopt: op deze manier wordt iemand die twee

hoortoestellen nodig heeft juist wel anders behandeld, hij/zij wordt namelijk dubbel gepakt. Bovendien gaat de regering uit van prijsverwachtingen, namelijk dat de prijzen van hoortoestellen zullen dalen en daarmee ook de eigen bijdrage. Is de regering bereid deze maatregel te evalueren en terug te draaien indien blijkt dat er geen prijsdaling plaatsvindt?

Wanneer er sprake is van het hebben van recht op aanspraak op de hoorzorg zal voor iedereen een percentuele eigen bijdrage gaan gelden wanneer het gaat om hoortoestellen, ongeacht de beperking. Dit maakt dat iedereen gelijk wordt behandeld.

Ik hecht er belang aan om nogmaals te benadrukken dat de verwachting is dat mensen die een hoortoestel nodig hebben financieel juist met deze maatregel gebaat zijn. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gaf het in zijn advies in 2010 al aan. Volledigheidshalve zal ik de berekening uit de memorie van antwoord herhalen.

De huidige gemiddelde prijs per hoortoestel bedraagt € 1200, de maximale vergoeding bedraagt € 500. Dit houdt in dat een gebruiker die twee hoortoestellen nodig heeft, nu al € 1400 zelf moet bijbetalen. Bij een gelijkblijvende prijs zal de gebruiker met twee hoortoestellen straks € 600 aan eigen bijdrage moeten betalen.

Ik verwacht dat met de maatregel de prijzen van de hoortoestellen zullen dalen, hetgeen inhoudt dat het bedrag aan eigen bijdrage ook daalt. De maximum vergoeding blijkt de hoortoestellenmarkt te frustreren. Zoals het CVZ al aangaf, is de maximumvergoeding verworpen 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 én het loslaten van de maximumvergoeding heeft de verzekeraar er daadwerkelijk belang bij om te onderhandelen over de prijs. Het CVZ verwacht dat de gemiddelde prijs daalt tot € 700 per hoortoestel. Dit betekent dat een gebruiker die twee toestellen nodig heeft met ingang van 2013 een eigen bijdrage van € 350 betaalt. Zoals hieruit blijkt, is mijn verwachting van de prijsontwikkeling geen willekeurige verwachting, maar die is gebaseerd op het advies van het CVZ. Inmiddels laten ook zorgverzekeraars weten een relevante prijsdaling te kunnen bewerkstelligen. Het CVZ houdt jaarlijks bij wat de kostenpost voor de hoortoestellen is, waarmee gelijk de prijsontwikkeling duidelijk is. Een aparte evaluatie acht ik daarom niet nodig en ik ben niet bereid om de maatregel terug te draaien.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering bereid is stoppen-met-roken uit het pakket te laten en de rollator en de loophulpmiddelen in het pakket te houden, aangezien roken een eigen keuze is waar mensen zelf verantwoordelijk voor zijn, terwijl een loopprobleem geen eigen keuze is en mensen hier niet zelf verantwoordelijk voor zijn. Bovendien spaart iemand die stopt met roken op jaarbasis € 1 800 uit (uitgaande van een pakje sigaretten per dag) en kan daarmee heel goed zijn eigen behandeling betalen. Geen reden dus om dit terug in het basispakket te stoppen, waaraan iedereen mee moeten betalen. Hierop heeft de regering slechts geantwoord dat zij niet voornemens is hierop terug te komen en dat is voor deze leden onvoldoende: graag ontvangen zij een duidelijk antwoord met onderbouwing op deze vraag. Misschien is het voor de regering moeilijk om toe te geven dat zij hierin 180 graden is gedraaid ten opzichte van vorig jaar?

De bij het Begrotingsakkoord 2013 betrokken partijen hebben bij de keuzes een politieke afweging gemaakt. Het weer opnemen van stoppen-

met-rokenprogramma's in het pakket en het verwijderen van eenvoudige loophulpmiddelen uit het pakket is daarvan het resultaat. In een afspraak tussen meerdere partijen zijn dit soort besluiten altijd compromissen.

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