

Vergaderjaar 2010–2011

32 788

Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico

Nr. 5

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 22 juni 2011

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag op het voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico. Graag wil ik van de mogelijkheid gebruik maken om in deze nota naar aanleiding van het verslag de gestelde vragen te beantwoorden. Bij de beantwoording van de vragen heb ik zoveel mogelijk aangesloten bij de volgorde van het verslag.

ALGEMEEN

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben aangegeven dat zij nog enkele aanvullende vragen en opmerkingen hebben.

Deze leden begrijpen dat het verplichte eigen risico van € 210 voor 2012 nog geïndexeerd zal moeten worden. Vindt de minister het redelijk, zo vragen zij, dat het eigen risico circa 18% van de netto maandinkomsten van een minimumloner beslaat?

Huishoudens met een minimumloon hebben recht op de maximale zorgtoeslag. In die zorgtoeslag wordt rekening gehouden met een gemiddeld eigen risico. Per saldo hoeft dus alleen het verschil tussen het gemiddelde en het feitelijk eigen risico zelf te worden opgebracht. In veel gevallen zal een burger eerst enkele maanden zorgtoeslag ontvangen en dan pas kosten in verband met eigen risico moeten maken.

Ook vragen zij of de minister een overzicht kan geven van koopkrachteleffecten voor mensen in de bijstand, met minimumloon, modaal, 1,5 x modaal en 2 x modaal, uitgesplitst naar een gemiddelde gezonde verzekerde, een chronisch zieke/gehandicapte die het volledige eigen risico opmaakt en een gezonde verzekerde die geen eigen risico gebruikt?

In onderstaande tabel is dit uitgewerkt.

	geen kosten	gemid- delde kosten	hoge kosten			
			niet chronisch ziek	chronisch ziek		
				exclusief CER	CER	inclusief CER
mutatie eigen risico	0	20	40	40	20	20
mutatie premie	- 20	- 20	- 20	- 20		- 20
bedrag	- 20	0	20			0
<i>inkomenseffecten</i>						
sociaal minimum	0,2%	0,0%	- 0,2%			0,0%
wettelijk minimumloon	0,1%	0,0%	- 0,1%			0,0%
1x modaal	0,1%	0,0%	- 0,1%			0,0%
1,5x modaal	0,1%	0,0%	- 0,1%			0,0%
2x modaal	0,1%	0,0%	- 0,1%			0,0%

Deze leden vragen zich voorts af waarom deze maatregel de solidariteit binnen ons zorgstelsel zou bevorderen.

Om deze solidariteit op langere termijn in stand te kunnen houden, is het nodig dat er onder de gezonde premiebetalers voldoende draagvlak blijft bestaan. We moeten dus oppassen dat we uitsluitend oog hebben voor solidariteit met de zieke en ongezonde verzekerden. Met andere woorden, gezonde verzekerden moeten willen blijven bijdragen aan de kosten van de zorgverzekering. Om die bereidheid in stand te houden is het noodzakelijk dat gezonden niet enkel het gevoel hebben dat zij er alleen maar zijn om via de premie de kosten op te brengen, zonder dat de zieke of ongezonde verzekerden zelf in de kosten bijdragen. Indien dat gevoel bij de gezonde premiebetalers wegvalt of ontbreekt, komt het draagvlak voor de solidariteit en daarmee van de zorgverzekering te vervallen. Bedacht dient te worden dat verzekeringen gebaseerd zijn op twee onlosmakelijk aan elkaar verbonden elementen, te weten solidariteit (draagt elkaanders lasten) en equivalentie (de premie moet enigszins in verhouding staan tot het ingebrachte risico, althans de premiebetaler moet dat als zodanig beleven).

Voorts vragen deze leden in hoeverre verhoging van het eigen risico daadwerkelijk bijdraagt aan een rem op zorggebruik? In hoeverre gaat het daarbij om onnodig zorggebruik, zo willen zij weten.

Uit het eindrapport van Ecorys, «Evaluatie naar het verplicht eigen risico» van 25 mei 2011 (hierna: evaluatierapport) dat ik uw Kamer bij brief van 10 juni 2011 heb doen toekomen blijkt dat een verhoging van het eigen risico logischerwijs zal leiden tot hogere gedragseffecten. Deze aanname is gebaseerd op een analyse van het CPB. Het CPB geeft aan dat een viermaal zo hoog eigen risico leidt tot een gedragseffect dat driemaal tot ruim viermaal zo hoog is. Het eigen risico kan ertoe bijdragen dat een verzekerde afweegt of hij al dan niet overgaat tot zorggebruik. Niet is onderzocht of dit ook leidt tot minder onnodig zorggebruik.

Kan, zo vragen de leden van de PvdA-fractie, worden aangegeven in hoeverre in Nederland sprake is van het door de RAND Corporation beschreven effect dat vooral gezinnen met kinderen in de laagste inkomensgroepen afzien van zorg? Ook vragen zij welk effect de

verhoging van het eigen risico heeft op de omvang van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland?

In het evaluatierapport van Ecorys wordt gerefereerd aan onderzoeksresultaten van het RAND experiment die uitwijzen dat lagere inkomensgroepen minder extramurale zorg gebruiken dan hogere inkomensgroepen als gevolg van eigen betalingen. In Nederland is de situatie anders. In Nederland vallen verzekerden tot 18 jaar buiten het verplicht eigen risico. Uit het evaluatierapport van Ecorys blijkt dat de situatie in Nederland verschilt van de analyse van RAND. De hoogte van het huishoudinkomen lijkt in relatie tot het verplicht eigen risico in het geheel geen invloed te hebben op het zorggebruik. Veronderstelt wordt dat dit samenhangt met de relatief beperkte hoogte van het verplicht eigen risico en de bestaande compensatie voor specifieke groepen. Ook valt de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden niet onder het verplicht eigen risico.

Ook vragen deze leden welke ambities de regering heeft ten aanzien van het verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

De ambitie van dit kabinet is dat alle Nederlanders langer in goede gezondheid leven¹.

Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen mensen met een hoge of lage sociaal-economische status. De focus ligt niet op het verminderen van verschillen maar het verbeteren van de gezondheid van iedereen. Vanzelfsprekend is er bij mensen met een slechtere gezondheid relatief meer gezondheidswinst te boeken dan bij mensen met een goede gezondheid. De overheidsinzet op meer bewegen en sporten in de buurt zal ook vooral grote betekenis hebben voor die mensen en kinderen die nu (veel te) weinig sporten en bewegen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen in hoeverre er sprake is van een financieringschuif van collectieve lasten naar private kosten waarvan de gevolgen vooral bij de chronisch zieken en gehandicapten neerkomen.

Een van de belangrijkste doelen van het verplicht eigen risico is inderdaad het bewerkstelligen van een financieringsschuif van collectieve lasten naar private kosten. De gevolgen van deze financieringsschuif zijn echter gelijk voor chronisch zieken en gehandicapten en de (gemiddelde) gezonde burgers. De compensatie eigen risico is er immers voor dat de betaling onder het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten gelijk is aan de eigen betaling onder het eigen risico voor de gemiddelde gezonde (niet chronisch zieke en/of gehandicapte) Nederlander. Bovendien zal de premie naar verwachting minder hard stijgen dan zonder de verhoging van het eigen risico. De daling van de nominale premie ten opzichte van het scenario zonder verhoging van het eigen risico zal naar verwachting gelijk zijn aan de gemiddelde eigen betaling onder het eigen risico voor de gemiddelde niet chronisch zieke en/of gehandicapte Nederlander. Per saldo is het inkomenseffect door de compensatie eigen risico voor de chronisch zieken en gehandicapten daarmee naar verwachting nul.

Voorts vragen deze leden met welke gering gedragseffect de minister bij deze verhoging met € 40 rekening heeft gehouden en waarop deze aanname is gebaseerd. Is de geraamde budgettaire opbrengst van € 260 miljoen niet overschat?

Vanwege de onzekerheid omtrent de additionele gedragseffecten van een verhoging van het eigen risico is in de geraamde budgettaire opbrengst van € 260 miljoen geen rekening gehouden met gedragseffecten. Er is dus

¹ Zie brief inzake Landelijke nota gezondheidsbeleid (Kamerstukken II, 2010/11, 32 793, nr. 2).

geen sprake van een overschatting van de geraamde budgettaire opbrengst.

De minister geeft aan dat verzekeraars de nominale premie gemiddeld circa € 20 lager zullen vaststellen door deze verhoging van het eigen risico. Welke maatregelen neemt de minister als verzekeraars de premie voor het jaar 2012 niet met € 20 verlagen, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

De leden van de CDA-fractie vragen waarop de veronderstelling is gebaseerd dat verzekeraars de premie € 20 lager zullen vaststellen. De leden van de fractie van de ChristenUnie ontvangen graag een nadere toelichting waarom de nominale premie naar verwachting € 20 minder hoog wordt dan hij zonder de verhoging van het eigen risico zou zijn geweest.

Ook de leden van de D66-fractie hebben geconstateerd dat deze berekening op een aanname is gebaseerd.

Zorgverzekeraars bepalen de hoogte van de nominale premie die zij hun verzekerden in rekening brengen. Verzekeraars hoeven niet toe te lichten waarom zij precies tot een bepaalde premieontwikkeling komen. Er valt dus achteraf niet met zekerheid vast te stellen dat verzekeraars de € 20 niet hebben verwerkt als lagere premie. In beginsel dienen de premie, de verschuldigde eigen betalingen en de uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds voldoende te zijn voor de zorgverzekeraar om de zorgkosten te kunnen vergoeden. Een van de belangrijkste systeemkenmerken van de zorgverzekeringswet is dat er concurrerende verzekeraars zijn, die om verzekerden concurreren via onder andere de hoogte van de premie. Door de verhoging van het eigen risico zullen verzekeraars gemiddeld € 20 per volwassen verzekerde extra aan inkomsten ontvangen. Aangenomen mag worden dat verzekeraars dit bedrag via lagere premies teruggeven aan verzekerden, omdat zij anders een concurrentienadeel oplopen. Het is overigens natuurlijk wel mogelijk dat een verzekeraar, om andere redenen de premie extra verhoogt, waardoor de premiedaling niet zichtbaar wordt. Aangenomen mag worden dat de premiestijging in dat geval zonder de verhoging van het eigen risico € 20 hoger zou zijn uitgevallen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen verder of de zorgtoeslag wordt aangepast naar aanleiding van de gemiddelde nominale premie die het CPB berekent op basis van de werkelijke nominale premies 2011.

De hoogte van de zorgtoeslag in enig jaar wordt mede bepaald door de standaardpremie voor dat jaar. In de standaardpremie wordt zowel rekening gehouden met het gemiddeld eigen risico van personen die geen compensatie eigen risico ontvangen als met de gemiddelde premie die personen betalen met een individuele polis. De standaardpremie wordt berekend door het CPB rekening houdend met de werkelijke premies van de verzekeraars.

Enkele jaren geleden werd verwacht dat verzekeraars het eigen risico als sturingsmiddel zouden inzetten om patiënten naar voorkeursaanbieders te leiden. In hoeverre, zo vragen de leden van de PvdA-fractie, wordt er door zorgverzekeraars momenteel gebruik gemaakt van het eigen risico als sturingsmiddel?

Uit de evaluatie blijkt dat de inzet van het eigen risico als sturingsinstrument, waarbij de zorgverzekeraar kan bepalen dat de kosten van bepaalde vormen van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven in 2009 en 2010 beperkt is geweest. Ecorys geeft aan dat het instrument als negatief wordt ervaren door verzekerden. Voor

verzekerden is het moeilijk om inzicht te verkrijgen in hoe het verplicht eigen risico en het sturingsinstrument elkaar beïnvloeden. In de evaluatie wordt de verwachting uitgesproken dat bij een hoger eigen risico het belang en de effectiviteit van het sturingsinstrument zullen toenemen. De consument zal bij een hoger verplicht eigen risico eerder geneigd zijn een zorgverzekeraar te kiezen waarbij het verplicht eigen risico (gedeeltelijk) wordt kwijtgescholden indien men naar de preferente zorgaanbieder gaat. Bovendien blijkt dat het sturingsinstrument vooral wordt ingezet voor zorgarrangementen in het B-segment waar voldoende inzicht bestaat in de prijs-kwaliteitverhouding. Aangezien het B-segment de komende jaren wordt uitgebreid zal het sturingsinstrument een grotere waarde kunnen krijgen. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft bij de invoering van het verplicht eigen risico aangedrongen op invoering van het sturingsinstrument. Ik ben voornemens nogmaals met ZN van gedachten te wisselen over mogelijkheden om de effectiviteit van het instrument te vergroten.

Als de betaling van het eigen risico achterwege blijft, wat is dan het gevolg voor het gerealiseerde bruto BKZ en netto BKZ, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

Indien de betaling onder het eigen risico achterblijft bij de raming, leidt dit bij gelijkblijvende bruto uitgaven tot een overschrijding van het netto-BKZ. In de budgettaire besluitvorming wordt gestuurd op het netto-BKZ. De reden waarom de betaling onder het eigen risico achterblijft bij de raming is echter van groot belang: als de betaling achterwege blijft doordat de zorgkosten verminderen door het sturingsinstrument, dan kan het zijn dat het effect van minder eigen betaling en minder zorgkosten elkaar opheft. In dat geval blijft het netto-BKZ gelijk.

Ten slotte vragen de leden van de fractie van de PvdA welke alternatieve ombuigingen er zijn onderzocht om deze verhoging van het eigen risico te voorkomen.

Zij denken hierbij, zo stellen zij, aan gereguleerde beperking van het aantal spoedeisende eerstehulpdiensten, de inzet van minder topklinische ambulances, aanbesteding van toppreferente zorg en het publieke deel van de topklinische zorg (0,2 mld. euro), het capitationmodel voor de bekostiging van de huisarts (0,1 mld. euro) en het verlagen van het norminkomen van specialisten en bestuurders (0,6 mld. euro)? Zij vernemen graag of de minister kan aangeven waarom deze maatregelen niet worden doorgevoerd?

In het kader van de financiële problematiek zijn vele opties bekeken. Uiteindelijk heeft het kabinet afgewogen welke combinatie van maatregelen noodzakelijk en haalbaar is. In mijn brief van 10 juni j.l. inzake de ombuigingsmaatregelen 2012 (kenmerk FEZ-U-3067659), heb ik u hierover nader bericht.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. I.v.m. de houdbaarheid van goede gezondheidszorg en de beheersing van de kosten achten zij de voorgenomen maatregel helaas onontkoombaar.

De regering geeft aan dat de verzekeraars ten gevolge van de maatregel ongeveer € 20 meer ontvangen en stelt dat ze daarom de premie € 20 lager zullen vaststellen.

De leden van de CDA-fractie vragen waarop deze veronderstelling is gebaseerd.

Het antwoord op deze vraag is hierboven uitvoering beantwoord bij eenzelfde vraag van de leden van de PvdA-fractie over dit onderwerp.

De leden van de **SP**-fractie vragen de regering om een reactie op de constatering van Ecorys in het rapport «Evaluatie naar het verplicht eigen risico» dat bij verzekerden met hoge zorguitgaven het eigen risico niet leidt tot minder zorggebruik. Onderstreept deze conclusie niet dat zieken en gehandicapten geen keuze hebben?

In het evaluatierapport (pagina 98) is de zinsnede «Voor mensen met zeer hoge zorguitgaven is de veronderstelling dat hun gedrag niet verandert wanneer zij bij voorbaat kunnen verwachten dat ze het maximale bedrag aan eigen betalingen zullen overschrijden.» opgenomen. In sommige gevallen zal de (chronisch) zieke dus ook geen keuze hebben om al dan niet af te zien van zorg. Juist om te voorkomen dat deze groep afziet van noodzakelijk zorggebruik is sinds de invoering van het verplicht eigen risico een systeem voor het compenseren van verzekerden met meerjarige zorgkosten van kracht.

Voorts vragen deze leden of de regering kan toelichten waarom bijvoorbeeld bloedprikken en het laten verrichten van bloedonderzoek op advies van de huisarts onder het eigen risico valt?

De regering heeft bij de invoering van het verplicht eigen risico besloten om de huisarts en de zorg voor zwangerschap en bevalling buiten het eigen risico te houden. Per 1 januari 2011 is daarenboven de zorg voor chronisch zieken als bedoeld in de keten-dbc's buiten het verplicht eigen risico gehouden. De in deze vraag aangehaalde voorbeelden van zorg behoren echter niet tot de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Daarnaast vragen zij of de regering zich kan voorstellen dat mensen met weinig geld om financiële redenen afzien van zorg en of zij dit geen risico vindt voor hun gezondheid en de volksgezondheid in het algemeen?

In het eindrapport van de evaluatie van het verplicht eigen risico van Ecorys is vermeld dat de hoogte van het huishoudinkomen in relatie tot het verplicht eigen risico geen invloed lijkt te hebben op het zorggebruik. Hieruit blijkt dan ook dat verzekerden niet om financiële redenen afzien van zorg. Vooral nog wordt aangenomen, aldus Ecorys, dat het verplicht eigen risico weinig tot geen negatieve effecten heeft op de gezondheid van verzekerden.

De leden van de SP-fractie verzoeken de regering te reageren op de constatering van Ecorys dat «slechts een beperkte groep verzekerden, vooral chronisch zieken, veelvuldig in aanraking komen met gezondheidszorg». Deelt de regering de constatering dat voor chronisch zieken de overschrijding van het eigen risico onvermijdelijk is, zo vragen zij, en welke consequentie verbindt de regering hieraan?

De regering deelt de constatering dat chronisch zieken per definitie het eigen risico vol maken. Om te voorkomen dat chronisch zieken afzien van noodzakelijke zorg, is een compensatieregeling in het leven geroepen. De compensatie zal voor 2012 worden verhoogd in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico, zodat zij er niet op achteruit zullen gaan.

Tot slot vragen de leden van de SP-fractie of de regering bereid is te onderzoeken welke consequenties het eigen risico en de verhoging daarvan hebben op terreinen die buiten de begroting van VWS vallen. Deelt de regering de mening, zo vragen zij, dat een maatregel die ten doel heeft het zorggebruik te ontmoedigen dan wel voor eigen rekening te laten komen, ook consequenties kan hebben die geen weerslag krijgen in

de VWS-begroting en dat maatschappelijke gevolgen hierdoor buiten zicht blijven?

Bij de presentatie van het koopkrachtbeeld op Prinsjesdag ter voorbereiding van de begroting, zal de regering bezien wat de samenhang en uitwerking daarvan is met andere maatregelen buiten de zorg.

De leden van de **D66**-fractie vragen of de regering bij de voorgestelde verhoging een prognose heeft gemaakt voor de komende jaren?

De verhoging van het eigen risico zorgt voor een structurele verlaging van het netto-BKZ. De collectieve zorgkosten (netto BKZ) komen daarmee structureel lager uit dan in een scenario zonder verhoging van het eigen risico. De vraag of ook de totale zorgkosten (bruto-BKZ) lager uitkomen is afhankelijk van het remeffect en de lange termijn effecten daarvan op het zorggebruik.

Bij de voorgestelde verhoging is een prognose gemaakt voor de komende jaren. De hoogte en opbrengst van het verplicht eigen risico hangen af van een aantal factoren. De belangrijkste factor is de ontwikkeling van de bruto Zvw-uitgaven. Deze zijn van belang voor zowel de indexatie van het verplicht eigen risico als voor de opbrengst. Bij hogere Zvw-uitgaven zullen naar verwachting mensen eerder het eigen risico volmaken. Hierbij is de verdeling van zorggebruik tussen relatief gezonde en ongezonde mensen van invloed. Indien kostenstijgingen vooral plaatsvinden bij mensen die al het eigen risico volmaken, dan leidt dit niet tot een hogere opbrengst. Indien kostenstijgingen vooral plaatsvinden bij relatief gezonde mensen dan zal de opbrengst van het eigen risico toenemen. In de prognose wordt rekening gehouden met (onder andere) deze factoren, en wordt aangenomen dat de verdeling van zorggebruik tussen relatief gezonde en ongezonde mensen gelijk blijft.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat wanneer een periodieke verhoging van het eigen risico moet bijdragen aan het beheersen van de collectieve zorgkosten de regering naar een ander systeem van eigen bijdragen in zorguitgaven moet kijken. Bijvoorbeeld een percentage eigen bijdrage met zorgrekening.

Het Centraal Planbureau (CPB) heeft onderzocht wat de effecten zijn van een procentuele eigen bijdrage in plaats van een verplicht eigen risico. Met de brief van 24 mei 2008¹ is deze studie van het CPB aan uw Kamer aangeboden. De conclusies waren dat een procentuele eigen bijdrage geen effectieve methode is om het gedragseffect te verhogen en bovendien een belangrijk negatief effect heeft, namelijk een lagere opbrengst aan eigen betalingen in vergelijking met een eigen risico. Dit systeem leidt bovendien tot veel kleine eigen bijdragen en daarmee nemen de uitvoeringskosten en de administratieve lasten van zo'n systeem aanzienlijk toe in vergelijking met een eigen risico.

Voorts vragen de leden van de D66-fractie zich af in hoeverre het stelsel van verhogen van het eigen risico en het uitkleden van het basispakket houdbaar is.

Deze regering heeft oog voor de houdbaarheid van het stelsel op lange termijn. Ondertussen wordt er op verschillende plaatsen, waaronder door het CPB² en de SER, verder nagedacht over manieren om de zorg ook op de langere termijn houdbaar te houden. De verschillende instrumenten om het stelsel beheersbaar te houden, zoals eigen betalingen en pakketbeperking, zullen daarbij aan de orde komen.

¹ Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 194.

² Zie onder meer de brief inzake het Onderzoeksprogramma Toekomst Zorg (Kamerstukken II, 2010/11, 32 500 XVI, nr. 136).

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben kennis genomen van de voorliggende wijzigingen van de zorgverzekeringswet in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico. Deze leden vinden het ook noodzakelijk om de toelopende zorgkosten te beheersen. Wel hebben zij nog een aantal vragen.

Zij lezen in de MvT dat met het verhogen van het verplicht eigen risico met € 40, het gemiddeld eigen risico met € 23 zal stijgen. Graag ontvangen zij een nadere toelichting op deze berekening.

De stijging van het gemiddeld eigen risico is gebaseerd op een model waarmee VWS de opbrengsten van het verplicht eigen risico raamt. Dit model is gebaseerd op een databestand uit, en is consistent met, het risicovereveningsmodel. Deze data bevat een verdeling van de Nederlandse bevolking naar 20 kostenklassen, de 5% goedkoopste mensen tot en met de 5% duurste mensen. Dit bestand is onderverdeeld naar de verschillende sectoren zoals die bij de vaststelling van het macroprestatiebedrag worden onderscheiden. Per sector wordt voor de komende jaren de groei van de uitgaven (lonen en prijzen) geraamd. Op basis van de raming van de sectorale uitgaven en de verdeling van het zorggebruik per sector over de Nederlandse bevolking wordt een schatting gemaakt hoeveel mensen het verplicht eigen risico volmaken bij een bepaalde hoogte van het verplicht eigen risico. Uit dit model volgt dat bij een verhoging van € 40 de gemiddelde eigen betaling € 23 hoger uitkomt dan zonder een verhoging. Doordat de chronisch zieken en gehandicapten worden gecompenseerd voor deze verhoging via de compensatie eigen risico, komt de gemiddelde betaling van alle Nederlanders uit op € 20.

Ook ontvangen deze leden graag een nadere toelichting waaruit blijkt dat de nominale premie naar verwachting € 20 minder hoog wordt dan hij zonder de verhoging van het eigen risico zou zijn geweest.

Het antwoord op deze vraag is hierboven uitvoering beantwoord bij eenzelfde vraag van de leden van de PvdA-fractie over dit onderwerp.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vernemen voorts graag in hoeverre het noodzakelijk is dat de hogere zorguitgaven ook moeten worden afgedekt door een hogere zorgpremie?

Op grond van de Zorgverzekeringswet moeten alle zorguitgaven in het kader van die wet gedekt worden. Voor zover hogere zorguitgaven te voorzien zijn, dienen tegenover hogere uitgaven dus hogere premies of hogere eigen betalingen te staan. Tekorten en overschotten in het zorgverzekeringsfonds kunnen alleen ontstaan als de uitgaven en/of inkomsten zich anders ontwikkelen dan voorzien bij het vaststellen van de premies.

Ten slotte ontvangen deze leden graag een reactie op het voorstel om het verplicht eigen risico inkomensafhankelijk te maken.

Een inkomensafhankelijk systeem kent een aantal nadelen ten opzichte van het huidige systeem van het verplicht eigen risico. Zorgverzekeraars zouden dit systeem slechts kunnen uitvoeren indien zij beschikken over inkomensgegevens van verzekerden. Dit is vanwege privacyredenen ongewenst. Wil het systeem uitvoerbaar zijn, dan zou dit buiten de invloedssfeer van zorgverzekeraars moeten plaatsvinden. Het systeem leidt dan ook tot grote uitvoeringslasten omdat voor iedere verzekerde een individuele inkomensbeoordeling moet worden gemaakt. Een inkomensafhankelijk systeem leidt ertoe dat verschillende verzekerden te maken

met verschillende hoogte van eigen betalingen. Daarnaast neemt de complexiteit van het systeem toe doordat de uitvoering niet binnen het verzekeringssysteem plaatsvindt. Dat komt de begrijpelijkheid niet ten goede. Op dit moment overweeg ik geen maatregelen om het verplicht eigen risico inkomensafhankelijk te maken.

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