

Vergaderjaar 2011–2012

**32 788**

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

**B**

### **MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 18 november 2011

Met belangstelling heb ik de bijdragen van de leden van de fracties van de VVD, PvdA, SP, D66 en GroenLinks gelezen. De leden van deze fracties hadden nog enkele vragen, die ik graag beantwoord. Bij de beantwoording heb ik de volgorde van de vragen en indeling van het voorlopige verslag aangehouden.

#### **1. VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie vragen of verwacht kan worden dat een verhoging van het eigen risico enig effect zal hebben op het gebruik van de gezondheidszorg. Afremming van de vraag is immers een van de doelstellingen van een eigen risico. Zou een eigen betaling, bij vermindering van de premielast, niet een beter en wellicht meer rechtvaardig middel zijn?

Onder eigen betalingen valt zowel het verplicht eigen risico als de eigen bijdragen. Ik ga er bij de beantwoording van de vraag van uit dat deze leden eigen bijdragen bedoelen in plaats van eigen betalingen. Voor zowel de verhoging van het verplicht eigen risico als de invoering van eigen bijdragen valt iets te zeggen.

Enerzijds biedt verhoging van het verplicht eigen risico voordelen ten opzichte van de eigen bijdragen. In vergelijking tot eigen bijdragen, is een verhoging van het eigen risico meer risicosolidair en uitvoeringstechnisch beter in te voeren. De maatregel past namelijk in het reeds bestaande systeem van het verplichte eigen risico. Daarnaast voorkomt het een wirwar aan eigen bijdragen, waardoor stapeling en onduidelijkheden wordt voorkomen. Verder zijn door middel van de zorgtoeslag en de compensatie eigen risico (CER), de inkomenssolidariteit en risicosolidariteit beter geregeld.

Anderzijds hebben eigen bijdragen juist een meerwaarde om een gedragseffect binnen een specifieke sector te stimuleren. Door eigen bijdragen in te voeren kan binnen een sector overconsumptie worden verminderd en gepast gebruik worden bevorderd. Dit is de reden waarom

per 2012 ook eigen bijdragen in de tweedelijns curatieve GGZ worden ingevoerd.

## **2. PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering aan te geven op welke gronden gekozen is voor deze aanmerkelijke verhoging. Waarop is het bedrag van € 210 gebaseerd en wat is daarvan de onderbouwing?

Deze verhoging van het eigen risico komt voort uit de afspraak in het Regeer- en Gedoogakkoord. Daarin is opgenomen de verhoging waartoe het vorige kabinet in de begroting 2011 al had besloten.

Dit wetsvoorstel betreft een verhoging van het verplicht eigen risico met € 40, exclusief indexering. In 2011 is het eigen risico € 170. De verhoging van het eigen risico leidt daarmee tot een verplicht eigen risico van € 210 euro. Hier bovenop volgt nog de jaarlijkse indexatie. In 2012 bedraagt deze indexatie € 10 waardoor het verplicht eigen risico uitkomt op € 220.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat een eigen risico in de zorg betekent dat veelal de zogenaamde «zorgmijders» die juist gebaat zijn bij goede zorg, de weg naar de zorginstellingen links laten liggen. Op welke wijze wil de regering voorkomen dat deze zorgmijders van hulp verstoken blijven?

Uit de evaluatie die Ecorys heeft uitgevoerd naar het verplicht eigen risico, blijkt dat op basis van de beschikbare empirische gegevens geen gedragseffect van het verplicht eigen risico is gevonden voor verzekerden met hoge zorguitgaven (verzekerden met een FKG of DKG). Dit komt waarschijnlijk doordat chronische zieken van tevoren weten dat ze het eigen risico toch wel vol zullen maken. Verder blijkt uit de evaluatie dat het gedragseffect van het eigen risico niet significant verschilt tussen inkomensgroepen. Ook geven verzekerden zelf te kennen dat zij zich bij hun zorggebruik niet of nauwelijks laten leiden door het huidige verplicht eigen risico. Vooralsnog wordt aangenomen dat het huidige verplicht eigen risico weinig tot geen negatieve effecten heeft op de gezondheid van verzekerden. Dit sluit aan bij de beschikbare literatuur waarin, in het algemeen, geen effect van eigen betalingen op de gezondheid van verzekerden is gevonden. Op basis van de beschikbare gegevens was het in deze evaluatie niet mogelijk de effecten op de gezondheid te meten. Deze evaluatie geeft dus geen grond voor de veronderstelling van de leden van de PvdA-fractie dat zogenaamde «zorgmijders» vanwege het verplicht eigen risico afzien van een beroep op zorg. Ik zie daarom geen grond om in relatie tot het verplicht eigen risico maatregelen te nemen.

De leden van de PvdA-fractie vernemen graag hoe de regering de te verwachten problemen voor de kwetsbare groepen gaat aanpakken. Deelt de regering de mening van de leden van de PvdA-fractie dat deze maatregel ernstige en negatieve gevolgen voor deze groepen kan hebben?

Allereerst blijkt uit de evaluatie dat het gedragseffect van het eigen risico tussen inkomensgroepen niet significant verschilt. Verzekerden hebben zelf aangegeven dat het huidige verplicht eigen risico niet of nauwelijks bepalend is bij hun zorggebruik. Ook wil ik erop wijzen dat in de zorgtoeslag rekening wordt gehouden met het gemiddelde bedrag dat verzekerden die niet via CER gecompenseerd worden, aan het verplicht eigen risico kwijt zijn. Verzekerden met een laag inkomen krijgen dus via de zorgtoeslag compensatie voor de onderhavige verhoging van het verplicht eigen risico. Ook de compensatie in het kader van de CER wordt met ingang van 2012 verhoogd in verband met de verhoging van het

verplicht eigen risico. De kwetsbare groepen waar deze leden op doelden, worden dus met de zorgtoeslag en de CER gecompenseerd voor de verhoging van het eigen risico.

Hier wil ik nog aan toevoegen dat de verhoging van het verplicht eigen risico is meegenomen in het complete koopkrachtbeeld voor 2012. In de begroting 2012 zijn maatregelen genomen om het beeld zo evenwichtig mogelijk te maken. Dit heeft geleid tot een standaard koopkrachtbeeld van gemiddeld -1%. De koopkrachtreparatie in de begroting 2012 is integraal in beschouwing genomen, dus inclusief de maatregelen in de zorg waaronder deze verhoging van het eigen risico. Omdat dat heeft geleid tot een evenwichtig koopkrachtbeeld, acht het kabinet specifieke reparatie op het punt van het eigen risico voor kwetsbare groepen niet noodzakelijk.

De leden van de PvdA-fractie stellen vast dat bij het vorige voorstel inzake de verhoging van het eigen risico een aantal alternatieven zijn aangereikt voor het eigen risico. Heeft de regering kennisgenomen van deze alternatieven en zo ja, zijn deze meegenomen in dit voorstel?

De verhoging van het verplicht eigen risico komt voort uit een afspraak in het Regeer- en Gedoogakkoord. Het bestaat uit de verhoging waartoe het vorige kabinet had besloten. Bij de invoering van het verplicht eigen risico in 2008 zijn alternatieve systemen overwogen. Deze alternatieve systemen zijn niet opnieuw afgewogen bij dit wetsvoorstel.

### **3. SP-fractie**

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij een, in euro's uitgedrukte, grens voor het verplicht eigen risico voor ogen heeft, waarboven zij niet wil gaan. Of geldt «the sky is the limit»?

De regering heeft niet een grens voor het verplicht eigen risico voor ogen waarboven zij niet wil gaan. In het Regeerakkoord is de verhoging naar € 210 vastgelegd. Echter daarmee heeft de regering geen uitspraak gedaan over de vraag of verdere verhoging van het eigen risico al dan niet aan de orde kan zijn. Niet is uit te sluiten dat verhoging, gelet op de financiële ontwikkelingen in de zorg, overwogen zal moeten worden, omdat een verschuiving van collectieve financiering naar private financiering als zodanig ook bijdraagt aan een beheersing van collectieve uitgaven. Dat daarbij niet geldt «the sky is the limit» spreekt voor zich.

De leden van de SP-fractie stellen vast dat tijdens eerdere discussies over verplicht eigen risico is voorgesteld om de groep die in verband met een chronische ziekte elk jaar het eigen risico zal vullen, vrij te stellen. Voorgesteld is ook om het eigen risico eventueel inkomensafhankelijk te maken. De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij dit overwogen heeft?

Chronisch zieken zullen doorgaans elk jaar hun verplicht eigen risico volmaken. Om deze reden is er een compensatie eigen risico voor chronisch zieken. Door deze compensatie betaalt een chronisch zieke niet meer aan het verplicht eigen risico dan een gemiddelde verzekerde. Een inkomensafhankelijk systeem voor het verplicht eigen risico kent een aantal nadelen ten opzichte van het huidige systeem. Zorgverzekeraars kunnen het inkomensafhankelijke systeem alleen uitvoeren als zij beschikken over inkomensgegevens van verzekerden. Dit is vanwege privacyredenen ongewenst. Daarnaast leidt het tot grote uitvoeringslasten, omdat inkomen moet worden vastgesteld. Bovendien bevordert dit systeem de armoedeval. Inkomenssolidariteit is voldoende gewaarborgd in de Zvw met de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag, waarin het eigen risico is verwerkt. Een extra instrument om inkomensso-

lidariteit te borgen acht ik daarom niet noodzakelijk. Ik overweeg dan ook niet om het verplicht eigen risico inkomensafhankelijk te maken.

De leden van de SP-fractie vragen welke andere manieren de regering voor ogen staat om mensen die twee-, drie- of vierdubbel getroffen worden, te ontzien. Te denken valt aan mensen die én minder zorgtoeslag gaan krijgen, én een eigen bijdrage voor de GGZ gaan betalen, én minder WTCG-tegemoetkoming zullen krijgen én bovendien al een laag gemiddeld inkomen hebben. Bovendien zal de maandpremie voor de zorgverzekering volgend jaar fors omhoog gaan. Of ziet de regering dit niet als haar taak?

In reactie op een eerdere vraag van de leden van de PvdA-fractie heb ik al geantwoord dat in het koopkrachtbeeld voor 2012 de maatregelen in de zorg (zoals zorgtoeslag, nominale premie, gemiddelde van de verhoging van het eigen risico en pakketmaatregelen) zijn meegenomen. Het kabinet heeft in de begroting 2012 maatregelen genomen om het integraal koopkrachtbeeld evenwichtig te maken. Daarbij gaat in 2012 vrijwel iedereen er 1% in koopkracht op achteruit, zij het met een behoorlijke spreiding rond dit gemiddelde. Zoals de minister-president tijdens de algemene politieke beschouwingen in de Tweede Kamer heeft gezegd, valt niet te vermijden dat een beperkte groep huishoudens met lage inkomens door meerdere maatregelen zal worden getroffen. Hij heeft daarbij ook aangegeven dat het kabinet niet tot op het niveau van een individueel gezin alles in detail kan regelen, maar dat het kabinet met ingang van 2012 € 100 miljoen extra aan gemeenten beschikbaar stelt voor het leveren van maatwerk via de bijzondere bijstand. Met de compensatiemaatregelen gericht op een evenwichtig koopkrachtbeeld 2012 en de € 100 miljoen extra voor de bijzondere bijstand worden deze groepen, waar de leden van de SP-fractie op doelden, voldoende tegemoet gekomen en ontzien.

De leden van de SP-fractie wijzen er op dat de voorganger van de minister in zijn brief van 16 juni 2010 naar aanleiding van het eerste deel van een evaluatie van de invoering van het verplicht eigen risico in 2010, uitgevoerd door Ecorys, meedeelde dat een volgend kabinet zich zou bezig houden met de ontwikkeling van het verplicht eigen risico. Het tweede deel van de evaluatie zou begin 2011 worden afgerond. De leden van deze fractie informeren of deze evaluatie al gereed is. Op grond van welke overwegingen, ontleend aan het Ecorys rapport, heeft de regering besloten het eigen risico te verhogen naar € 210? Zal het eerste deel van de evaluatie nog gevolgen hebben?

Met de brief van 13 juli 2011 (Z/VU-3071131) is aan de Eerste Kamer een afschrift van de brief aan de Tweede Kamer, met daarin het standpunt op de evaluatie en het Ecorys evaluatierapport, gestuurd.

De verhoging van het verplicht eigen risico komt voort uit een afspraak in het Regeer- en Gedoogakkoord. Daarin is opgenomen de verhoging waartoe het vorige kabinet in de begroting 2011 al had besloten.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering verwacht dat door de stapeling van inkomenseffecten het aantal wanbetalers toe zal nemen?

Het kabinet is van mening dat het inkomensbeeld dat resulteert uit alle maatregelen die zijn gepresenteerd op Prinsjesdag acceptabel en evenwichtig is. Wanbetaling komt bij elke inkomensgroep voor, zo blijkt uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het koopkrachtbeeld van 2012 is daarbij niet van een zodanige aard, dat dit een substantieel effect zal hebben op de mogelijkheden van mensen

om hun zorgpremie te betalen. Er wordt dan ook geen stijging van het aantal wanbetalers verwacht als gevolg van deze maatregelen.

Ook vernemen de leden van de SP-fractie graag wanneer de kabinetsreactie op het rapport van Berenschot, «Evaluatie van de wanbetalersregeling», te verwachten valt?

De kabinetsreactie is aan u toegezonden (Z/VV-3088264).

De leden van de SP-fractie wijzen er op dat de voorganger van de minister van VWS heeft gesuggereerd dat zorgverzekeraars met het eigen risico zouden kunnen sturen, in die zin dat het eigen risico in bepaalde gevallen niet geïnd zou worden, bijvoorbeeld als patiënten naar een preferente zorgaanbieder zouden gaan. Hoe staat de regering hier tegenover? Gebeurt dit ook?

De mogelijkheid dat zorgverzekeraars met het eigen risico kunnen sturen, doordat in bepaalde gevallen de kosten van zorg niet (volledig) voor het verplicht eigen risico meetellen, is met ingang van 1 januari 2009 ingevoerd. Ik verwijs hiervoor naar het bij brief van 23 mei 2008 (Kamerstukken II, 2007/08, 29 689, nr. 194) voorgehangen ontwerp-besluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering en het met uw Kamer gevoerde schriftelijk overleg (Kamerstukken I, 2007/08, 31 094, G). Doel van deze mogelijkheid is dat zorgverzekeraars het verplicht eigen risico als sturingsinstrument kunnen inzetten om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen die de verzekeraar heeft gecontracteerd of om verzekerden te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om preferente zorgaanbieders, geneesmiddelen en hulpmiddelen. In die zin kan de zorgverzekeraar richting verzekerden het sturingsinstrument aanvullend inzetten op zijn zorginkoopbeleid.

Uit de evaluatie van het verplicht eigen risico is gebleken dat dit sturingsinstrument tot op heden niet het effect heeft dat daarmee is beoogd. Voor zorgverzekeraars blijkt het lastig om verzekerden een positief beeld te geven van het sturingsinstrument. Verzekerden kunnen vaak toch geconfronteerd worden met een eigen risico, namelijk als zij zorg gebruiken die de verzekeraar niet expliciet heeft uitgesloten van het eigen risico. De verzekerde zou dan kunnen denken dat de verzekeraar geen betrouwbare partij is. Bovendien zijn verzekerden onvoldoende bekend met het sturingsinstrument, ook omdat niet alle zorgverzekeraars hiervan gebruik maken.

Tot op heden is het sturingsinstrument beperkt ingezet door zorgverzekeraars. Zoals ik in mijn standpunt op de evaluatie van 10 juni 2011 heb vermeld, acht het kabinet het raadzaam om het instrument vooralsnog te laten voortbestaan. Overwegingen hierbij zijn dat bij een hoger eigen risico het belang en de effectiviteit van het sturingsinstrument zullen toenemen. De verzekerde zal bij een hoger verplicht eigen risico eerder geneigd zijn een zorgverzekeraar te kiezen waarbij de kosten van zorg verleend door preferente zorgaanbieders (gedeeltelijk) buiten het verplicht eigen risico blijven. 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 groter belang kunnen krijgen.

#### **4. D66-fractie**

Uit de memorie van toelichting volgt dat de verhoging voor de burger vrijwel budgettair neutraal kan worden doorgevoerd en dat is verheugend nieuws. Echter, de leden van de D66-fractie wijzen erop dat de vraag of er

sprake is van enig koopkrachteffect niet alleen afhankelijk is van de (hoogte van de) CER dan wel van de zorgvraag van de burger, maar ook van de mate van de te verwachten verhoging van de gemiddelde individuele premie van de zorgverzekering. De memorie van toelichting spreekt van een te verwachten stijging van ca. € 20 per polis. De eerste zorgverzekeraar die de premie voor 2012 bekend heeft gemaakt, DSW te Schiedam, is met een premieverhoging van € 36 gekomen. Zou DSW hiermee de trend zetten, dan is de vraag naar het koopkrachteffect wellicht toch actueler dan uit de memorie van toelichting naar voren komt. De leden krijgen graag een toelichting van de regering op dit punt.

De memorie van toelichting spreekt niet van een te verwachten stijging van ca. € 20 per polis. In de memorie van toelichting staat alleen dat, door deze verhoging, het verplicht eigen risico voor verzekerden gemiddeld met € 20 stijgt en dat deze stijging van het eigen risico zorgt voor een neerwaarts effect op de premie van € 20.

De uiteindelijke hoogte van de premie is van veel meer zaken afhankelijk dan alleen de opbrengst van het verplicht eigen risico. Zo zijn onder andere de ontwikkeling van de uitgaven, overschrijdingen uit het verleden, uitvoeringskosten bij verzekeraars etc. van invloed op de hoogte van de daadwerkelijke nominale premie. Elk van deze factoren heeft een opwaarts of neerwaarts effect op de nominale premie. Al deze factoren samen bepalen de daadwerkelijke stijging van de nominale premie. In het voorbeeld van DSW geldt dat DSW rekening heeft gehouden met de opbrengst van de verhoging van het eigen risico. Naar verwachting zou zonder de verhoging van het verplicht eigen risico, de premie van DSW niet met € 36 maar met € 56 euro zijn gestegen, € 20 meer dan nu.

De leden van de D66-fractie merken op dat de verhoging naar gevoelen van de verzekerde wordt opgeteld bij de cumulatie van eigen bijdragen in zijn zorgkosten krachtens komende wetgeving en AMvB's. In dit verband kan worden gewezen op de verhoogde eigen bijdragen in de GGZ en op de onder de zorgpolis verzekerde verhoogde vergoedingen. Dit betekent een aanzienlijk hogere lastenverzwaring dan uitsluitend op basis van het thans voorliggende wetsvoorstel tot verhoging van de eigen bijdrage. Graag vernemen de leden een reactie van de regering hierop.

De constatering van de leden van de D66-fractie dat er behalve deze verhoging van het verplicht eigen risico per 1 januari 2012 andere eigen bijdragen worden ingevoerd, is correct. Het betreft verhoging van bestaande en invoering van nieuwe eigen bijdragen in de geestelijke gezondheidszorg. Deze voornemens zijn op 10 juni 2011 aan het parlement gepresenteerd, onder meer met het op die datum voorgehangen ontwerp-besluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering (Kamerstukken II, 2010/11, 29 689, nr. 327). Deze eigen bijdragen komen voort uit de afspraken in het Regeer- en Gedoogakkoord en zijn tevens noodzakelijk als compensatie voor de aanzienlijke kostenoverschrijdingen die in de geestelijke gezondheidszorg zijn geconstateerd. Tegen deze achtergrond en gelet op de noodzaak om met het oog op de houdbaarheid de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg te beheersen, acht het kabinet deze eigen bijdragen verantwoord, ook in combinatie met de verhoging van het verplicht eigen risico. Ik wijs er ook op dat het kabinet de maatregelen in de zorg heeft betrokken bij het integrale koopkrachtbeeld voor 2012 en de compensatiemaatregelen waartoe het kabinet in dat verband heeft besloten.

## **5. GroenLinks-fractie**

De leden van de GroenLinks-fractie informeren of gekeken wordt naar alternatieve scenario's zoals een inkomensafhankelijke zorgpremie.

Het debat over de inkomensafhankelijke zorgpremie keert steeds terug. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet is na uitvoerige afweging een keus gemaakt voor de huidige verhouding tussen inkomensafhankelijke bijdragen en nominale premie. Alternatieven daarvoor worden nu niet overwogen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen tot slot of er een regelmatige en terugkerende campagne kan komen voor de 17- en 18-jarigen om hen te wijzen op het verplicht verzekeren in het kader van de Zorgverzekeringswet, aangezien zij aanwijzingen hebben dat onder deze categorie veel onwetendheid is over de Zorgverzekeringswet?

Enkele weken voordat een minderjarige achttien jaar wordt, sturen zorgverzekeraars aan de minderjarige verzekerde een brief waarin wordt meegedeeld dat het bereiken van de achttienjarige leeftijd gevolgen heeft voor de tot dan toe kosteloze basisverzekering, wordt gewezen op het sluiten van een eventuele aanvullende verzekering, en wordt gewezen op de mogelijkheid tot het aanvragen van de zorgtoeslag. Daarnaast is de voorlichting aan jongeren een vast onderdeel van de voorlichtingsactiviteiten die sinds 2007 zijn uitbesteed aan de Stichting De Ombudsman te Hilversum. Via flyers en een website worden jongeren aangespoord een zorgverzekering af te sluiten, in combinatie met het aanvragen van zorgtoeslag. Flyers voor jongeren worden verspreid onder scholen, bibliotheken en hulpverleningsinstanties gericht op jongeren, waaronder de JIP's (Jongeren Informatie Punt). In mijn ogen zijn deze voorlichtingsactiviteiten voldoende om de minderjarige verzekerde te informeren over de zorgverzekering

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